

РОЛЬ МЕДСЕСТЕР В ОБЕСПЕЧЕНИИ РАВНОГО ДОСТУПА К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.В. Островская, канд. психол. наук
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
E-mail: mma_vso_kusd@mail.ru

Тема Международного дня медицинских сестер – 2011 – «Стираем различия: доступ к медицинским услугам и равные возможности для пациентов». Медсестры играют важную роль в достижении справедливости в отношении здоровья и разработке четкого понимания того, как можно снизить несправедливость в отношении здоровья.

Ключевые слова: Международный день медицинских сестер, медицинская этика, Цели развития тысячелетия.

*Неравенство является шокирующей реальностью,
которую мы не можем скрыть.
Это пародия на права человека в глобальном
масштабе.
Нельсон Мандела, 2003*

В 2001 г. международным сообществом были одобрены Цели развития тысячелетия (ЦРТ). В реализации этих целей достигнуты значительные успехи. Так, признаны значительные положительные результаты борьбы с такими заболеваниями, как малярия, ВИЧ, корь (ООН, 2010). Однако по-прежнему существует огромная разница между уровнями здоровья и благополучия различных групп населения.

Возможность доступа к медицинской помощи – ключевой фактор улучшения здоровья. Между тем, эта возможность может быть ограничена стоимостью услуг, проблемами с языком, удаленностью от лечебного учреждения и пр. В силу всего этого процесс предоставления услуг не соответствует стандартам, они зачастую имеют низкое качество или просто отсутствуют.

Доступ к услугам здравоохранения и справедливость

Доступ. Услуги здравоохранения могут считаться доступными, если пациенты получают их в нужное время и в нужном месте.

Ключевые характеристики оптимальности медицинской помощи:

- наличие доступа к услугам;
- наличие спроса на услуги;
- актуальность (соответствие предложения спросу);
- эффективность (достижение желаемого результата лечения);
- справедливость.

Что мешает доступу к медицинским услугам?

- ограниченность ресурсов медицинских организаций;
- квоты на определенные виды медицинских услуг;
- стоимость (полная или частичная оплата многих видов медицинских услуг остается нормой во многих странах, что может быть серьезным препятствием для бедных слоев населения);
- незнание языка;
- определенные культурные нормы;
- отсутствие необходимых знаний и информации о собственном здоровье, мерах профилактики, предоставляемых услугах;
- миграция населения;
- отсутствие работы (безработица ограничивает доступ);
- дискриминация по полу, возрасту, национальности, сексуальной ориентации, социально-экономическому статусу.

Справедливость. Хотя справедливость и связанные с ней понятия честности и корректности признаны в качестве ключевых принципов социальной справедливости, единое мнение о том, что такое справедливость и каким образом она может быть реализована, отсутствует.

Взаимосвязь между доступом к услугам здравоохранения и справедливостью. Доступ к услугам системы здравоохранения – важный фактор улучшения здоровья населения. В сфере здравоохранения понятием «справедливость» опре-

деляется базовый уровень услуг, доступных для всех. В большинстве развитых стран это возможность: обратиться к медицинскому работнику в случае болезни; доступа к основным лекарствам; получения неотложной медицинской помощи; получения услуг по родовспоможению.

Анализ реальных ситуаций в реализации права на справедливое распределение ресурсов – важная область исследований в области здравоохранения. В основном эти исследования направлены на изучение следующих вопросов:

- **ЧТО** должно входить в число общедоступных услуг?
- **КТО** должен иметь этот доступ?
- на основании **КАКИХ** принципов?

Справедливость в отношении 1-го пункта должна предусматривать определение минимального набора услуг и ресурсов, необходимых для их предоставления, что, в свою очередь, требует конкретных стандартов и определения ожидаемых результатов. В одних случаях это «ЧТО» может быть описано в количественных показателях, например насколько услуга доступна, как долго человек должен ждать ее предоставления, насколько полученный результат соответствует ожидаемому. В других случаях этим «ЧТО» описывают уровень удовлетворенности обслуживанием, качество взаимодействия с персоналом, уровень участия в принятии решений, возможность сделать выбор. Эти менее ощутимые факторы могут быть важными индикаторами равенства, особенно при работе с пользователями услуг, которые являются представителями другой культуры.

Говоря о тех, «КТО» должен иметь доступ к услугам, следует помнить, что даже в развитых странах некоторые люди могут его не иметь в силу проживания в отдаленных районах, социально-экономического статуса и других обстоятельств.

И здесь встает вопрос: «На основании каких принципов?» Центральное место в его обсуждении занимают концепция потребностей и принцип соответствия выделяемых ресурсов ожидаемым: если потребности пациентов А и В не равны, они не должны получать одинаковое лечение или помощь.

Хотя доступ к услугам часто может рассматриваться как идеальный показатель состояния здравоохранения, нельзя забывать, что он зависит от таких переменных, как экология, климат, генетическая предрасположенность. Социальная политика государств должна быть направлена на уравнивание возможностей доступа, а не на фактическое использование услуг. И поэтому провайдеры услуг должны ориентироваться на конкретные группы населения или конкретные проблемы. Эта «позитивная дискриминация» в пользу определенных групп может рассматриваться как средство обеспечения более справедливого доступа к услугам.

