

# ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕДНЫМ СЛОЯМ НАСЕЛЕНИЯ Индия

2007 год

## Женский профсоюз на базе общины предоставляет услуги в сфере здравоохранения бедным слоям населения

Ассоциация занятых индивидуальной трудовой деятельностью женщин (SEWA), которая является профсоюзом, созданным в 1972 году в Ахмедабаде, штат Гуджарат, Индия, предоставила женщинам из бедных семей возможность заработка на основе индивидуального предпринимательства вне рамок формального сектора экономики или путем создания предприятия малого бизнеса. По сравнению с населением, занятым в организованном секторе экономики, эти женщины не получают на регулярной основе заработной платы и не охвачены системой социального обеспечения.

В своей деятельности SEWA преследует две основных цели: а) помочь этим женщинам в достижении полной занятости, что даст им возможность почувствовать уверенность в завтрашнем дне с точки зрения наличия работы, дохода, продуктов питания и социальной защищенности, б) помочь каждой женщине в отдельности и всем вместе почувствовать свою самодостаточность, независимость и способность самостоятельно принимать решения. Помимо банковских услуг и услуг в области кредитования (SEWA Bank) и страхования (компания "Vimco SEWA"), с начала 1970 годов Ассоциация начала активно участвовать в деятельности государственной системы здравоохранения с целью предоставления своим членам и не членам некоторых профилактических и первичных медицинских услуг. Эта деятельность была направлена на предоставление услуг самым бедным слоям населения, особенно тем, кто проживает в районах, не охваченных государственной системой здравоохранения или системой услуг, предоставляемых неправительственными организациями (НПО). SEWA пришлось решать много сложных задач, чтобы начать предоставление необходимых услуг в сфере здравоохранения самым бедным слоям населения.

### Услуги здравоохранения в штате Гуджарат

Как и в любых других странах мира, бедные в Индии умирают в более раннем возрасте, больше подвержены болезням и имеют более ограниченный доступ к услугам здравоохранения по сравнению с более зажиточными слоями населения. Предоставление услуг этим бедным слоям населения, которые в большинстве своем являются неграмотными, географически разбросаны на большие расстояния, особенно в отдаленных сельских районах, связано с необходимостью решения многих задач. Главными среди

них являются задачи по определению и преодолению трудностей, с которыми сталкиваются бедные слои населения при обращении за медицинской помощью.

Государственный сектор в Индии обладает внушительными размерами, но не имеет достаточного финансирования и даже не приближается, с точки зрения охвата, к оптимальным размерам, которые необходимы для удовлетворения насущных потребностей в сфере здравоохранения. Частный сектор растет быстрыми темпами, но недостаточно регулируется. Отсутствие установленных норм в сфере здравоохранения позволяет заниматься частной медицинской практикой большому числу неквалифицированных врачей, что создает большую опасность назначения пациентам ненадлежащего лечения. Кроме того, пациенты вынуждены сами оплачивать большую часть стоимости предоставляемых им услуг как в государственном, так и частном секторе.

По сравнению со всеми остальными районами Индии, в штате Гуджарат бурно развивается предоставление медицинских услуг частным сектором на коммерческой основе. Проблемы развития услуг частного и государственного секторов в Гуджарате аналогичны тем, что существуют в Индии повсеместно. Большинство городского и сельского населения в штате Гуджарат используют частный сектор для получения медицинской помощи амбулаторно и в условиях стационара. По данным Национальной организации выборочных обследований (НОВО) за 1995–1996 годы, почти 82 процента амбулаторного лечения среди сельского населения и 76 процентов среди городских жителей приходилось на частный сектор. Доля частного сектора в предоставлении услуг госпитализации составила 71 процент в городах штата Гуджарат и 67,4 процента в сельских районах штата. Среди районов, включенных в это исследование, государственная система здравоохранения имеет сильные позиции только в городе Ахмедабад, где четыре крупные государственные больницы предоставляют и услуги стационара, и амбулаторные услуги.

