

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

SOCIAL PROTECTION IN HEALTH AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

Саидов А.С. – ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе»

E-mail: a.saidov2014@mail.ru

Ботиров М.Т. – Central Asian Medical University

Саидов А.С. Ботиров М.Т. (2023). СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ. Actacam, 3(3), 279. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10398825>

***Аннотация.** В современных цивилизованных государствах социальная защита в сфере здравоохранения - Social Protection in Health (СПЗ) обычно понимается как механизм, гарантирующий доход и финансовую поддержку в случае болезни. Она также способствует тому, что все нуждающиеся граждане имеют эффективный доступ к надлежащему медицинскому обслуживанию надлежащего качества. Тем не менее, для многих людей во всем мире доступная медицинская помощь хорошего качества остается недостижимой.*

Особенно в развивающихся странах, большие группы граждан по-прежнему не охвачены адекватными механизмами оказания медицинской помощи любого рода, и болезнь ставит под угрозу не только их здоровье. Затруднительное положение такой категории людей часто сводится к непростому выбору между отказом от лечения и попаданием в ловушку нисходящей спирали обнищания из-за высоких расходов на здравоохранение.

***Ключевые слова:** социальная защита в сфере здравоохранения, общество, социальные детерминанты здоровья, люди, медицина, ВОЗ и др.*

***Annotation.** In modern civilized states, social protection in the healthcare sector - Social Protection in Health (SPH) is usually understood as a mechanism that guarantees income and financial support in case of illness. It also ensures that all citizens in need have effective access to appropriate health care of appropriate quality. However, for many people around the world, affordable, good quality health care remains elusive.*

Particularly in developing countries, large groups of citizens are still not covered by adequate health care mechanisms of any kind, and the disease puts more than just their health at risk. The predicament of these people often boils down to a difficult choice between refusing treatment and becoming trapped in a downward spiral of impoverishment due to high health care costs.

***Key words:** social protection in the field of healthcare, society, social determinants of health, people, medicine, WHO, etc.*

Согласно данным Международной организации труда (МОТ), 80% населения мира по-прежнему лишено надлежащей социальной защиты. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год почти 180 миллионов человек финансово обнищают в результате оплаты медицинских услуг из собственных средств, в то время как 104 миллиона вынуждены жить за чертой бедности просто из-за медицинских платежей [1]. Подобный дефицит социальной защиты был хорошо задокументирован ещё до нынешнего кризисного состояния (МОТ/ВОЗ, 2009) и, вероятно, усугубится, если не будут предприняты соответствующие действия. Сегодня, по оценкам МОТ, 30–36% населения мира (и более 74% населения в развивающихся странах) не имеет эффективного доступа к базовым медицинским услугам (МОТ, 2010).

Следует отметить, что в большинстве развивающихся стран, в частности постсоветских республик Центральной Азии, формальная социальная защита в сфере здравоохранения возникла недавно. В таких странах в качестве социального медицинского страхования использовалась европейская государственная конструкция, основанная на модели промышленного труда. Хотя в принципе система социального страхования направлена на обеспечение всеобщего права для получения пособия на основе гражданства, в большинстве развивающихся государств она обычно охватывает лишь несколько обеспеченных групп из-за финансовых ограничений и ограничений, связанных с рынком труда (DESA, 2007). Точно так же государственное предоставление медицинских услуг, финансируемое за счет налогов, также оказалось проблематичным в развивающихся странах, и редко достигалось с точки зрения охвата и качества. Финансовые ограничения и либерализация привели к постепенному сокращению государственного здравоохранения и социальной защиты. Введение платы за медицинское обслуживание в 1980-х годах побудило неправительственные организации создать частное некоммерческое общественное медицинское страхование (ОМС) [3].

Наряду с ним и другими схемами частных сберегательных счетов также произошел переход к системам социальной защиты с проверкой нуждаемости,

подразумевающим адресность. Сегодня в большинстве развивающихся стран картина представляет собой богатое разнообразие организационных механизмов социальная защита в сфере здравоохранения, частное коммерческое медицинское страхование, общественное медицинское страхование, схемы пособий по беременности и родам, фонды медицинского страхования (ФМС), условные денежные трансферты и медицинские ваучеры и другие средства, но, к сожалению, с плохими результатами. Тем не менее, есть место для надежды, и, по крайней мере, в сфере международной политики тесная взаимосвязь между здоровьем и бедностью была признана путем включения трех конкретных задач в области здравоохранения в число восьми целей развития тысячелетия.