Различные формы распределения также могут использоваться в целях установления баланса между необходимостью и справедливостью. Например, пациент стоит в очереди на плановую операцию, но очередь регулируется с учетом необходимости или срочности. Во многих странах время ожидания используется как единица измерения.

Этика и права человека. Потребность в услугах, возможности и права каждого человека закреплены во Всемирной декларации прав человека, принятой ООН еще в 1948 г. Право на здоровье и равные возможности использования служб здравоохранения – одно из прав, которым обладают все люди.

Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека независимо от расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения (Устав ВОЗ).

Государство должно обеспечивать реализацию этого права во исполнение обязательств, которые оно приняло на себя, подписав соответствующие международные документы.

Процесс справедливого распределения зависит от понимания обществом того, что следует называть равноправием. Одни определения подчеркивают неравенство в отношении здоровья, другие – в отношении возможностей для достижения хорошего здоровья.

Расходы на здравоохранение и их распределение. Даже в тех странах, правительства которых подтверждают приверженность универсальным принципам оказания медико-санитарной помощи, предоставление медицинских услуг требует значительных и постоянно растущих бюджетных затрат. Увеличение численности населения, его старение, расходы, связанные с новыми технологиями, постоянно увеличивают эти затраты.

Распределение – один из механизмов управления расходами в секторе здравоохранения. В одних случаях используется ограничение доступа к определенным видам услуг в зависимости от медицинских показаний, в других государственный сектор предоставляет услуги только тем, кто не имеет возможности заплатить за них. Возможно исключение определенных процедур из числа подлежащих государственному финансированию как излишних или неэффективных (например, косметические операции). Поскольку такие решения могут повлечь за собой обвинения в дискриминации, их необходимо принимать после широкого общественного обсуждения.

Больше распространены механизмы скрытого распределения и перераспределения ресурсов. Стратегии, направленные на сокра-

шение расходов, привели к утяжелению показаний для госпитализации, уменьшению сроков пребывания в стационаре, ограничению числа сотрудников, что непосредственно влияет на качество медицинской помощи и лечения.

Бремя неравенства

С целью решения глобальных проблем человечества ООН в 2001 г. приняла программу «Цели развития тысячелетия» (*Millennium Development Goals (MDGs)*). Если ЦРТ будут достигнуты, свыше 500 млн человек выберутся из нищеты, еще 250 млн не будут страдать от голода, удастся спасти 30 млн детей и 2 млн матерей, которые иначе, по всей вероятности, умрут.

ЦРТ должны быть достигнуты к 2015 г. В них входят:

- ликвидация нищеты и голода;
- обеспечение всеобщего начального образования;
- поощрение равенства мужчин и женщин и расширение прав и возможностей женщин;
- сокращение детской смертности;
- улучшение охраны материнства;
- борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями;
- обеспечение устойчивого развития окружающей среды;
- формирование глобального партнерства в целях развития.

В решении глобальных проблем человечества есть достижения, однако, неравенство по-прежнему существует внутри стран и между странами, причем сложившаяся ситуация показывает, что многие страны с низким уровнем доходов не смогут достичь ЦРТ.

Межнациональное неравенство. Страны мира существенно различаются по состоянию здоровья населения и доступности для него медицинских услуг. В странах с высоким уровнем жизни средняя ее продолжительность – > 80 лет, с низким – < 50 лет.

Примеры:

- уровень младенческой смертности в странах ЕС с низким уровнем жизни в 10 раз превышает таковой в более богатых странах;
- 17,5 млн человек умерли от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в 2005 г., что составляет 30% всех случаев смерти в мире; более 80% случаев смерти от ССЗ приходится на страны с низким и средним уровнем доходов;
- риск материнской смертности в родах в Афганистане составляет 1:8, а в Швеции – 1:17 400;

- более половины населения земного шара вообще не имеют никакой социальной защиты; формальной социальной защитой пользуется только 5–10% населения стран Южной Азии и Африки южнее Сахары и 20–60% населения стран со средним уровнем дохода (ВОЗ, 2010);
- житель Эстонии проводит до 71% своей жизни в добром здравии, а у жителя Дании данный показатель составляет 90%.

Достижение ЦРТ. ЦРТ отражают необходимость межсекторального подхода в целях улучшения здоровья, благополучия и благосостояния населения в мире. Опираясь на результаты работы Комиссии по социальным детерминантам здоровья (*Commission on the Social Determinants of Health*), международное сообщество признает взаимосвязь между здоровьем и другими показателями.

ЦРТ в области здравоохранения. Соответствующие цели предусматривают снижение на $\frac{2}{3}$ детской смертности, на $\frac{3}{4}$ материнской смертности, уменьшение распространения ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии к 2015 г.

Промежуточный анализ реализации ЦРТ, связанных со здоровьем, проведенный в 2008 г., обнаружил, что, несмотря на определенный прогресс, значительные различия между странами сохраняются. Мировое сообщество вряд ли достигнет большинства целей к 2015 г.