Большие расстояния и отсутствие финансовых средств являются основными препятствиями на пути получения медицинской помощи нуждающимся в ней представителями бедных групп населения. Предоставление медицинских услуг (в особенности лечебных, дорогостоящих или клинических услуг) широко развито в городах, а вот сельские жители, проживающие на значительном



ВСЕМИРНЫЙ БАНК

[www.worldbank.org/wbi/healthandaids](http://www.worldbank.org/wbi/healthandaids)

расстоянии от городов, вынуждены часами добираться в ближайший медицинский пункт. Двенадцать процентов женщин, проживающих в сельских районах, вынуждены преодолевать расстояние, по крайней мере, в пять километров, чтобы попасть в медицинское учреждение. На основании результатов обследования НОВО в 1995–1996 годах, квинтиль наиболее зажиточных сельских жителей Гуджарата, определенный на основе уровня годовых расходов домохозяйства, имел на протяжении одного года в 4,6 раза больше возможностей получать лечение в стационаре, чем квинтиль самого бедного населения. Соотношение этих показателей в городах составляет 2,9 раза.

### Услуги SEWA в сфере здравоохранения

В 1970 годы SEWA впервые активно подключилась к предоставлению услуг в рамках государственной системы здравоохранения путем осуществления санитарно-просветительской деятельности и предоставления пособий матерям. В начале 1980 годов

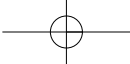
SEWA провела переговоры с индийским правительством относительно предоставления помощи матерям из бедных слоев населения. SEWA всегда стремилась наращивать потенциал женщин на местах, особенно традиционных повитух (“даи”), с тем, чтобы они могли оказывать первую медицинскую помощь в рамках своих общин. В настоящее время деятельность SEWA в области здравоохранения развивается по многим и самым разным направлениям, включая оказание медицинских услуг через 60 стационарных медицинских центров и передвижных медицинских лагерей, санитарно-просветительскую деятельность и обучение, наращивание потенциала руководителей местных отделений SEWA и местных “даи”; предоставление недорогих высококачественных лекарств через местные аптечные пункты; деятельность по созданию новых рабочих мест и охрану психического здоровья; производство и маркетинг препаратов традиционной медицины. В таблице 1 публикации “Предоставление услуг в сфере здравоохранения бедным слоям населения” представлен краткий отчет по трем видам деятельности SEWA.

**Таблица 1. Три услуги SEWA в сфере здравоохранения в рамках предоставления услуг бедным слоям населения**

Переменные	Передвижные лагеря репродуктивного здоровья	Выявление заболеваемости туберкулезом и лечение	Санитарно-просветительская деятельность среди женщин
Дата начала деятельности	1999 год	1999 год	1999 год
Целевая группа населения	Женщины репродуктивного возраста	Мужчины и женщины любого возраста	Женщины репродуктивного возраста
Географический охват	В основном районы Ахмедабада, Кеда и Патан	Северные и восточные районы Ахмедабада (население 375 тыс. чел.)	В основном районы Ахмедабада, Кеда и Патан, но также и другие районы, где имеются члены профсоюза SEWA
Услуги	Санитарно-просветительская деятельность и обучение; медицинский осмотр и диагностические исследования (осмотр шейки матки, сдача мазка Папаниколау, лечение, направление к специалисту, последующее наблюдение)	Диагностика, лечение, предоставление медикаментов	Санитарно-просветительская деятельность; краткий курс SEWA; оказание первой помощи; общие заболевания и ВИЧ/СПИД; вакцинация и уход за ребенком; заболевания, передающиеся воздушно-капельным путем и через воду, туберкулез; сексуальное и репродуктивное здоровье
Ежегодный уровень использования	12 500 женщин	575 пациентов, проходящих лечение в центре ДОТС; 23 центра, обслуживаемых полевыми сотрудниками ДОТС, имеющими элементарные знания в области медицины для оказания первой помощи	6 000 женщин
Стоимость для пользователя	Стоимость консультации – 5 рупий; препараты, продаваемые по оптовой цене (около одной трети от рыночной цены)	Услуги, предоставляемые бесплатно; только непрямые расходы	Стоимость 5 рупий для членов профсоюза SEWA
Врач по вызову	ЮНФПА и индийское правительство	ВОЗ, индийское правительство и Муниципальная корпорация Ахмедабада	Индийское правительство, ЮНФПА, Фонд Форда
Людские ресурсы	6 врачей, занятых неполный рабочий день, 50 полевых сотрудников, имеющих элементарные знания в области медицины для оказания первой помощи, и менеджеров	5 стационарных центров, в каждом из которых имеется от двух до трех сотрудников, и 11 сотрудников центров ДОТС на низовом уровне	35 работников низового уровня и сотрудники, имеющие полную занятость

ДОТС – Ускоренный курс амбулаторной терапии, краткий курс, ЮНФПА – Фонд Организации Объединенных Наций по народонаселению.

