

А.Р.Курбанов, А.В.Лядова

Здравоохранение Бразилии: трудный путь к преодолению неравенства

В статье рассматривается развитие системы здравоохранения в Бразилии и ее современное состояние в контексте преодоления социального неравенства. Эволюция института здравоохранения, по мнению авторов, является одним из важных факторов, позволяющих сократить уровень неравенства в современном обществе. Социальная история Бразилии — яркое подтверждение этого тезиса. Особое внимание авторы уделяют современному этапу развития здравоохранения, начало которого связано с реформами демократических правительств после демонтажа военного режима. Авторы стремятся показать, как создание Национальной системы здравоохранения (Sistema Unico de Saúde, SUS) смогло повлиять на проблему социального неравенства в Бразилии.

Ключевые слова: социальное неравенство, «Движение Санитариста», здравоохранение Бразилии, реформы здравоохранения.

DOI: 10.31857/S0044748X0000586-3

Одной из актуальных социальных проблем современности является возрастающее неравенство¹. По мнению ведущего российского социолога Надежды Геннадьевны Осиповой, исходя из анализа существующих теоретических подходов к пониманию сущности этого феномена, можно дать его следующее определение: «социальное неравенство — это отражение сложной социальной структуры общества и специфическая форма социальной стратификации, при которой отдельные индивиды, социальные группы, слои или классы находятся на разных ступенях вертикальной социальной иерархии и обладают неравными возможностями удовлетворения своих материальных, социальных или духовных потребностей»². Очевидно, что социальное неравенство — сложный феномен, проявляющийся через

Артемий Рустямович Курбанов — кандидат политических наук, доцент кафедры философии образования МГУ им. М.В.Ломоносова (ark112@yandex.ru); Анна Васильевна Лядова — кандидат исторических наук, старший научный сотрудник кафедры современной социологии МГУ им. М.В.Ломоносова (annaslm@mail.ru).

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 18-011-01106 «Новые формы социального неравенства и особенности их проявления в современной России».

множество форм во всех сферах жизнедеятельности социума, что позволяет исследователям выделять его различные виды: гендерное, расовое, трудовое и т.п.³.

В данной статье рассматривается проблема социального неравенства в сфере здравоохранения, у которой есть два аспекта: во-первых, социальное неравенство определяет различия в показателях здоровья индивидов, что обусловлено биологическими факторами⁴. Во-вторых, под социальным неравенством подразумеваются, прежде всего, *социально* обусловленные различия в состоянии здоровья индивидов или отдельных социальных групп⁵.

Несмотря на глобальные изменения в развитии мирового социума, происходящие под влиянием, прежде всего, новых технологий, в том числе и в системах здравоохранения (появился даже новый термин — «высокотехнологичная медицина»), сохранение именно социального неравенства в отношении здоровья населения — одна из наиболее актуальных проблем, наряду с другими, стоящими перед мировым сообществом сегодня. Данные ежегодных мониторингов, проводимых Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), указывают на существенные различия в состоянии здоровья населения как между странами, так и между отдельными социальными группами внутри этих государств⁶. Эксперты отмечают, что в 56 странах с населением свыше 2,8 млрд человек неравенство «...принимает угрожающие масштабы», что подтверждается высокими показателями младенческой и материнской смертности, низким уровнем продолжительности жизни⁷.

Понимание необходимости преодоления социального неравенства в области охраны здоровья как негативно влияющего на дальнейшее развитие мирового социума нашло отражение в «Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года», которая была принята в 2015 г. 193 государствами членами ООН⁸. Одна из ключевых целей данной программы — обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию всех как основы развития и поддержания человеческого потенциала⁹. Ее реализация предусматривает создание Системы всеобщего здравоохранения (Universal Health Coverage), что согласно определению ВОЗ означает обеспечение равного доступа к медицинским услугам, включая лечебную, реабилитационную, профилактическую, паллиативную медицинскую помощь, независимо от финансовых возможностей обратившихся за ними, при этом качество этих услуг должно способствовать сохранению и улучшению здоровья¹⁰. Очевидно, что концепция всеобщего здравоохранения основана на реализации принципа справедливости, что подразумевает признание здоровья важнейшей человеческой ценностью, а право на его охрану — гарантированным правом каждого, независимо от его социально-демографического и экономического статуса. Следует отметить, что данные принципы были закреплены еще в 1946 г. в Уставе ВОЗ, согласно которому «...обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения»¹¹.