ЦРТ 4. Сокращение детской смертности:

- количество детей с пониженной массой тела по сравнению с 1990 г. снизилось с 31 до 26%, но изменения происходят очень медленно; данный показатель в странах Западной Азии не изменился, 46% детей стран Южной Азии по-прежнему имеют сниженную массу тела (ООН, 2010);
- на страны к югу от Сахары в 2008 г. пришлось около половины из 8,8 млн случаев смерти детей в возрасте до 5 лет.

ЦРТ 5. Улучшение материнского здоровья:

- более половины из 500 тыс. женщин, умерших в 2005 г. от причин, связанных с материнством, жили в странах Африки южнее Сахары, и $\frac{1}{3}$ – в Южной Азии; уровень материнской смертности в странах к югу от Сахары составляет 920 на 100 тыс. новорожденных против 8 на 100 тыс. новорожденных в промышленно-развитых странах.

ЦРТ 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями:

- несмотря на резкое увеличение антиретровирусной терапии в странах с низким и средним уровнем доходов, около $\frac{1}{4}$ тех, кто нуждается в этом лечении в странах Африки южнее Сахары, не имеют доступа к нему; доступ

детей к этой терапии еще ниже на 15% (ВОЗ, 2008a);

- 243 млн выявленных в 2008 г. случаев заболевания малярией привели к 863 тыс. случаев смерти и 89% из них пришлось на Африку (ООН, 2010);
- в странах с низким и средним уровнем доходов доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусное лечение для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, составляет всего 11%;
- только $\frac{1}{3}$ африканских детей в возрасте до 5 лет получают лечение от малярии (ВОЗ, 2008a).

В докладе ВОЗ отмечено, что помощь, предоставляемая в рамках социально ориентированных программ (например, иммунизация населения), дает более обнадеживающие результаты, чем помощь в рамках функционирующих систем здравоохранения (ВОЗ, 2008a, с. 2).

Основные причины этого:

- нехватка квалифицированных медицинских работников;
- недостаточность внимания правительств к медико-санитарным потребностям населения;
- неэффективное сотрудничество между различными секторами: частными, государственными, добровольными, общественными, религиозными.

Гендерные различия. Гендерное равенство является 3-й целью ЦРТ, но оно также является неотъемлемой частью достижения всех 8 целей – от предотвращения распространения ВИЧ до сохранения окружающей среды в условиях изменения климата.

«Ежегодно миллионы женщин и детей погибают от причин, которые можно предотвратить. Это не просто статистика. Это люди с именами и лицами. Такие страдания недопустимы в XXI веке. Поэтому мы должны делать больше для новорожденного, который умирает от инфекции из-за отсутствия самой простой инъекции; для маленького мальчика, который никогда не реализует в полной мере своих потенциальных возможностей из-за недостаточного питания. Мы должны делать больше для девочки-подростка, которой угрожает нежелательная беременность; для замужней женщины, которая обнаружила, что она инфицирована ВИЧ, и для матери, которой угрожают осложнения при родах».

Пан Ги Мун, генеральный секретарь ООН

Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей (*Global Strategy for Women's and Children's Health*), объявленная ООН в 2010 г., направлена на непо-

средственное решение их проблем. Она определяет основные сферы деятельности, в которых необходимы неотложные меры по увеличению финансирования и улучшению работы с целью обеспечения всеобщего доступа женщин и детей к услугам. Если ЦРТ в области охраны материнства и детства будут достигнуты, это уже спасет жизни 4 млн детей и около 190 тыс. женщин к 2015 г.

Создание в 2010 г. Структуры ООН по вопросам гендерного равенства прав и возможностей женщин «ООН – женщины» во главе с бывшим президентом Чили Мишель Бачелет (*Michelle Bachelet*) свидетельствует о том, насколько важно решение проблемы гендерного неравенства. Новая Структура возглавит поддержку и координацию работы по обеспечению гендерного равенства и расширению прав и возможностей женщин на глобальном и региональном уровнях. Кроме того, ВОЗ признает важность участия мужчин и мальчиков в обеспечении гендерного равенства и улучшении здоровья как мужчин, так и женщин. Необходимы политические шаги, которые помогут «ускорить сдвиги в обеспечении гендерного равенства в семье, снизить уровень насилия и сексуальной эксплуатации, поддержать новые технологии безопасного секса и ограничить чрезмерное потребление алкоголя мужчинами».

Во всем мире широко известны факты, подтверждающие, что принадлежность к определенному этносу и культуре могут оказывать существенное влияние как на доступность медицинских услуг, так и на их качество. Способность предоставлять эффективные услуги людям разных культур часто называют «культурной компетентностью»¹ (*cultural competence*). Отсутствие культурной компетентности в области предоставления услуг может иметь целый ряд последствий:

- невозможность скрининга населения из-за отсутствия знаний об особенностях жизнедеятельности разных его групп;
- отсутствие знаний о принятых и непринятых способах общения с людьми, принадлежащими к разным культурам;
- диагностические ошибки в результате неэффективной коммуникации.

