

Право на здоровье: программы по сокращению разрыва между центром и периферией

Достаточно высокая средняя продолжительность жизни в Израиле и современное медицинское обслуживание скрывают за собой наличие серьезного разрыва в этой области между разными группами населения, а также процессы, которые приводят к тому, что не у всех жителей есть равный доступ к медицинскому обслуживанию. Существенные различия в состоянии здравоохранения – между различными группами населения, между жителями периферии и центра страны, между бедными и богатыми - являются ничем иным как жестоким отражением социально-экономической поляризации в обществе. Состояние здоровья населения зависит в числе прочего от качества питания и жилищных условий, от качества воды и канализации, от уровня образования и доходов. Неравенство в доступности медицинского обслуживания и различия в его качестве и достигаемости также влияют на разрыв в сфере здравоохранения между различными секторами общества. Некоторые важные позитивные изменения здесь уже происходят – например, бесплатное лечение зубов детям до 12 лет, открытие медицинского факультета в Цфате и попытка продвинуть реформу в уходе за немощными и госпитализации. Нужно подчеркнуть, что разрыв между центром и периферией – только часть проблемы, на чем более подробно остановимся далее.

Различия в сфере здравоохранения между центром и периферией – данные

Районы Израиля сильно отличаются друг от друга как по качеству медицинских услуг и по их доступности. Так, например, самая высокая продолжительность жизни наблюдается в районе Иерусалима и центра страны, наиболее низкая – в Северном и Южном округах. Населенные пункты, в которых зарегистрирована относительно низкая продолжительность жизни – это те, в которых проживают представители более слабых социально-экономических слоев и которые находятся в более периферийных районах; в районах юга, севера и Хайфы показатели общей смертности выше; проценты детской смертности на севере и юге страны выше, чем в районе Тель-Авива и центре страны; жители юга чаще

жалуются на сердечно-сосудистые заболевания и повышенное кровяное давление, нежели жители других районов, тогда как жители севера страны чаще страдают сахарным диабетом.

Дефицит медперсонала и недостаточность инфраструктуры в медучреждениях существует по всей стране, и количество врачей, сестер и больничных коек на душу населения существенно ниже среднего показателя в странах ОЭСР.

Однако положение дел в районах периферии особо тяжелое. Так, например, самое высокое число медсестер на 1000 жителей наблюдается в Хайфском (6,75) и Тель-Авивском (6,34) округах, а самое низкое – на юге (3,74) и на севере (3,83). Самое высокое число врачей на 1000 жителей – в районе Тель-Авива (4,6), самое низкое – на севере и юге (2,1 и 2,3 соответственно). Открытие медицинского факультета в Цфате – важный шаг, который можно приветствовать, однако он вряд ли способен изменить ситуацию в ближайшей перспективе. Врачи-специалисты составляют менее 60% врачей в поликлиниках Северного округа, в сравнении с более чем 3/4 в остальных районах страны (кроме Южного округа); количество больничных коек для общей госпитализации на душу населения в Северном и Южном округах существенно меньше, чем в остальных районах страны; подобная ситуация наблюдается и с количеством коек в других отделениях.

Программы и инициативы по сокращению разрыва

Программы правительства и медицинских учреждений

Упор на сокращение разрыва в приоритетах Министерства

здравоохранения: В стратегической программе министерства здравоохранения на 2011-14 годы центральное место отведено сокращению разрыва между центром страны и периферией. Так, задачи министерства включают среди прочего: увеличение числа медсестер на юге страны, увеличение числа врачей-специалистов на периферии, расширение медицинской инфраструктуры на периферии, предоставление преимуществ периферийным районам страны при распределении высоких технологий, поощрение больничных касс увеличить вклады в инфраструктуру для развития здравоохранения на периферии. Сейчас

основным делом является переход от задач к практическим рабочим программам. Речь идет о таких программах, которые смогли бы преодолеть бюджетные преграды, были бы приняты правительством и смогли бы противостоять различным экономическим интересам и силам.

Изменение формулы капитации: Формула капитации – это формула, при помощи которой правительство распределяет бюджет, выделенный больничным кассам (более 30 миллиардов шекелей в год). Подсчет основывается на числе застрахованных в кассах. До недавнего времени больничные кассы получали добавочную поддержку на застрахованное лицо (стандартизированное) только на основе возраста – старикам и детям полагалась более существенная поддержка. В начале 2011 произошли изменения, был внесен и фактор гендерной принадлежности (на женщин репродуктивного возраста выделяется больше), а также дополнительная помощь застрахованным, проживающим в периферийных районах.