Начиная с 2004 года, консорциум, возглавляемый немецким обществом по техническому обслуживанию МОТ и ВОЗ, выступил с призывом к распространению СЗСЗ в развивающихся странах. В 2005 году эксперты МОТ подсчитали, что базовая социальная защита, включая здравоохранение, будет доступна в бедных странах в разумные сроки. В 2011 году Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (СДЗ), тропической медицине и международному здравоохранению, призвала к глобальным действиям в отношении социальных факторов здоровья, чтобы достичь справедливости в отношении здоровья в течение одного поколения и подчеркнула, что всеобщая социальная защита является необходимым условием жизни [5].

В течение последних двух десятилетий внимание сообщества общественного здравоохранения все чаще привлекалось к СДЗ - факторам, помимо медицинского обслуживания, на которые может влиять социальная политика и которые оказывают мощное влияние на здоровье. В качестве таковых можно использовать термин «медицинское обслуживание», а не «здравоохранение» для обозначения клинических услуг, чтобы избежать потенциальной путаницы между «здравоохранением» и «медицинской помощью». Социальные детерминанты здоровья - это немедицинские факторы, влияющие на результаты в области здравоохранения. Это условия, в которых люди рождаются, растут, работают, живут и стареют, а также более широкий

набор сил и систем, формирующих условия повседневной жизни. Они включают экономическую политику и комплексы, программы развития, социальные нормы, социальную политику и политические системы.

Комиссия Всемирной организации здравоохранения по социальным детерминантам здоровья определила СДЗ как «условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют», а также «фундаментальные движущие силы этих условий» [15]. Термин «социальные детерминанты» часто ассоциируется с такими факторами, как связанные со здоровьем особенности окрестностей (например, удобство прогулок, зоны отдыха и доступность полезных продуктов питания), которые могут влиять на поведение, связанное со здоровьем. Однако накопились фактические данные, указывающие на социально-экономические факторы, такие как доход, благосостояние и образование, как фундаментальные причины широкого спектра заболеваний.

Факторы социальной среды, важные для здоровья, включают те, которые связаны с безопасностью, насилием и социальными беспорядками в целом, и более конкретные факторы, связанные с типом, качеством и стабильностью социальных связей, включая социальное участие, социальную сплоченность, социальный капитал и коллектив и др.

Здоровье человека во многом определяется социальной, экономической, культурной и физической средой, в которой он живёт, - всем, начиная от того, где работает, заканчивая уровнем нашего образования и доступом к здоровой пище и воде. Жилье, социальные услуги, географическое положение и образование являются одними из наиболее распространенных социальных детерминантов здоровья. Эти факторы оказывают значительное влияние на текущую ситуацию в сфере здравоохранения. По мере того, как все больше организаций здравоохранения оказывают медицинскую помощь, основанную на ценности, они разрабатывают стратегии по стимулированию оздоровления.

Совершенно очевидно, что СДЗ оказывают важное влияние на неравенство в отношении здоровья - несправедливые и предотвратимые различия в состоянии здоровья, наблюдаемые внутри стран и между ними. В странах с любым уровнем

дохода здоровье и болезни следуют социальному градиенту: чем ниже социально-экономическое положение людей, тем хуже их здоровье.

Продолжая анализ, заметим, что собран большой и убедительный объём фактических данных, особенно за последние двадцать лет, что свидетельствуют о мощной роли социальных факторов (помимо медицинского обслуживания) в формировании здоровья по широкому спектру показателей здоровья, условий и групп населения. Эти данные не отрицают влияние медицинского обслуживания на здоровье, а, скорее, указывают на то, что медицинская помощь не является единственным фактором такого порядка. Они также предполагают, что последствия медицинской помощи могут быть более ограниченными, чем принято считать, особенно при определении того, кто заболевает или получает травму в первую очередь. Взаимосвязи между социальными детерминантами и здоровьем, однако, не просты, и среди исследователей идут активные споры относительно силы доказательств, подтверждающих причинно-следственную роль некоторых социальных факторов. Между тем, исследователи всё чаще ставят под сомнение уместность традиционных критериев оценки доказательств.