Однако эксперты отмечают разную степень эффективности мер, принимаемых государствами по преодолению социального неравенства в

этой сфере и прежде всего в создании системы равного доступа широких слоев населения к медицинским услугам, что обусловлено особенностями развития социальных систем¹². В связи с этим представляется актуальным изучение опыта тех стран, которые смогли достичь значительных, по сравнению с предыдущим периодом, успехов в преодолении неравенства в области охраны здоровья. В этом аспекте особый интерес представляет опыт Бразилии, страны не только географических, но и социально-экономических контрастов, в том числе в сфере здравоохранения. В настоящей работе на основе анализа данных мониторинга ВОЗ, Всемирного банка, а также зарубежных исследований представлен аналитический обзор мер, которые в значительной степени позволили преодолеть существовавший ранее дисбаланс в доступе населения этой страны к медицинским услугам.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРАЗИЛИИ

До 1970-х годов бразильцы шутили, что им нужно было умереть прежде, чем власти обратили на них внимание. Поэтому реформа сектора здравоохранения конца прошлого столетия стала беспрецедентной для такой страны, как Бразилия, с ее многомиллионным населением и значительным неравенством в экономическом, социальном, культурном развитии регионов, а также их природно-климатическими особенностями. Важно отметить, что реформирование сектора здравоохранения в Бразилии было обусловлено именно социальными потребностями, хотя направление и реализация реформ оказались тесно связаны с политическим развитием страны.

Особую роль в подготовке преобразований в сфере охраны здоровья сыграли две ключевые идеи XIX в., которые легли в основу как политического развития Бразилии, так и создания национальной системы здравоохранения: идеи государственной независимости и сохранения национальной самобытности. Эти идеи стали главными лозунгами возникшего в Рио-де-Жанейро общественного «Движения Санитариста» («Movimento Sanitarista»¹³), активисты которого впервые обратили внимание общественности на проблемы здоровья, а именно, на негативные последствия распространения инфекционных и эпидемиологических заболеваний, выступив с инициативой развития медицины в сельских районах и тем самым указав на отсутствие целенаправленной государственной политики в области охраны здоровья населения¹⁴.

Зарождение этого движения связано с созданием в 1829 г. в Рио-де-Жанейро Медицинского общества и деятельностью одного из его организаторов — бразильского врача французского происхождения Хосе Франсиско Ксавье де Сигауда, президента Национальной медицинской академии Бразилии. Изучая географию распространения тропических болезней на территории страны, он пришел к выводу, что на состояние здоровья населения влияют не столько природные особенности и этническое разнообразие страны, сколько социальные условия жизни и бедность¹⁵. Кроме того, Х.Ф.Ксавье де Сигауд, как и другие представители национальной медицины, отмечал пагубное влияние европеизации на быт и нравы местного населения, указывая на несоответствие им европейских образцов одежды, домов, стиля питания.

По данным отчетов научных экспедиций, организованных созданным в 1900 г. в Рио-де-Жанейро под руководством Освальдо Круза институтом (в дальнейшем — Институт тропических болезней), особенно острой была проблема состояния здоровья сельских жителей. Исследования, проведенные Артуром Нейвой * и Белисарио Пенной**, вскрыли ужасающие условия проживания в отдаленных сельских районах¹⁶. Благодаря работе этих ученых стало известно о практически полной изоляции местного населения от «медицинских благ» европейской цивилизации — лекарственных препаратов и медицинских учреждений. В таких условиях жители бразильской глубинки — кабокло (caboclo) — использовали в основном традиционные снадобья из тканей животных и соков растений. Естественно, эти средства были практически бесполезны при лечении малярии, а также трипаносомоза — тропической паразитарной болезни, открытой в 1909 г. бразильским эпидемиологом Карлосом Жустиниану Рибейру Шагасом (получившей впоследствии название «болезнь Шагаса»), весьма распространенной в условиях бразильского климата. Как показали проведенные исследования, переносчиками этого заболевания являлись триатомовые клопы, «частые гости» глинобитных построек, в которых к началу XX столетия проживала основная часть населения Бразилии. Поэтому среди инфицированных большинство составляли сельские жители — многочисленные и малообеспеченные. Как образно отметил в 1916 г. бразильский врач Мигель Перейра, Бразилия этих времен представляла собой огромный госпиталь¹⁷.