Для обеспечения эффективного доступа к услугам необходимо искать пути для переговоров и преодолевать культурные барьеры.

Примеры:

- в США афроамериканки чаще, чем белые женщины, умирают от рака молочной железы, несмотря на более низкий уровень заболеваемости;
- ожидаемая продолжительность жизни коренных австралийцев существенно ниже

¹ Культурная компетентность – умение эффективно общаться с людьми, принадлежащими к различным культурным группам.

(в 1996–2001 гг. – 59 лет для мужчин и 65 лет для женщин), чем у всех австралийцев (77 лет – для мужчин и 82 года – для женщин в 1998–2000 гг.). В 1991–2000 гг. в США 886 202 случая смерти можно было бы предотвратить, если бы уровень смертности у белых и афроамериканцев был одинаковым;

- обзор исследований по изучению использования иммигрантами медицинских услуг в США показал, что у детей больше вероятность подвергнуться дискриминации, особенно у тех из них, кто не относится к белой расе, не является гражданами США и(или) плохо владеет английским языком.

Социально-экономический статус. У людей с низкими доходами существенно затруднен доступ к услугам здравоохранения, у них ниже покупательная способность, ниже объем медицинского страхования, грамотность в вопросах здоровья. Они часто живут в трущобах или отдаленных или сельских районах, в которых мало медицинских организаций и квалифицированных специалистов в области здравоохранения. У этих людей выше частота ожирения, курения, риск развития наркомании. Многие из них живут в условиях, где нет нормальной питьевой воды и канализации, отсутствуют надлежащее жилье и питание. Даже в условиях бесплатности медицинской помощи она менее доступна для бедных из-за невозможности уйти с работы или отсутствия средств на транспорт.

Примеры:

- в Европе риск смерти у взрослого населения средних лет с низким социально-экономическим статусом обычно составляет от 25 до 50%;
- в Индонезии уровень материнской смертности у бедных слоев населения в 3–4 раза выше, чем у богатых;
- в Порту-Алегри (Бразилия) уровень детской смертности в бедных семьях в 1980 г. оказался в 2 раза выше, чем в обеспеченных;
- у женщин, принадлежащих к 20% самых богатых семейств мира, вероятность того, что при родах им будет помогать квалифицированный медицинский работник, в 20 раз выше, чем у женщин из беднейших семейств;
- в некоторых странах охват АКДС-вакцинацией у бедных слоев населения относится к таковому у богатых как 1:10.

Местоположение и особенности сельских районов. Географический фактор столь же важен для обеспечения доступа к медицинским услугам, как социальная принадлежность, экономический статус и условия проживания. В развивающихся странах дети из сельских районов чаще всего имеют

более низкую массу тела, чем городские дети. За последние годы в странах Латинской Америки, Карибского бассейна и Азии эта разница имеет тенденцию к увеличению.

Существуют значительные различия и внутри городов, так как примерно 1/3 городского населения во всем мире живет в трущобах.

Примеры:

- в Китае число детей в возрасте до 5 лет с пониженной массой тела в сельских и городских районах относится примерно как 4,5 к 1; в развивающихся странах в сельских районах дети в 2 раза чаще имеют сниженную массу тела, чем в городских;
- несмотря на предоставление бесплатной антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным, у пациентов в Малави, особенно из сельских районов, существенно затруднен доступ к медицинским услугам;
- в странах Африки южнее Сахары лишь 18% сельских женщин используют какие-либо формы контрацепции против 32% таковых в городе;
- обеспеченность канализацией в развивающихся странах на 70% выше в городских районах, чем в сельских.

В 2007 г. в Новой Зеландии для удовлетворения потребностей сельских жителей в медицинской помощи была создана служба Colville Rural Nursing Ltd (CRNL), которой полностью руководят медсестры. Каждая медсестра CRNL имеет квалификацию, например, по акушерству и иглоукалыванию. 1 медсестра получила степень магистра по клинической практике с правом выписывания назначений. В январе 2010 г. Национальный комитет по здравоохранению Новой Зеландии (New Zealand's National Health Committee) опубликовал отчет с рекомендациями о том, как решать проблему обеспечения сельских районов комплексными услугами здравоохранения. В отчете содержатся рекомендации в области предоставления услуг, в том числе – по поощрению развития сестринско-ориентированных клиник (National Health Committee New Zealand, 2010).

Образовательный статус. Существует корреляция между уровнем образования населения, состоянием его здоровья и расходами на поддержание здоровья.

Примеры:

- в Нидерландах у женщин и мужчин с низким образовательным статусом продолжительность жизни на 7 лет меньше, чем у людей с более высоким уровнем образования; распространенность длительной инвалидизации среди европейских мужчин старше 80 лет с низким образовательным статусом

составляет 58,8%, среди людей того же возраста с более высоким уровнем образования – 40,2%;

- женщины с низким образовательным статусом реже используют такие превентивные меры, как маммографический скрининг;
- женщины со средним образованием в 4 раза чаще используют противозачаточные средства, чем женщины, не имеющие образования (ООН, 2010).