К примеру, пределы медицинской помощи иллюстрируются работой шотландского врача Томаса Маккеуна, который изучал записи о смерти в Англии и Уэльсе с середины XIX века до начала 1960-х годов. Он обнаружил, что смертность от множества причин резко и неуклонно снижалась за десятилетия до появления современных методов медицинской помощи, таких как антибиотики и отделения интенсивной терапии. Т. Маккеун объяснил резкое увеличение ожидаемой продолжительности жизни с XIX века главным образом улучшением условий жизни, включая питание, санитарию и чистую воду [14]. Хотя достижения в области медицинского обслуживания внесли свой вклад большинство авторов, однако они полагают, что немедицинские факторы, включая условия, относящиеся к сфере традиционного общественного здравоохранения, вероятно, были более важными [6]. В этом смысле сестринское дело в сфере общественного здравоохранения, включая его роль в пропаганде, возможно, сыграло важную роль в повышении уровня жизни населения многих

регионов планеты [7]. Другим примером ограниченности медицинской помощи является увеличение различий в смертности между социальными группами.

Социальные детерминанты здоровья, такие как бедность, неравный доступ к медицинскому обслуживанию, отсутствие образования, стигматизация и расизм, являются основополагающими факторами, способствующими неравенству в отношении здоровья. Во многих странах мира Центры по контролю и профилактике заболеваний стремятся добиться улучшения жизни людей путем уменьшения неравенства в отношении здоровья.

В последующем «Докладе о состоянии здравоохранения в мире» (ВОЗ, 2008г.) всеобщий охват и защита были названы основными компонентами действий. С 2009 года Совет руководителей Организации Объединенных Наций выступает за установление минимального уровня социальной защиты, стартового пакета основных услуг и социальных выплат, призванных противостоять экономическому кризису и его негативному влиянию на человеческое развитие, включая здравоохранение (МОТ/ВОЗ, 2009). На межгосударственном уровне национальные правительства всё чаще берут на себя ответственность за СЗСЗ. В этом плане показательны инициативы таких государств, как Гана и Индия. Например, Гана инициировала свою Национальную схему медицинского страхования в 2003 году как одну из попыток достичь Целей развития тысячелетия [11].

Более того, в 2008 году федеральное правительство Индии запустило, субсидируемую государством, национальную схему медицинского страхования «Раштрия Свастья Бима Йоджана» для семей, живущих за чертой бедности [15]. Хотя эти инициативы не лишены недостатков, тем не менее, они указывают на сдвиг маятника в сторону возобновления участия правительства в потребности в рамочной основе: преобразующая социальная защита в здравоохранении. Учитывая множество существующих механизмов СЗСЗ и тот факт, что изоляция все ещё широко распространена, вполне обоснованно задаться вопросом, что должно повлечь за собой адекватные действия в этом направлении. Текущий взгляд на услуги в сфере здравоохранения в значительной степени технический,

что фокусируется на предлагаемых преимуществах и охвате населения, достигаемом конкретными вмешательствами.

Не преуменьшая важности соответствующих технических разработок, мы утверждаем, что влияние механизмов СЗСЗ также связано со степенью успеха в преобразовании тех социально-политических и институциональных элементов, которые создают и поддерживают уязвимость людей при заболевании. Сочетая подход к проблеме бедности, основанный на возможностях и путь к социальной изоляции можно утверждать, что стратегии сокращения бедности нельзя отделять от местного институционального контекста, в котором они разрабатываются. Стоит учитывать такой контекст, чтобы способствовать расширению прав и возможностей посредством хорошо продуманного их варианта и, в конечном итоге, быть эффективными.