Поэтому в 1889 г. после провозглашения республики и отмены рабства на повестку был вынесен вопрос о создании системы общественного здравоохранения. Более того, его решение стало одним из лозунгов политических движений первой половины XX в., отстаивающих национальную независимость страны в проектах ее дальнейшего развития. Так, один из крупнейших бразильских писателей Жозе Бенту Ренату Монтейру Лобату считал, что меры по восстановлению здоровья как социального капитала бразильского народа являются ключевыми для успешного развития страны в будущем, что нашло отражение в его словах: «Есть только одна патриотическая программа для Бразилии — это дезинфекция. Есть только один способ создать систему голосования в Бразилии — через дезинфекцию. Есть только один путь увеличить производство в Бразилии — через дезинфекцию»¹⁸. С этого времени начался так называемый медицинский крестовый поход за создание новой Бразилии. По инициативе доктора Освальдо Круза 31 октября 1904 г. был принят Закон об обязательной вакцинации против оспы. В 1920 г. было основано первое Национальное агентство общественного здоровья и контроля заболеваемости (Departamento Nacional de Saúde Publica), по предложениям которого стали создаваться муниципальные медицинские центры в сельских районах, были разработаны программы по улучшению общественного здоровья, начала развиваться система социального страхования работающего населения.

*Артур Нейва (1880—1943) — сотрудник Института Освальдо Круза, в 1916—1918 гг. — директор государственной санитарной службы г. Сан-Паулу.

** Белисарио Пенна (1868—1939) — врач, с 1904 г. — инспектор здравоохранения Главного управления общественного здравоохранения.

Однако этих мер было недостаточно, что стало очевидно после обнаружения результатов исследований, проведенных сотрудником Службы желтой лихорадки Джулио Патерностро, который был отправлен в регион бассейна реки Токантинс для изучения иммунитета местных жителей к возбудителям желтой лихорадки¹⁹. В своих отчетах ученый указал, что ключевыми факторами, препятствующими реализации государственных мер по улучшению общественного здоровья, является удаленность этих территорий и отсутствие транспортной системы. Поэтому одной из идей Д. Патерностро было предложение интегрировать местных целителей и знахарей в систему общественного здравоохранения и через них внедрять лекарственные препараты, необходимые для лечения малярии, желтой лихорадки и других инфекционных заболеваний, характерных для региона.

Кроме того, стало понятно, что такие точечные мероприятия, как например, обязательная вакцинация и санитарная обработка жилищ, без осуществления комплексных социальных программ, не дают ожидаемого эффекта. Более того, эти меры вызывают волну непонимания и сопротивления со стороны неосведомленного населения, ярким подтверждением чего стало восстание 1904 г. против «прививочной кампании», организованной О.Крузом. Поэтому следующим шагом стало создание системы центрального управления общественным здравоохранением: в 1930 г. по указу президента Жетулиу Дорнелиса Варгаса было учреждено Министерство образования и общественного здоровья, преобразованное в 1953 г. в Министерство здравоохранения.

Однако, несмотря на расширение системы социального страхования, она имела ограниченное действие, что было обусловлено недостаточностью государственного финансирования. Оказание медицинской помощи населению осуществлялось по усмотрению работодателей, в зависимости от трудового статуса, уровня заработной платы и пенсионных накоплений. В результате ею было охвачено, в основном, городское население. Поэтому после военного переворота в 1964 г. была проведена реформа социального страхования, предусматривающая расширение участия в этой системе частного сектора. Из федерального бюджета были выделены средства на строительство частных клиник. Однако замена прямых субсидий льготами по уплате налогов привела к увеличению стоимости медицинских услуг в частных клиниках, что вызвало кризис в развитии системы здравоохранения, основанной на частном секторе²⁰.

Итогом этих реформ стало ухудшение здоровья народа: наряду с традиционными для Бразилии тропическими инфекционными болезнями, которые в связи с активным процессом урбанизации «адаптировались» к условиям городской среды, добавились новые — так называемые социальные заболевания, обусловленные, в частности, дорожно-транспортными происшествиями, загрязненной средой обитания, а также условиями труда, противоречащими санитарным нормам. Поэтому к концу 1970-х годов систему социальной поддержки и здравоохранения Бразилии охватил кризис, что заставило прогрессивную общественность, вновь, как и 100 лет назад, развернуть борьбу за ее восстановление и улучшение.

Следует отметить, что движение за реформирование сектора здравоохранения было, как и в предыдущий период, тесно связано с борьбой за политические свободы и демократизацию. В 1976 г. был создан Бразиль-

ский центр исследований в области здравоохранения (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES)²¹, целью которого стала разработка программы реформирования национальной системы здравоохранения. В ее основу были положены принципы признания здоровья важнейшей человеческой ценностью, а право на его охрану — неотъемлемым правом каждого, что предусматривало, по сути, создание социально гарантированного равного доступа к медицинским услугам для всех граждан Бразилии. С этого момента начинается активная борьба за продвижение этих идей, обсуждение которых становится главными темами журнала «Saúde», издаваемого под эгидой CEBES. В нем также публиковали данные мониторингов состояния общественного здоровья. Таким образом, через свой журнал и проводимые мероприятия и акции сотрудники CEBES старались привлечь внимание общественности к этим проблемам, что способствовало также санитарному просвещению населения.