Инвалидность (инвалиды). Хотя люди с ограниченными возможностями, как правило, достаточно часто взаимодействуют с системой здравоохранения, доказано, что у многих из них затруднен доступ к уходу, который соответствует их потребностям.

Примеры:

- уровень смертности у взрослых, неспособных к обучению, в 3 раза выше, чем в популяции в целом, что отражает комплекс сопутствующих заболеваний, с которыми сталкиваются эти люди;
- даже в странах со всеобщим начальным образованием дети-инвалиды чаще всего исключены из системы образования (ООН, 2010).

Питание. Питание оказывает значительное воздействие на здоровье и имеет тесную связь с социально-экономическим статусом населения. В городах увеличение потребления продуктов с высоким содержанием жиров и углеводов привело к тому, что впоследствии было названо «глобальной эпидемией ожирения». Между тем в менее развитых странах, особенно в их сельских районах, по-прежнему серьезной проблемой является недостаточное питание, особенно среди детей и беременных женщин. Недостаточное питание в первые годы жизни препятствует нормальному развитию и может спровоцировать проблемы со здоровьем в дальнейшем. Сокращение количества детей со сниженной массой тела – один из путей снижения детской смертности.

За прошедшие четверть века численность людей, страдающих от избыточной массы тела, удвоилась. Ожирение диагностировано у 0,5 млрд землян. Британский медицинский еженедельник «Ланцет» («*The Lancet*») опубликовал результаты одного из масштабных исследований, в которое были включены 9,1 млн человек, проживающих в 199 странах мира. Применение статистических методов позволило получить представление о глобальном состоянии проблемы; что 205 млн мужчин и 297 млн женщин на земном шаре больны ожирением. За последние десятилетия ожирение превратилось в бич не только для развитых стран с избыточным потреблением пищи, но и для развивающихся и даже

отсталых. Из стран с высокими доходами «самым толстым» оказалось население США и Новой Зеландии, меньше всего проблем с избытком массы тела имеют жители Японии. В странах с низким уровнем жизни избыточная масса тела населения напрямую связана именно с нищетой, так как продукты с высоким содержанием жира и сахара, как правило, дешевле, чем с более высокой питательной ценностью. Высокий уровень заболеваемости диабетом в первую очередь связан с ростом ожирения.

Примеры:

- очень высокий уровень заболеваемости сахарным диабетом (СД) и связанными с ним осложнениями зарегистрирован среди коренного населения Американского и Азиатско-Тихоокеанского регионов: распространенность СД типа 2 в 2–3 раза выше среди коренных американцев, чем среди пришлого населения; скрининг населения островов пролива Торреса выявил СД у 26% жителей, что в 6 раз больше, чем в целом по Австралии;
- исследования, проведенные в США, выявили высокие темпы развития ожирения и СД типа 2 у людей с низким уровнем образования и доходов, проживающих в наиболее бедных районах.

Оценка доступа к услугам здравоохранения и справедливости

Источники данных. Комиссия по социальным детерминантам здоровья (*Commission on the Social Determinants of Health*) предложила следующие индикаторы неравенства:

- *ключевые:* ожидаемая продолжительность жизни; уровень заболеваемости;
- *комбинированные,* включающие в себя оба этих индикатора.

Индикаторы доступа к услугам и их использования включают в себя:

- долю расходов на услуги здравоохранения, покрываемую медицинской страховкой;
- использование услуг системы здравоохранения наряду с услугами других провайдеров;
- неудовлетворенность потребности в уходе;
- долю семейного бюджета, затрачиваемую на оплату услуг здравоохранения.

При выборе соответствующего индикатора для измерения неравенства в области здравоохранения важен фактор простоты сбора соответствующих данных. Это особенно актуально для стран или регионов, в которых может быть мало таких данных и(или) возможности для создания баз данных ограничены.

Не следует забывать, что используемые для оценки справедливости и равнодоступности измерения сами могут быть дискриминационными. Например, измерение, в котором используется показатель продолжительности жизни, может приводить к дискриминации по возрасту, а измерение качества жизни – к дискриминации по инвалидности. То есть используемый индикатор должен быть пригоден для измерения (в данном случае – для измерения доступности услуг).

Наличие соответствующих инструментов для измерения и оценки доступности услуг играет важную роль в улучшении качества медицинской помощи.

Оценка неравенства в распределении трудовых ресурсов системы здравоохранения. Оценка распределения трудовых ресурсов здравоохранения является простым инструментом, который может использоваться для иллюстрации неравенства вообще. Исследования показывают тесную корреляцию между здоровьем населения и плотностью трудовых ресурсов здравоохранения в регионе. Однако для многих стран сбор исходных данных о численности работников здравоохранения, их должностях и месте работы – сложная задача. Неполные данные о работнике, отсутствие координации между различными организациями и законодательными органами, несоответствие друг другу записей в документах работника (например, разница между записями в трудовой книжке и документе об образовании или иммиграционной карте) могут препятствовать сбору достоверной информации о распределении медсестер и других работников здравоохранения.