Разумеется, если социальное неравенство не принимается во внимание должным образом, меры вмешательства рискуют воспроизвести или даже усилить изоляцию. Отдельные эксперты указали на ту же сложность в сфере здравоохранения, системы которого представляют собой социальные конструкции, отражающие социальное неравенство и изоляцию, существующие в обществе, где они встроены. Благодаря этому, системы здравоохранения могут усилить существующее неравенство и усилить изоляцию, но они также могут служить ареной для решения проблем и преодоления неравенства, а также содействия расширению прав и возможностей и интеграции [12]. При этом СЗСЗ не является исключением: она может быть репрессивным или освободительным инструментом. Комплексная основа для анализа динамики власти в сфере общественного здравоохранения могла бы выиграть от концепции преобразующей социальной защиты, разработанной С. Деверо и Р. Сабатс-Уилер.

В ответ на чрезмерный акцент на экономической уязвимости основных на СЗСЗ вышеназванные специалисты указали на необходимость социальной защиты населения в качестве набора государственных и частных инициатив, как формальных, так и неформальных, которые обеспечивают:

- а) «социальную помощь крайне бедным слоям населения», отдельным лицам и домохозяйствам;
- б) социальные услуги группам, которые нуждаются в особом уходе или которым в противном случае было бы отказано в доступе к основным услугам;
- в) социальное страхование для защиты людей от рисков и последствий потрясений в области средств к существованию;
- г) социальная справедливость для защиты людей от социальных рисков, таких как дискриминация или жестокое обращение» [9].

Соответственно, они расширили ту структуру МОТ, которая предусматривала обеспечение, предотвращение и поощрение, включив в неё также преобразующие меры, призванные бросить вызов существующему дисбалансу сил, который на самом деле вызывает социальную уязвимость и изоляцию отдельных социальных слоёв общества [10]. Применительно к здравоохранению, ключевая гипотеза этой расширенной системы социальной защиты переключается с призывом к действию Комиссии ВОЗ по социальным факторам здоровья: «Решить проблему несправедливого распределения власти, денег и ресурсов - структурных движущих сил условий повседневная жизнь на глобальном, национальном и местном уровнях» [8].

Думается, необходимо также использовать трансформационную структуру социальной защиты при изучении СЗСЗ, и для того, чтобы её вмешательство было эффективным, также должны быть учтены структурные детерминанты дисбаланса власти и социальной изоляции в сфере здравоохранения. Соответственно, необходимо концептуализировать преобразующую систему здравоохранения в виде трёх пересекающихся функций с одним сквозным измерением:

1. Функция обеспечения: облегчение лишений, вызванных ограниченным доступом к здравоохранению (например, социальная помощь, медицинские ваучеры, фонда домашнего образования, отмена платы за пользование для крайне бедных слоев населения);

2. Функция профилактики: предотвращение лишений и обнищания, вызванных расходами на здравоохранение или потерей ресурсов во время болезни (например, ФМС, ОМС, полная отмена платы за пользование услугами);

3. Функция продвижения: повышение реальных доходов и возможностей (например, повышение экономической производительности благодаря улучшению здоровья, отмене платы за обучение в обмен на пользование медицинскими услугами);

4. Аспекты трансформации: трансформация социального и институционального контекста системы здравоохранения в региональную медицину и международное здравоохранение.

Вне всякого сомнения, необходимость преобразовательной социальной защиты в здравоохранении - это противодействовать исключению и лишению права людей на качественную медицинскую помощь. Трансформационный аспект, по мнению исследователей, затрагивает функции обеспечения, профилактики и продвижения и может проявляться на всех следующих уровнях системы здравоохранения:

- микроуровень домохозяйства и сообщества, т.е. индивидуальное распределение владения ресурсами, доступ и использовать;
- мезоуровень, т.е. взаимодействие отдельных лиц и групп с поставщиками услуг и местными учреждениями;
- макроуровень, т.е. региональные, национальные и международные политические круги и общество в целом [13].

Подтверждением этому могут служить примеры, основанные на практическом опыте использования ОМС и ФМС исследователями и специалистами в различных контекстах Африки и Азии, иллюстрируют возможную динамику преобразований социальной защиты в сфере здравоохранения стран этих континентов.