Итогом деятельности сотрудников CEBES стали признание в 1986 г. на 8-й Национальной конференции по здравоохранению права на охрану здоровья как неотъемлемого права каждого человека, а также разработка проекта создания национальной системы здравоохранения.

В основу реформирования системы здравоохранения были положены четыре главных идеи: этико-нормативный принцип, что здоровье — это неотъемлемое право человека; научное понимание здоровья как социальной категории; здоровье есть право граждан демократического государства; каждый имеет право на охрану здоровья, что подразумевает равный доступ к ресурсам для его поддержания и сохранения, включая лечение и реабилитацию. На основе этих идей были определены основные направления реформирования системы здравоохранения Бразилии: создание концепции здорового общества; охрана здоровья как право граждан, гарантированное государством; образование Национальной системы здравоохранения (Sistema Unico de Saúde, SUS).

Признание ценности здоровья и права на его охрану получили юридическое закрепление в Конституции Бразилии 1988 г. — впервые в истории страны. Введением рамочных законов 8080/90 и 8142/90²² были заложены основы единой национальной системы здравоохранения SUS, направленной на создание равных возможностей доступа к медицинским источникам для поддержания и укрепления своего здоровья²².

Пожалуй, первым значительным шагом на пути к преодолению социального неравенства в отношении здоровья стала разработанная в 1991 г. «Программа семейного здоровья» (Programa Saúde de Família, PSF)²³. Ее реализация, начатая в 1994 г., предусматривала создание единой системы данных о здоровье бразильских семей, в которой, кроме медицинских, были учтены социальные условия проживания²⁴. Было проведено картографирование территории, и на основании полученных данных составлены региональные карты здоровья. Они содержали данные о состоянии здоровья населения каждой местности, список наиболее распространенных здесь заболеваний, что давало возможность оценить востребованность среди населения тех или иных видов медицинских услуг. Были также учтены сведения о транспортной доступности этих территорий и их местонахождение относительно крупных городских центров, что позволило выявить те районы, которые были изолированы от медицинских центров. Для них преду-

смаatrивалось создание мобильных медицинских бригад, в состав которых были включены врачи общего терапевтического профиля, средний медицинский персонал, а также наиболее востребованные специалисты²⁵. Они оказывали как первичную, экстренную помощь, так и занимались проведением профилактических и превентивных мероприятий. Следует отметить особую организацию их работы, предусматривающую независимость от центральных ведомств, самостоятельность в принятии решений, финансовую поддержку со стороны местных общественных фондов, участие медицинских работников из общин. В итоге уже к 1996 г., т.е. после двух лет реализации PSF, она охватывала до 50% жителей на севере страны, до 26% — на юге²⁶. К 2010 г. было создано 33 тыс. медицинских бригад, которые обслуживали 98 млн человек²⁷.

Наряду с мерами, указанными выше, программа реформирования системы здравоохранения также предусматривала мероприятия по децентрализации и регионализации структуры управления с целью расширения ответственности и полномочий местных органов власти по обеспечению охраны здоровья населения. Данный процесс начал активно развиваться в период правления Фернандо Энрике Кардозо (1995—2002 гг.). Однако децентрализация имела ряд негативных последствий, связанных с усложнением отношений между центром и периферией по вопросам управления и обеспечения доступности медицинских услуг для населения. Поэтому правительство Луиса Инасиу Лулы да Силвы в 2006 г. предложило новый подход в организации здравоохранения, направленный на укрепление, с одной стороны, автономности регионов, а с другой — на создание единой системы управления, что было закреплено «Пактом о здоровье» (*Pacto pela Saúde*), принятом в 2006 г.²⁸. Данный документ предусматривал создание сети региональных медицинских центров, что способствовало бы преодолению существовавших ограничений в доступности медицинской помощи, особенно среди населения отдаленных сельскохозяйственных регионов. Для координации действий и своевременного обеспечения этих центров было предложено учредить региональные управляющие советы.