Источник: Таблица 9.1, Gwatkin, Wagstaff, and Yazbeck (2005 год).



## Передвижные лагеря, оказывающие услуги в области репродуктивного здоровья

В 1999 году организация “SEWA Health” начала создавать передвижные лагеря репродуктивного здоровья для женщин с целью удовлетворения потребностей населения в отдаленных районах, где эти услуги не предоставляются в необходимых объемах. Такие лагеря в основном разворачиваются в районах города Ахмедабад, заселенных беднотой, и в деревнях трех районов, при этом финансирование их деятельности происходит в основном за счет Фонда Организации Объединенных Наций по народонаселению (ЮНФПА) и правительства Индии. В месяц организуется свыше 35 лагерей, и в среднем один лагерь посещает 30 женщин, что превышает 12 500 пациентов в год. Медицинские услуги в лагерях предоставляются сертифицированными докторами, 50 полевыми сотрудниками, имеющими элементарные знания в области медицины для оказания первой помощи, и менеджерами. В среднем в каждой местности лагеря разворачиваются раз в год.

Деятельность передвижных лагерей репродуктивного здоровья предусматривает санитарно-просветительскую деятельность и обучение, медицинские осмотры и диагностические тесты, включая осмотр шейки матки, сдачу мазка Папаниколау, лечение, направление к специалисту, последующее наблюдение. Лагеря обычно открываются в полдень и работают три-четыре часа. Все обратившиеся пациенты должны внести 5 рупий (11 американских центов) и оплатить треть от общей стоимости предоставленных препаратов, но самые бедные граждане могут быть освобождены даже от уплаты этих сумм.

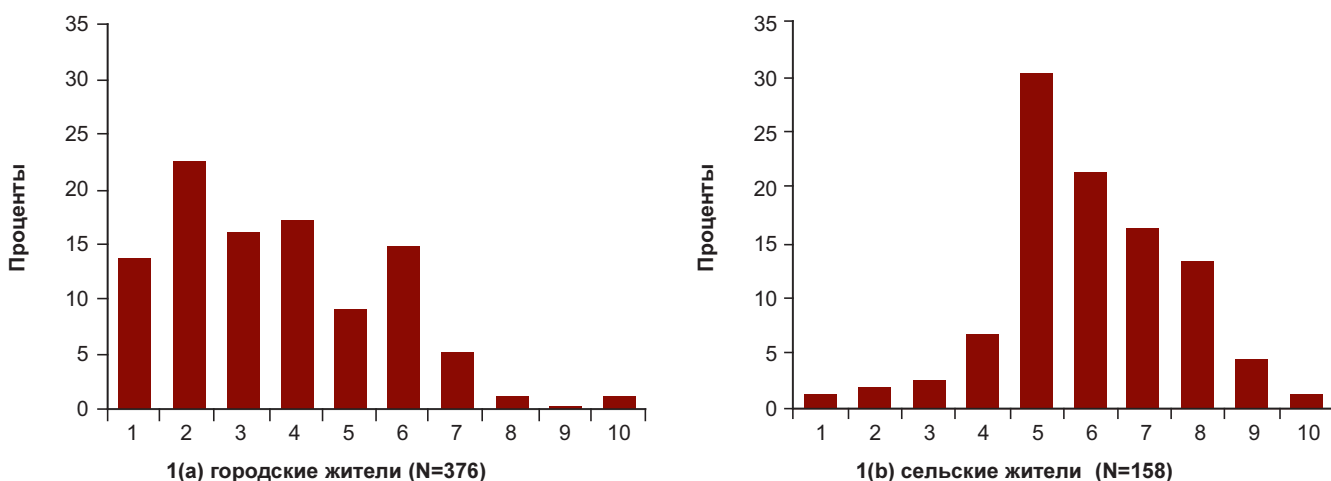
В деле организации лагерей “SEWA Health” все больше сотрудничает, особенно в сельской местности, с правительством штата Гуджарата, и при этом лагеря организуются непосредственно на базе правительственных центров первичной медицинской помощи (ЦПМ), которые обычно располагаются в небольших деревнях или рядом с ними. Эти лагеря отличаются от стан-