Данные на микроуровне, полученные исследователями в ходе обсуждений в фокус-группах в таких государствах, как Китай и Мали, позволяют предположить, что членство в местной системе ОМС особым образом улучшает

социальное положение женщин в семье. Помимо предотвращения обнищания, связанного со здоровьем, женщины-члены, похоже, также получают больше власти в процессе принятия решений, касающихся здоровья. Они становятся менее зависимыми от мужа [4]. В другом контексте снижение зависимости также заметно на уровне сообщества. Изучение некоторых полученных результатов ОМС в Индауре и Агре (Индия) показывает снижение уровня кредитов, получаемых от неформальных предпринимателей [2].

Таким образом, подводя итог выше проведенному анализу, можно заключить, что социальная защита в сфере здравоохранения является важным механизмом профилактики и лечения заболевших граждан во многих современных государствах мира. Её организация и успешная реализация, прежде всего, зависят от степени решения вопросов, связанных с социальными детерминантами здоровья, которые тесно связаны с важнейшими сферами жизнедеятельности любого общества.

Список литературы:

1. ВОЗ назвала число людей в крайней нищете из-за трат на медицину. Эл.ресурс: <https://www.rbc.ru/rbcfreenews/61b6d84c9a794716f3dd2293> (дата обращения: 10.09.2023)
2. Диденко М.П., Доделия К.В. Особенности неформальной экономики Индии в XXI веке // Московский экономический журнал. - 2020. - № 7. - С. 86-98.
3. Иванова, И.В., Авакян, А.Э., Иванова, О.А. Формирование различных моделей организации зарубежных систем здравоохранения // Экология человека. - 2005. - №1. - С. 46-50.
4. Ильченко М.В. Особенности социального положения женщины в Китае // Социология. - 2019. - № 3. - С. 127-130.
5. Социальные детерминанты здоровья: итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья (Рио-де-Жанейро, Бразилия, октябрь 2011 г.)

6. Стародубов В.И., Короткова А.В., Леонов С.А., Евдаков В.А. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства // Менеджер здравоохранения. - 2016. - № 4. - С. 6-13.
7. Цешковский М.С., Кирсанова Е.В. Специальность «Сестринское дело» в программах Всемирной организации здравоохранения // Информационно-аналитическим вестник «Социальные аспекты здоровья населения». Электронный ресурс: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/169/27/> (дата обращения: 15.10.2023).
8. Шангареева З.С. Здоровье и здравоохранение в социальном государстве. Электронный ресурс: <https://cyberleninka.ru/article/n/> (дата обращения: 05.10.2023).
9. Devereux, S., Sabates-Wheeler, R. 'Phase II report: a vulnerability issues paper // Social Protection in Uganda: Facilitating the Process of Mainstreaming Social Protection into the PEAP Revision. - Kampala: Ministry of Gender, Labour and Social Development, 2003. - P. 85-93.
10. Dutch linguists between Humboldt and Saussure - The case of Jac. Van Ginneken (1877-1945) // [Historiographia Linguistica](#). - 2003. - № 29(1-2). - P. 145-163.
11. Ghana's National Health Insurance Scheme: Insights from Members, Administrators and Health Care Providers // [Journal of Health Care for the Poor and Underserved](#). - 2013. - № 24 (3). - P. 1378-1390.
12. Mackintosh M & Tibandebage P Inequality and redistribution in health care: analytical issues for developmental social policy // Social Policy in a Development Context (ed T Mkandawire) Palgrave, Houndmills. - 2004. - P. 143-174.
13. Michielsen J. Social protection in health: the need for a transformative dimension // [Volume 15](#). - 2010. - № 6. - P. 654-658.

14. McKeown T., Record R.G., Turner R.D. Interpretation of the decline in mortality in England and Wales in the twentieth century // Demographic Studies. - 1975. - № 29 (3). - P. 391-422.
15. Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) and outpatient coverage // [Journal of Family Medicine and Primary.](#) - 2020. -№9 (2). - P. 446-459.
16. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. Эл.ресурс: <https://www.researchgate.net/publication/259567077> (дата обращения: 13.09.2023).