Однако, несмотря на определенную положительную динамику, сложности в координации действий по организации и управлению системой здравоохранения все-таки оставались, что было, прежде всего, связано с принятием решений по вопросам финансирования и распределения ресурсов. Поэтому уже правительство Дилмы Руссефф предложило пересмотреть созданную ранее систему управления в сфере охраны здоровья граждан. В основу предложенной модели была положена идея формирования единой сети медицинских учреждений, в рамках которых оказывалась бы первичная, неотложная и психологическая помощь. Для реализации новой модели были разработаны т.н. региональные карты здоровья, осуществлен мониторинг всех имеющихся государственных и частных медицинских учреждений, составлены национальные списки лекарственных средств и медицинских услуг. В целях координации работы региональных и федеральных медицинских служб были подписаны соответствующие соглашения, закрепляющие обязанности и распределяющие полномочия между центром и периферией. И, как показал анализ эффективности работы системы здравоохранения за последние годы, данные мероприятия способствовали ее положительному развитию, направленному, прежде всего, на реализацию за-

крепленных в конституции принципов всеобщей доступности и равенства медицинских услуг, что явилось подтверждением решительной приверженности руководства страны идеалам Декларации по обеспечению равного доступа к первичной медико-санитарной помощи в странах мира «Здоровье для всех», принятой Международной конференцией под эгидой ООН, которая проходила 12 сентября 1978 г. в Алма-Ате.

Кроме того, огромный прогресс в процессе реформирования системы здравоохранения Бразилии был достигнут в сфере профилактических мероприятий — национальной вакцинации, введении контроля за оборотом лекарств, качества продуктов²⁹.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРАЗИЛИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Сегодня охрана здоровья в Бразилии является одним из закрепленных в Конституции и гарантированных государством прав граждан. В течение двух десятилетий реформирования была создана национальная система здравоохранения SUS, ключевыми принципами которой являются всеобщий доступ, децентрализация, системность и равенство.

Согласно ст. 198 Конституции Бразилии основу SUS составляет сеть региональных медицинских учреждений с единым центром управления и организации через правительственную государственную систему.

Особую роль в формировании новой системы охраны здоровья играет ст. 199 Конституции, которая определяет роль и степень участия частного сектора в SUS. В соответствии с ней система здравоохранения Бразилии представляет собой смешение частного и государственного секторов. И, следовательно, имеет два основных источника финансирования: из государственного бюджета (муниципального и федерального) и добровольных взносов за счет системы добровольного медицинского страхования через частные фонды. Хотя государственный и частный компоненты системы различны, они не существуют изолированно. Более того, население имеет право воспользоваться услугами как бюджетных, так и частных медицинских учреждений, в зависимости от типа имеющейся страховой программы.

Общественное здравоохранение находится под контролем государства, а индивидуальное здоровье обеспечивается службами как государственно-го, так и частного секторов. Основой государственного здравоохранения является система SUS, которая охватывает практически 70% населения Бразилии. Через SUS бразильцы могут рассчитывать, в основном, на оказание первой медицинской помощи. Что касается госпитализации, проведения диагностических или профилактических мероприятий, то здесь уже подключаются частные инвестиции через систему добровольного страхования. Несмотря на то, что до 25% населения обслуживают частные клиники, доступ к бесплатной системе здравоохранения открыт всем, независимо от дохода и пакета страховки, что является подтверждением приверженности бразильского правительства идее выполнения пунктов уже упомянутой выше Алма-Атинской декларации 1978 г.

Благодаря реализации в рамках национальной системы здравоохранения таких проектов, как семейная программа PSF, программа иммунизации и

дорождового ухода, удалась значительна павысiць доступ малоимущих слоёв населення к бясплатнай медыцыне, што спосабавала павышэнню ўзрвня аащественнага здароўя. Так, за перыяд 1968—2010 гг. было ўчреждэно 39518 медыцынскіх цэнтраў, чiсло жiтэлей, котарым была аказана первiчная медыцынская памашь, увелiчiлось на 450%, свiсье 12 млн чалавек палучылі медыцынскую памашь стацыянарна, 15 тыс. пацыентаў была аказана спецыялiзаванная высокатэхналагiчная памашь па перасадке арганав, балее 200 тыс. — па кардыялагiаескаму профiлю. Рэфармiраванне сiстэмы здравоаахранення пазвалiло увелiчыць прадолжiтэльнасць жiзнi населення в срднем на 15,5%, сакаратыць дэцкую смертнасць на 71,3%³⁰. Такiм абразам, ўспехi, дасягнутыя Бразiлiей в дэле прееадолення саацiальнага неравенства чэрэз сазданне адiнай сiстэмы здравоаахранення, важнейшай характэрыстыкай котарой явлэься равный доступ к медыцынскiм ўслугам шыроких слоёв населення, ачавiдны.

Савременная Бразилия — государство относительно молодое, по сути сформировавшееся в течение прошлого столетия. Поэтому политическая и социальная системы бразильского общества, так же, как и их институты, являются динамичными. И, естественно, что на пути реализации реформ по созданию и запуску SUS не обошлось без «подводных» камней»³¹.