Барьеры на пути доступности и справедливости

Расходы на здравоохранение. Расходы на здравоохранение в разных странах различны, что, несомненно, оказывает прямое влияние на предоставление услуг медико-санитарной помощи, а также на возможность обучать, нанимать и удерживать персонал.

Анализ государственных расходов в Индонезии в 1990 г. показал, что на 20% домохозяйств с низким уровнем доходов пришлось только 2% государственных расходов на здравоохранение, в то время как на 20% домохозяйств с высоким их уровнем – 30%. Порой сельская беднота имеет ограниченный доступ к самым элементарным медицинским услугам (например, в Кении, Пакистане, Перу), так как значительная доля государственных ресурсов поступает в городские лечебные учреждения.

При изучении доступности для иммигрантов медицинских услуг в США оказалось, что расходы здравоохранения на взрослых были на 55%, а на

детей – на 74% ниже, чем расходы на коренных жителей (Derose et al., 2009, p. 368).

Человеческие ресурсы. В разных странах распределение специалистов системы здравоохранения выражается в разных цифрах. Так, в 2007 г. в Мали на 1000 населения приходилось 0,2 медсестры и акушерки, в то время как в Норвегии – 16,33. Соотношение числа медсестер и врачей колебалось в пределах от 8:1 в Африканском регионе до 1,5:1 в Западной части Тихого океана (ICN & WHO, 2009).

Нехватка медсестер и других работников здравоохранения во многих регионах мира препятствует обеспечению надлежащей доступности услуг здравоохранения. Например, в Малави примерно 50% должностей в сфере здравоохранения вакантны.

Недавно ВОЗ выпустила рекомендации по улучшению доступа к медицинским услугам в отдаленных и сельских районах. Предложен ряд рекомендаций в области образования, регулирования деятельности, финансового стимулирования и личной и профессиональной поддержки, касающихся закрепления персонала в этих регионах (ВОЗ, 2010С).

Например, в Швеции участковые медсестры после дополнительной подготовки получают право выписывать рецепты. Разработан список из 230 препаратов, которые они могут выписывать, и приведены 60 условий, позволяющих им делать это. Данный опыт способствовал улучшению доступности медицинской помощи для пожилых людей и инвалидов.

Расширение справедливого доступа

Социальные детерминанты здоровья. В 2005 г. ВОЗ создала Комиссию по социальным детерминантам здоровья (Commission on the Social Determinants of Health, CSDH), признав таким образом существенную связь между здоровьем и окружающей средой.

Медсестры давно отмечают взаимосвязь между здоровьем и средой обитания. Флоренс Найтингейл еще в 1861 г. в своей книге «Записки об уходе» указывала на жилище как на один из самых важных факторов, влияющих на здоровье.

Общество традиционно считает, что проблемы со здоровьем должен решать только сектор здравоохранения. Но тот факт, что смертность и заболеваемость зависят от условий жизни и деятельности людей, означает, что оказывать воздействие на социальные детерминанты здоровья должны все правительства, представители гражданского общества, местных органов самоуправления, бизнеса, международных учреждений, а также всемирные форумы.

Роль систем здравоохранения. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья опреде-

лила следующие ключевые виды деятельности систем здравоохранения по достижению справедливости в отношении здоровья:

- организация, руководство и содействие взаимодействию между различными правительственными организациями в интересах улучшения здоровья населения;
- объединение усилий населения, групп и организаций гражданского общества (особенно тех, кто работает с социально уязвимыми и маргинальными слоями) по определению и выделению ресурсов для медико-санитарных потребностей;
- укрепление системы всесторонней первичной медико-санитарной помощи как стратегии, которая интегрирует описанные выше виды деятельности и содействует достижению справедливости в отношении здоровья.

Развитие служб предоставления помощи. На местном уровне доступность медицинской помощи может быть улучшена путем увеличения объема услуг. Там, где это возможно, надо стремиться к наилучшим результатам при существующем уровне ресурсов. Для районов с недостаточным бюджетом необходимо целевое выделение средств. Если спрос на услуги превышает предложение, следует использовать различные механизмы нормирования (очередь, квоты и пр.), однако при этом важно, чтобы критерии нормирования были прозрачными и открытыми для общественного обсуждения.

Примеры успешных стратегий в области предоставления услуг населению с низким уровнем доходов:

- скрининг в торговых центрах и других общественных местах;
- предоставление информации, специально разработанной для маргинальных групп;
- внедрение механизмов, направленных на сокращение времени ожидания услуги.

Индийская организация Bhagwan Mahaveer Viklan Sahayata Samiti (BMVSS) <http://www.jaipurfoot.org> была создана в 1975 г. с целью помощи людям с ограниченными возможностями. Она разработала протезы нижних конечностей для лиц с ампутированными конечностями именно в развивающихся странах. Наряду с разработкой инновационных протезов BMVSS осуществила ряд мер по увеличению доступности помощи для бедных:

- пациенты могут обращаться за помощью в любое время дня и ночи;
- пациентам предоставляется бесплатное жилье и питание, если они должны остаться на ночь в клинике;

- семьи получают бесплатное питание в клинике;
- подгонка протезов осуществляется за 1 раз, чтобы свести к минимуму число посещений и время отрыва от работы.