Однако и в этих нововведениях можно указать на некоторые недостатки: в подсчетах учитываются географический фактор удаленности от центра, но не учитываются социально-экономические показатели отдельных городов и районов, не всегда зависящие от их географического положения (сравним отдаленный от центра Омер и расположенную в самом центре страны Рамлу). Непонятно также, достаточна ли величина предлагаемого «поощрения» для того, чтобы больничные кассы расширяли работу на периферии, и, наконец, нет никакого механизма, который мог бы гарантировать, что деньги, направленные на расширение работы касс на периферии, не будут «поглощены» кассами и потрачены на другие нужды.

Плоды забастовки врачей: В августе 2011, в результате борьбы врачей за свои права, между министерством финансов и профсоюзом врачей был подписан коллективный договор, который упорядочил условия работы врачей. Некоторые из положений этого договора влияют на сокращение разрыва между центром и периферией: это добавление 1000 ставок врачей в общественных больницах с предоставлением преимуществ районам периферии; 20-процентная надбавка к зарплатам врачей на периферии относительно зарплат врачей в центре страны; возможность предоставления личной дотации в размере 300 тыс. шекелей врачу,

переезжающему на периферию (вопрос величины налога, которым будет облагаться такая дотация, все еще не решен).

Программы и борьба правозащитных организаций за лучшее медицинское обслуживание

Борьба за равноправное распространение аппаратов МРТ (Магнитно-резонансной томографии): В 2008 году число этих важнейших для диагностики аппаратов на душу населения на юге страны было в 3 раза меньше, чем в центре, а на севере – в 7 раз меньше. Однако борьба общественных организаций привела к тому, что правительство изменило приоритеты распределения новых аппаратов.

Создание ночных центров и отделений экстренной медпомощи в районах периферии: В большей части населенных пунктов на периферии все еще нет отделений экстренной медицинской помощи и ночных дежурных центров экстренного медицинского обслуживания. Некоторые города, например Димона, решили эту проблему через привлечение частных пожертвований. В последние два года эта тема энергично продвигается замминистра здравоохранения Элиэзером Лицманом, и такие дежурные приемные покои постепенно открываются в разных местах (в городах Арад, Умм-эль-Фахм, Ашдод). Это, однако, не решает всех проблем, потому что в городах, где открытие таких приемных покоев не намечается (например, в городе Офаким), малоимущее население по-прежнему будет подвержено опасности, и есть необходимость создания в этих местах малобюджетных центров экстренной медицинской помощи.

Борьба за привлечение квалифицированной рабочей силы в сфере здравоохранения к работе на периферии: Эта борьба ведется уже много лет общественными организациями на севере и на юге страны. В частности, идет борьба за отмену решения о закрытии онкологического отделения в безрешевской больнице «Сорока», а в колледже Тель-Хай студенты уже более года занимаются деятельностью, направленной на привлечение врачей-специалистов к работе в Верхней Галилее.

Заключение

Улучшение досягаемости доступного и качественного медицинского обслуживания в районах периферии – это только один из способов сократить разрыв в сфере здравоохранения. Необходимо бороться и с другими последствиями социально-экономических различий: слабой доступностью для малоимущих слоев частных медицинских услуг, особенно – жизненно-важных, по тем или иным причинам отсутствующих в «корзине медобслуживания», таких как некоторые услуги по уходу за душевнобольными, стоматологические услуги и долгосрочная госпитализация. Малоимущие и представители других социально-исключенных групп населения сильно страдают ввиду высокой стоимости собственного долевого участия пациента и при получении услуг, входящих в корзину, - все это, несмотря на такой положительный процесс, как отмена некоторых плат (таких, например, как плата, взимаемая службой «*тинпат халав*»). Нужно постепенно привести к отмене долевого участия пациента. Помимо этого, нужно установить механизм для постоянного уточнения и обновления компонентов «корзины медобслуживания» и закрепить его в законодательном порядке. Параллельно, необходимо скорректировать продолжающееся обесценивание бюджета медицинских служб, в соответствии с недавним постановлением Верховного суда. Необходимо произвести бюджетные вложения также в профилактическую медицину и местное медобслуживание.

И все же очевидно, что без эффективной борьбы с бедностью и сокращения разрыва между различными слоями населения в условиях жизни, в жилье, в образовании и в экологической защищенности трудно надеяться на существенное сокращение разрыва в области медицинского обслуживания. Общегосударственная правительственная программа по сокращению разрыва в медицинском обслуживании должна быть основана на пяти принципах: определение специализированного бюджета для этих нужд; определение измеряемых количественных задач с установленными сроками; систематический сбор данных о разрыве; годовые отчеты о разрыве и о шагах, предпринятых для его снижения, а также взаимодействие различных секторов –

правительства, парламента, больничных касс и организаций гражданского общества.