Несмотря на положительную динамику в развитии национального здравоохранения, по-прежнему острыми являются вопросы доступности медицинских услуг. Данная проблема актуальна как в региональном, так и в социально-экономическом плане. Главная причина — недостаток средств. Финансирование системы SUS, в рамках которой население получает первичную, специализированную и амбулаторную медико-санитарную помощь, осуществляется из трех источников: 23% — из бюджета муниципалитетов; 27% — из бюджета штатов; 50% — из федерального бюджета³². Следует отметить, что все эти ресурсы — государственные, соответственно, они формируются за счет налоговых поступлений и социальных взносов (по конкретным социальным программам). Другие источники финансирования — частные, существующие за счет добровольных взносов в рамках программ, предлагаемых частными страховыми фондами. Причем, по данным экспертов, финансирование за счет частных вложений превышает государственные отчисления в систему здравоохранения, хотя частная страховая система охватывает только 25% населения Бразилии. Кроме того, следует иметь в виду, что большинство специализированных медицинских учреждений Бразилии являются частными, и, соответственно, оказывают помощь, в основном, в рамках добровольного страхования, финансируемого из частных фондов, которые формируются за счет покупки соответствующих медицинских страховок работающим населением Бразилии. Это, как правило, жители обеспеченных и развитых юго-восточных областей страны. По данным экспертов средний годовой доход частных страховых компаний, обслуживающих систему здравоохранения, составляет около 50 млн долл. Хотя, как уже отмечалось выше, лишь 25% населения страны обслуживается через систему частных медицинских учреждений. Поэтому решение вопросов модернизации и внедрения новых технологий, развития высокотехнологичного сектора в медицине напрямую зависит от администрации этих учреждений.

Следует также обратить внимание на проблемы, связанные с децентрализацией в системе управления общественного здравоохранения. С одной стороны, ее результатом стала возросшая самостоятельность местных властей, с другой — появились новые институты, регулирующие их деятельность, что привело к усложнению в управлении и громоздкости новой системы. Кроме того, доступность медицинской помощи привела к ухудшению ее качества, следствием чего стало снижение уровня доверия населения государственному сектору здравоохранения³³.

Наряду с недостатками, выявленными в процессе функционирования национальной системы здравоохранения и обусловленными политическими и экономическими особенностями развития страны в рассматриваемый период, очевидны и проблемы, вызванные объективными тенденциями развития мирового социума в целом. Прежде всего, это проблема старения населения. За последние годы увеличение соотношения числа пожилых людей к общей численности населения Земли является темой, обсуждаемой не только в научно-экспертном сообществе, но и в правительственных кругах многих стран, что объясняется глобальными потенциальными рисками и последствиями для дальнейшего развития: процесс старения негативно отражается на функционировании почти всех сфер жизнедеятельности общества. Согласно данным отчета ООН «Мировые демографические перспективы», в 2017 г. число пожилых жителей (старше 60 лет) составило 962 млн человек, т.е. 13% мирового населения. По прогнозам экспертов, к 2030 г. ожидается увеличение этого показателя до 1,4 млрд человек, к 2050 г. — до 2,1 млрд человек, к 2100 г. — до 3,1 млрд³⁴. И Бразилия в списке «стареющих» регионов не является, как и африканские страны, исключением: к 2025 г. число людей старше 60 лет достигнет 32 млн человек, т.е. составит около 7% при прогнозируемой общей численности около 222 млн³⁵. Как отмечают эксперты, среди жителей старше 60 лет только 27% входят в программы добровольного медицинского страхования. Таким образом, в государственном секторе через SUS медицинскую помощь получают 73% из их числа. Согласно данным статистики более 77% бразильцев старше 60 лет страдают одним и более хроническими заболеваниями.

Трудности связаны и с особенностями отношения населения к своему здоровью, что выражается как в отсутствии навыков проведения своевременных профилактических мероприятий, так и лечения существующих заболеваний. Кроме того, несмотря на ускоренные темпы развития за последние годы, Бразилия по-прежнему входит в число стран с наиболее значительным уровнем неравенства в доходах населения: свыше 22% бразильцев живут за чертой бедности, около 9% — в условиях крайней нищеты (менее 1,25 долл. США в день), что означает отсутствие у них возможностей воспользоваться системой добровольного страхования через частные фонды. Поэтому необходимо разработать соответствующие меры и включить данную категорию населения в общую программу развития здравоохранения Бразилии.