Субсидии и другие финансовые механизмы. Внедрение определенных финансовых механизмов также играет важную роль в решении вопроса неравенства в области обеспечения здоровья. Примеры таких механизмов:

- сокращение платежей из собственного кармана и разработка инновационных подходов, ограничивающих другие расходы (например, на лекарственные препараты и транспорт);
- расширение доступа к комплексным услугам путем инвестирования государственных учреждений системы здравоохранения в регионах с неадекватным уровнем обслуживания;
- направление пациентов для лечения в другие регионы;
- перераспределение государственного бюджета между регионами с учетом состояния здоровья населения, его потребностей и всех имеющихся источников финансирования;
- адекватное финансирование учреждений здравоохранения на местном уровне.

В Южной Африке медсестры работают в качестве руководителей и практикующих специалистов в небольших клиниках, которые посещают от 200 до 300 пациентов в день. Они наблюдают за работой персонала, включая младших медсестер и волонтеров. Медсестры проводят осмотр, заполняют истории болезни, и, если нет врача, обеспечивают комплексное обслуживание, включая назначение лекарств. По определенным дням медсестры в специально оборудованных фургонах ездят по своим участкам².

Использование данных для мониторинга доступа к медицинским услугам. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья определила создание системы равных возможностей для всех пациентов на местном, региональном, национальном и международном уровнях как главное направление деятельности (CSDH, 2008). В частности, Комиссия рекомендует правительствам:

- обеспечить регистрацию всех детей при рождении³ без финансовых затрат для семьи; это должно быть частью деятельности по улучшению регистрации актов гражданского состояния рождения и смерти;
- создать систему наблюдения за доступом к медицинским услугам с регулярным сбором данных о социальных детерминантах

² Медицинская сестра, 2010, № 4, с. 39.

³ Ежегодно в мире не регистрируются примерно 50–60 млн новорожденных.

здоровья и случаях несправедливости в отношении здоровья.

ВОЗ, помимо этого, создает глобальную систему надзора за обеспечением справедливого доступа к медицинским услугам как часть более широкой глобальной структуры управления (CSDH, 2008).

Создание регулярного мониторинга здоровья и системы наблюдения – важный первый шаг к оценке состояния здоровья населения и доступности медицинских услуг внутри страны.

Медсестры в борьбе за справедливый доступ к медицинским услугам

Профессионализм и этика. Международный совет медсестер (МСМ) рассматривает право человека на справедливость в доступности медицинских услуг как неотъемлемую часть сестринской этики. Это закреплено в преамбуле к Этическому кодексу МСМ (2006), в которой говорится, что сестринскому делу свойственно уважение к правам человека, включая право на жизнь, достоинство и уважительное отношение. На доступность сестринской помощи не влияют возраст пациента, цвет кожи, убеждения, культура, нарушение трудоспособности или болезнь, пол, национальность, политические предпочтения, расовая принадлежность или социальный статус (ICN, 2006).

Обучение и повышение квалификации. Для обеспечения справедливого доступа к медицинским услугам медсестры должны постоянно повышать свою квалификацию. Одно исследование выявило недостатки в уходе за инвалидами, включая негативное отношение к ним и отсутствие знаний об их потребностях. В исследовании отмечено, что многие медсестры не получили достаточной подготовки по оказанию им высококачественных услуг и лишь 8% респондентов прошли подготовку по работе с людьми, неспособными к самообслуживанию.

Важно также, чтобы руководители, в том числе медсестры-менеджеры и работодатели, обеспечивали своих сотрудников информацией о возможности подготовки по вопросам, связанным с потребностями и предпочтениями местного населения. Набор сотрудников из числа лиц, относящихся к национальным меньшинствам, поддержка их на рабочем месте также влияют на получение представителями меньшинств медицинской помощи того же качества, что и большинство.

Культурная компетентность. Культурная компетентность сотрудников – важное условие обеспечения справедливого доступа к услугам. Она помогает улучшить качество обслуживания путем развития коммуникации между медицинскими работниками и пациентами.

К основным методам повышения культурной компетентности можно отнести:

- привлечение переводчиков;
- привлечение к работе и закрепление сотрудников, относящихся к меньшинствам;
- приобретение знаний, умений и навыков по вопросам культурных различий;
- взаимодействие с народными целителями;
- привлечение к работе местных специалистов в области здравоохранения;
- работа с семьями и другими членами группы;
- погружение в другую культуру;
- наличие помещений для предоставления услуг, создание соответствующей окружающей среды, изменение часов работы в соответствии с потребностями пациентов.

Адаптивность медсестер и расширение их ролей. Умение адаптироваться к новой ситуации – тоже важная стратегия, способствующая улучшению доступа к медицинским услугам. Повышение роли медсестер – клинических специалистов и практикующих медсестер – продемонстрировало возможность улучшения качества обслуживания и сокращения организационных расходов. Введение соответствующих новых кадров – тоже эффективный способ снижения затрат без ущерба для качества обслуживания. Он может успешно применяться в районах с острой нехваткой рабочей силы.