дартных “районных” лагерей, о которых говорилось выше, тем, что лекарства здесь предоставляются бесплатно, список этих лекарств ограничен теми препаратами, которые включены в правительственный перечень, а медицинские услуги оказываются докторами и медсестрами, находящимися на государственной службе. Для женщин, проживающих в близлежащих деревнях, SEWA выделяет бесплатный транспорт.

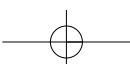
## Предоставление услуг бедным слоям населения

Для оценки социально-экономического статуса (СЭС) женщин, которые пользуются услугами передвижных лагерей репродуктивного здоровья, во время посещения отдельных таких лагерей были выборочно обследованы 376 женщин, живущих в городе, и 158 сельских жительниц. Затем эти результаты сравнили с общими данными по городскому и сельскому населению штата Гуджарат, полученными на основе последних репрезентативных обследований. Была установлена высокая эффективность передвижных лагерей репродуктивного здоровья для предоставления услуг женщинам из бедных семей в городе Ахмедабад. Сравнение на основе сложного коэффициента СЭС свидетельствует о том, что городские жители, пользующиеся услугами лагеря, в целом значительно беднее населения города Ахмедабада. Например, вероятность того, что у жителя, пользующегося услугами лагеря (или члена его семьи), имеется мотоцикл или скутер, была значительно ниже (12 процентов против 43 процентов); они чаще пользуются общественными туалетами (туалеты в частных домах по сравнению с туалетами, рассчитанными на несколько семей) – 22 и 9 процентов соответственно, и реже используют природный газ для приготовления пищи (35 процентов против 66 процентов). На рисунке 1(а) представлено распределение городских жителей, пользующихся услугами лагеря, в разбивке по децилям с применением коэффициента СЭС – левая кривая этого графика показывает, что услугами лагеря пользовались в основном представители более бедных сегментов всего населения.

**Рисунок 1. Частотное распределение жителей, пользующихся услугами передвижных лагерей репродуктивного здоровья SEWA в городе и в сельской местности, в разбивке по децилям при расчете коэффициента СЭС**



Источник: M. Kent Ranson, Palak Joshi, Mittal Shah, and Yasmin Shaikh: "India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services Among the Poor", в издании Reaching the Poor, Gwatkin, Wagstaff, and Yazbeck (редакторы), Всемирный банк, Вашингтон, 2005 год.



Доля пользующихся услугами лагерей жителей, которые расположились ниже тридцатого дециля в подсчетах с применением коэффициента СЭС, что примерно соответствует черте бедности в Индии, составила 52 процента (рисунок 1).

В сельских районах деятельность лагерей по предоставлению услуг женщинам из бедных семей оказалась менее эффективной. С учетом коэффициента СЭС сельские жительницы существенно не отличались от остального сельского населения. На рисунке 1(b) видно, что большинство пользующихся услугами лагерей жителей сельской местности относятся к децилям, представляющим менее бедное население. Только 5,7 процентов жителей, пользующихся услугами лагерей, относятся к перцентильям ниже тридцатого, что говорит о том, что работу передвижных лагерей репродуктивного здоровья организации “SEWA Health” не всегда можно признать эффективной по отношению к наиболее бедным слоям населения.