Следует отметить, что ряд шагов в этом направлении уже предпринимается. В частности, в 2003 г. был утвержден Федеральный закон 10.741 «Estatuto do Idoso» — так называемый Закон о пожилых людях, согласно которому для возрастного населения предусмотрены бесплатное лечение хронических заболеваний в государственных медицинских центрах, круг-

лосуточная поддержка при госпитализации, бесплатная перевозка в автобусах и метро, минимальная ежемесячная финансовая поддержка в размере 312 долл. Наряду с этим введена Специальная программа лекарственной поддержки («Farmácia Popular»), по которой ряд фармацевтических препаратов для лечения некоторых видов хронических заболеваний (гипертония, диабет, артрит, эпилепсия и т.п.) предоставляются бесплатно. Хотя реализация программы обходится министерству здравоохранения в среднем в 1,8 млрд долл., тем не менее она позволяет сократить расходы на госпитализацию этих больных.

Таким образом, несмотря на все трудности, после двух десятилетий функционирования SUS в лечении и профилактике инфекционных и так называемых социальных болезней достигнут колоссальный прогресс. Итогом реализации SUS стало создание доступной системы здравоохранения для миллионов жителей Бразилии, что способствовало увеличению продолжительности жизни, сокращению детской смертности, снижению уровня развития традиционных для Бразилии инфекционных заболеваний, преодолению социального и географического неравенства среди населения. За время своего существования SUS смогла стать одним из базовых институтов бразильского общества, функционирование которого, наряду с другими, обеспечивает его стабильность и развитие. Конечно, при планировании деятельности SUS в целом и отдельных ее звеньев и подсистем необходимо учитывать множество факторов как социального, так и природного характера, поэтому зачастую бразильская общественность критически воспринимает решения правительства в этой сфере. Однако SUS в ее нынешнем виде является впечатляющим примером масштабного и очень затратного социального проекта, осуществленного государством для достижения общественного блага и преодоления социального неравенства.

ИСТОЧНИКИ И ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

¹ И.А.Вершинина, Т.С.Мартыненко. Неравенство в современном мире: обзор международных докладов. — Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2016, No 3, с. 74–91 [I.A.Vershinina, T.S.Martynenko. Neravenstvo v sovremennom mire: obzor mezhdunarodnyh dokladov] [Inequality in the modern world: a review of international reports]. Moscow State University Bulletin. Series 18. Sociology and Political Science. 2016, N 3, p.74-91.

² Н.Г.Осипова. Неравенство в эпоху глобализации: сущность, институты, региональная специфика и динамика. — Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология. 2014, No 2, с.119-141, с.122 [N.G.Osipova. Neravenstvo v ehpohe globalizacii: sushchnost', instituty, regional'naya specifika i dinamika] [Inequality in the era of globalization: essence, institutions, regional specificity and dynamics]. Moscow State University Bulletin. Series 18. Sociology and Political Science. 2014, N 2, pp.119-141, p.122.

³ G.Therborn. The Killing Fields of Inequality. Cambridge: Polity Press, 2013, p.1.

⁴ W.C.Cockerham, S.Bauldry, B.W.Hamby, J.M.Shikany, S.Bae. A Comparison of Black and White Racial Differences in Health Lifestyles and Cardiovascular Disease. — American Journal of Preventive Medicine. 2017, V.52, N 1, p.P.56–62.

⁵ Available at: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/ (accessed 02.04.2018). World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, 2008.

⁶ Available at: www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/ru/index5.html (accessed 03.04.2018). 10 фактов о несправедливости в отношении здоровья и ее причинах. Информа-

ционный бюллетень Всемирной организации здравоохранения [10 faktov o nespravedlivosti v otnoshenii zdorov'ya i ee prichinah. Informacionnyj byulleten' Vsemirnoj organizacii zdavoohraneniya]. [10 facts about health inequities and their causes. Newsletter of the World Health Organization].

⁷ С.Я з б е к А б д о. Борьба с неравенством в здравоохранении: Синтез опыта и инструментов. Пер. с англ. М.: Издательство «Весь мир», 2010, с.1. [S. Yazbek Abdo S. Combating inequalities in health: Synthesis of experience and instruments] [Bor'ba s neravenstvom v zdavoohranenii: Sintez opyta i instrumentov]. М.: Publishing house "Ves mir", 2010, p. 1.

⁸ Available at: www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (accessed 12.04.2018). United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.

⁹ Available at: www.un.org/sustainabledevelopment/health/ (accessed 12.04.2018). United Nations. Sustainable Development Goals. 17 Goals to transform our world.

¹⁰ Available at: who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf (accessed 12.04.2018). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. World Health Organization 2010.

¹¹ Available at: www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (accessed 02.04.2018). Устав Всемирной Организации Здравоохранения. [The Charter of the World Health Organization. [Ustav Vsemirnoj Organizacii Zdravoohraneniya].