Обзор стратегий, используемых для улучшения доступа к первичной медицинской помощи в Великобритании, показал, что целесообразна организация учреждений по оказанию первичной помощи, в которых в основном работают медсестры. Особенно это актуально для тех мест, где есть трудности с набором и закреплением на рабочем месте врачей общей практики. Медсестры, проводящие «сортировку» пациентов и осуществляющие консультации по телефону, могут сэкономить массу времени и улучшить доступ к услугам без ущерба для качества медицинской помощи, хотя не следует забывать, что доступ к услугам через телефон может привести к дискриминации прав людей с плохим знанием английского языка, нарушением слуха, речи или не имеющих телефона.

В провинции Онтарио (Канада) около 780 тыс. человек не имеют доступа к офису семейного врача. Эта проблема решается путем назначения 2 штатных медсестер в каждую из 14 провинциальных служб для поддержки связи между пациентами и поставщиками медицинских услуг. Медсестры, которых называют «Коннекторы по обслуживанию» (Care Connectors), определяют, в каких специалистах нуждаются пациенты, и направляют их к ним. Выбор специалиста

и направление на прием зависит от ответов пациента на вопросы специальной анкеты. По состоянию на сентябрь 2010 г. во всей службе было зарегистрировано 76 тыс. пациентов. Из них 5600 были оценены как нуждающиеся в обслуживании в первую очередь и 75% из них направлены на прием. Кроме того, 75% всех упомянутых пациентов, в том числе проживающих в северных и сельских районах, были переданы на обслуживание поставщику в радиусе 10 км от их дома.

Исследования. Опыт показывает, что различия в доступе к медицинским услугам отражаются и в научных исследованиях. Недавний анализ сестринских исследований в области борьбы с ВИЧ-инфекцией показал, что не всегда адекватно формируется выборка. Так, в США было установлено, что в 2005 г. 67% новых случаев ВИЧ-инфицирования пришлось на афроамериканок. В то же время они были недостаточно представлены в клинических испытаниях, что не позволило получить достоверные результаты о политических, социальных и индивидуальных факторах, влияющих на распространение болезней.

Медсестры с их опытом непосредственного ухода за пациентами должны гарантировать, что пациенты имеют самую достоверную информацию и протоколы исследования разработаны таким образом, чтобы обеспечить надлежащее представительство и участие в исследованиях всех групп населения.

Медсестрам в проведении исследований может помочь список вопросов, разработанных The Campbell and Cochrane Equity Methods Group. Эти вопросы должны обеспечить объективность результатов. Список вопросов доступен на <http://equity.cochrane.org/our-publications>.

Лоббирование, отстаивание своей позиции, политическая карьера. Медсестры играют важную роль в разработке стратегий развития, принимая активное участие в политической деятельности и проведении научных исследований, особенно в области медицинского обслуживания. Однако необходимость решения вопросов, касающихся социальных детерминант здоровья, означает, что активность медсестер должна распространяться и на такие сферы, как финансы, сельское хозяйство, образование, транспорт, энергетика, жилье.

Национальные сестринские ассоциации должны контактировать с ключевыми фигурами в правительстве и гражданском обществе, активно участвовать в политических дебатах, касающихся как вопросов здравоохранения, так и более общих

вопросов политики, затрагивающих социальные детерминанты здоровья.

Таким образом, лоббирование и отстаивание своей позиции – ключевые составляющие деятельности медсестер в области решения вопросов справедливого доступа к медицинским услугам. Эта деятельность требует развития определенных навыков, что уже находит отражение в образовании. Так, необходимые медсестрам навыки эффективного участия в разработке государственной политики они могут получить в рамках постдипломного образования.

Международный совет медсестер считает, что медсестры играют важную роль в достижении справедливости в области здоровья и определении стратегий воздействия сектора здравоохранения на уменьшение несправедливости в данной сфере.

Рекомендуемая литература

Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей // <http://www.un.org/ru/sg/strategy/>

Цели развития тысячелетия // <http://www.unrussia.ru/goals.html>

Challenging Inequity through Health Systems (Gilson et al. 2007) Final Report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health // www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf

Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (CSDH, 2008) // whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

Closing the Gap: Increasing Access and Equity <http://www.icn.ch/publications/2011>

Equity-Oriented Toolkit (WHOCC for Knowledge Translation and Health Technology Assessment in Health Equity, 2004) http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm

The European Portal for Action on Health Equity <http://www.health-inequalities.eu>

Global Learning Device on Social Determinants of Health (PAHO/WHO, 2009) http://www.who.int/pmnch/topics/conferences/200902_paho/en/index.html

The ICN Code of Ethics for Nurses (ICN, 2006) www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

ROLE OF NURSES IN PROVIDING AN EQUAL ACCESS TO HEALTH CARE SERVICES

I.V. Ostrovsкая, Cand. Psychol. Sci

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The topic of the International Nurses Day – 2011 – Closing the gap: increasing access and equity. Nurses have an important role in achieving health equity and developing a clear understanding of how the health sector can act to reduce health inequities.

Key words: International Nurses Day, access to services, the Millennium Development Goals.