### Какие меры оказались эффективными и почему

Услуги городским жителям в большинстве своем оказались эффективными с точки зрения охвата бедных слоев населения. Среди причин, возможно объясняющих этот успех, можно назвать следующие:

- Сотрудники SEWA относятся к людям с уважением и теплотой и предоставляют им подробную информацию;
- Услуги, в особенности услуги передвижных лагерей репродуктивного здоровья и санитарно-просветительская деятельность среди женщин, оказываются непосредственно на местах, то есть, “SEWA Health” “приближает услуги” к бедному населению вместо того, чтобы доставлять бедное население туда, где предоставляются такие услуги;
- Услуги оказываются женщинами или (хотя бы частично) самими представителями бедного населения;
- Обычно предоставление услуг сочетается с просветительскими мероприятиями и усилиями по мобилизации общины; например, еще до приезда передвижных лагерей репродуктивного здоровья сотрудники “SEWA Health” обходят дома всех жителей, информируя их об услугах и о том, как ими пользоваться;
- Услуги предоставляются или бесплатно, или за очень низкую плату, а лекарства в сети SEWA продаются гораздо дешевле, чем в частных аптеках;
- SEWA – это организация, которую население знает и которой оно доверяет.

Подробные интервью с сотрудниками низового уровня “SEWA Health” помогли определить два основных обстоятельства, которые мешают бедным женщинам из сельских районов посещать лагерь. Во-первых, необходимость заплатить 5 рупий в качестве регистрационного взноса при посещении передвижных лагерей репродуктивного здоровья лишает некоторых женщин возможности воспользоваться их услугами. Во-вторых, часы работы лагерей нередко совпадают с рабочим временем, что также мешает женщинам посещать лагерь.

Возможно, существуют и другие причины более общего характера, объясняющие проблемы при предоставлении услуг бедным слоям населения. Исследования, проведенные другими отделами SEWA, фиксируют аналогичные расхождения между уровнем использования услуг на селе и в городе. Например, уровень притязаний наиболее беднейших участников страховой схемы SEWA (“Vimo SEWA”), которые проживают в сельских районах, ниже, чем у менее бедных. Это различие объясняется, в частности,

- проблемами географического доступа к стационарам и проблемами доступности услуг работников “Vimo SEWA” низового уровня;
- менее прочными связями между членами и местными поставителями “Vimo SEWA” в сельских районах (то есть, в сельских районах контакты между членами и организацией происходят реже, и они менее интенсивны);
- ослабленным потенциалом работников “Vimo SEWA” низового уровня в сельских районах.

Организация “SEWA Health” предприняла шаги по упрощению доступа к передвижным лагерям репродуктивного здоровья. “SEWA Health” отменяет регистрационный взнос и оплату медикаментов для тех, кто представляется самым бедным – чаще всего это несколько женщин в каждом лагере. Возможно, эти льготы следует предоставлять большему числу людей и на более объективной основе, например, распространяя льготы на всех тех, у кого имеется карточка проживания за чертой бедности (КПЧБ).

Необходимо также помнить, что неспособность предоставить услугу самым обездоленным представителям сельской бедноты не всегда означает, что не удалось предоставить услугу бедным слоям населения. Даже те домохозяйства в сельских районах, которые попадают в верхние децили коэффициента СЭС, должны рассматриваться всего лишь как “менее бедные”, а не как “зажиточные”. По сравнению с аналогичными домохозяйствами в городе, эти сельские домохозяйства имеют меньше денежных запасов, материальных ресурсов и таким образом являются более уязвимыми с экономической точки зрения.

В заключении необходимо отметить, что результаты этого исследования свидетельствуют о том, что предоставление услуг через имеющий широкую поддержку профсоюз, ориентированный на решение задач в области развития, может способствовать предоставлению услуг в сфере здравоохранения на равноправной основе. Правительство и доноры могут помочь наращиванию потенциала и ресурсов авторитетных неправительственных организаций, которые заинтересованы в предоставлении услуг в сфере здравоохранения.

Цель настоящего очерка – представить обзор передового опыта в сфере образования, питания и народонаселения. Она основывается на статье “India: Assessing the Reach of Three SEWA Health Services Among the Poor” (авторы М. Kent Ranson, Palak Joshbi, Mittal Shah, Yasmin Shaikh), главе 9 в публикации *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services. What Works, What Doesn't, and Why* под редакцией Дэвидсона Р. Гуаткина, Эдама Уэгстаф и Абдо С. Язбека (Вашингтон, Округ Колумбия, Всемирный банк, 2005 год). Оценки, содержащиеся в этом очерке, могут не отражать официальную позицию Всемирного банка.