¹² Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹³ Available at: www.revistas.usp.br/khronos/article/view/131909/133454 (accessed 06.05.2018). O.T a m a n o, L.T I e k o. The Sanitary Movement in Brazil: the vision of illness as a "national harm" and health as a redeemer. — Khronos, São Paulo, 2017, N 4, p. 102-115.

¹⁴ N.T.L i m a. Public Health and Social Ideas in Modern Brazil. — American Journal of Public Health, 2007, V 97, N 7, p.1168-1177.

¹⁵ Sigaud J.F.X. Du climat et des maladies du Bresil ou statistique medicale de cet empire. Paris: Fortin, 1844.

¹⁶ B.P e n n a, A.N e i v a. Viagem Científica Pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de Norte a Sul. — Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 1916, N 8, p. 74–224.

¹⁷ N.T.L i m a. Op. cit., p. 1171.

¹⁸ Цит.по: N.T.L i m a. Op. cit., p. 1172.

¹⁹ J.P a t e r n o s t r o. Viagem ao Tocantins. — São Paulo: Companhia Editora Nacional, Coleção Brasileira, 1945, série 5, V 248.

²⁰ J.P a i m, C.T r a v a s s o s, L.A l m e i d a, J.B a h i a, J.M a c i n k o. The Brazilian health system: history, advances and challenges. — Lancet, 2011, V 377, N 9779, p.1778-1797.

²¹ Available at: www.cebes.org.br/o-cebes/linha-do-tempo/ (accessed 05.05.2018). Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

²² V.P i n t o, J.N e t o, G.P e n n a. The evolution of the federal funding policies for the public health. — Ciência & Saúde Coletiva, 2014, V 19, N 12, p.4841-4849.

²³ J.M a c i n k o, M.H a r r i s. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. — New England Journal of Medicine, 2015, N 372, p. 2177-2181.

²⁴ N.T.L i m a. Op.cit., p.1174.

²⁵ M.G r a g n o l a t i, M.L i n d e l o w, B.C o u t t o l e n c. Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde. — Directions in Development, Washington, DC: World Bank, 2013.

²⁶ С.Я з б е к А б д о. Op. cit., p. 176-177.

²⁷ J.P a i m, C.T r a v a s s o s, L.A l m e i d a, J.B a h i a, J.M a c i n k o. Op. cit., p.1786.

²⁸ V.A.L.d'A v i l a, S.H.P a s i f i c o, Y.I l c h e o n g. Universalizing Health Care in Brazil: Opportunities and Challenges. — UNRISD Working Paper, 2015, N 8, p. 1-28.

²⁹ S.L.F.R o l i m. The Brazilian health system: highlighting the primary health care reform. — Italian Journal of Public Health, 2010, V 7, N 4, p.359-368.

³⁰ M.G r a g n o l a t i, M.L i n d e l o w, B.C o u t t o l e n c. Op. cit., p.16-18.

³¹ N.C o s t a. Brazilian healthcare in the context of austerity: private sector dominant, government sector failing. — Ciência & Saúde Coletiva, 2017, V 22, N 4, p. 1065-1074.

³² J.P a i m, C.T r a v a s s o s, L.A l m e i d a, J.B a h i a, J.M a c i n k o. Op. cit., p. 1787.

³³ C.L.Szwarcwald, G.N.Damascena, D.C.Malta. Perception of the Brazilian population on medical health care. — Cien Saude Colet, 2016, V 21, N 2, p. 339-49.

³⁴ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248, 2017.

³⁵ Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-04292014000100003aff01; L.E.Garcia-Leme, L.M.Dekkers. Costs of elderly health care in Brazil: challenges and strategies. — Medical Express (São Paulo), 2014, V 1, N 1.

Artemiy R.Kurbanov (ark112@yandex.ru)

Candidate of political sciences, associate professor at the chair of philosophy of education, Lomonosov Moscow State University

Anna V.Liadova (annaslm@mail.ru)

Candidate of historical sciences, senior researcher at the chair of modern sociology, Lomonosov Moscow State University

Health system of Brazil: a hard way to overcome inequalities

Abstract. The article is devoted to development of the health system in Brazil and its current state in the context of social inequality overcoming. Evolution of the institute of healthcare, according to the authors, is one of the important factors that allow reducing the level of inequality in modern society. The social history of Brazil is a clear confirmation of this thesis. Special attention is paid to the current stage of health development in Brazil, whose beginning is associated with the reforms of democratic governments after the dismantling of the military regime. The authors seek to show how the creation of the National Health System (Sistema Unico de Saude, SUS) could affect the problem of social inequality in Brazil.

Key words: social inequality, Sanitarista movement, health system of Brazil, reform of health system.