

**СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИНУИТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В
СТРАНАХ АРКТИКИ**



**Инуитский Приполярный Совет – Канада
Доклад министерству здравоохранения Канады (северный регион)
31 марта 2012 года**

Введение

Инуиты¹ - это коренной народ численностью около 160 тысяч человек, проживающий в четырех странах Арктики – Канаде, Гренландии, США (Аляска) и России (Чукотка). Хотя перед инуитами всей Арктики в области здравоохранения стоят сходные проблемы, методы решения этих проблем варьируются в зависимости от системы здравоохранения, существующей в каждой из перечисленных четырех стран. В настоящем докладе содержится обзор этих систем; особое внимание уделяется их отношению к инуитскому населению.

Общий обзор

Несмотря на значительное улучшение здоровья и повышение продолжительности жизни инуитов за последние 50 лет², между важнейшими показателями состояния здоровья инуитов США, Канады и России и остального населения этих стран сохраняются существенные различия; это справедливо и для инуитского населения Гренландии по сравнению с жителями Дании (см. таблицы 1 и 2). Во всех четырех странах средняя продолжительность жизни инуитов ниже, чем для населения в целом. Младенческая смертность среди инуитов может превышать средние показатели по стране в три раза. В основе этих статистических различий лежит целый ряд медицинских, социальных, экономических и экологических факторов, оказывающих влияние на здоровье инуитов.

Эти различия в состоянии здоровья между инуитами и населением соответствующих стран в целом согласуются с данными, указывающими на низкие показатели здоровья коренных народов по всему миру. Все чаще признается, что данное явление связано с многочисленными факторами (физическими, психологическими и социальными), а также отражает более широкие контексты, включая исторический, экономический и экологический.³ Трудно отрицать, что «контраст между коренным и некоренным населением проявляется не только в состоянии здоровья, но и в социально-экономическом положении, образовании, занятости, состоянии окружающей среды, благополучии общества и большинстве других социальных факторов, воздействующих на здоровье.»⁴.

Системы здравоохранения в странах Арктики

Качество здравоохранения и медицинского обслуживания в каждой из упомянутых четырех стран в значительной мере определяется их экономическим и политическим устройством, а также характером используемой системы здравоохранения.

Так, в Канаде всеобщая национальная система здравоохранения, управляется администрацией территорий и провинций, причем финансирование осуществляется в

¹ В настоящем документе термин «инуиты» будет обозначать различные сообщества инуитов Канады, Гренландии, Аляски и Чукотки, хотя применительно к местным группам могут применяться такие названия, как «инуиты» и «каллалиты» (Гренландия), «эскимосы» (Аляска и Чукотка), «инупиаты» (Аляска) и «юпики» (Аляска и Чукотка).

² Bjerregaard P, Young TK, Dewailly E, Ebbesson SOE; *Indigenous Health in the Arctic: an overview of the circumpolar Inuit population*, 2004; стр. 391

³ Lisa Jackson Pulver et al, *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for all*, World Health Report, 2010 Background paper № 33; http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en

⁴ ibid

основном за счет государственных средств с некоторой долей частных. На Аляске медицинское обслуживание предоставляется главным образом частным сектором, а важной особенностью системы является ее финансирование за счет медицинского страхования. При этом в обеих странах существуют специальные государственные программы предоставления медицинской помощи коренным народам.

Таблица 1 – Средняя продолжительность жизни инуитов и населения в целом⁵

Показатель	США Аляска (коренные народы) 2000-2004*		Канада Инуиты 2001**		Дания Гренландия 2008***		Россия Чукотка ⁶ 2008**** '00-'04*	
	Средняя продолжительность жизни новорожденных	М 74,6 Ж 80,0	М 68,1 Ж 75,4	М 77,2 Ж 82,2	М 64,4 Ж 69,8	М 76,3 Ж 80,7	М 66,6 Ж 71,6	М 61,8 Ж 74,1

*Circumpolar Health Indicators: Sources, Data and Maps; T Kue Young; Circumpolar Health Supplements 2008; **Inuit Statistical Profile, Inuit Tapiriit Kanatami, 2008; ***Health Statistics in the Nordic Countries, Nordic Medico-Statistical Committee (Nomesco) 2010; ****WHO Country data 2011

Таблица 2 – Сравнительные показатели состояния здоровья инуитов и населения стран в целом за один и тот же период времени

Показатель (2000-2004)	США Аляска (коренное нас-е)	Канада Нунавут	Дания Гренландия	Россия Чукотка ⁷
Средняя продолжит. жизни новорожденных	М 74,6 Ж 80,0	М 66,6 Ж 70,0	М 74,9 Ж 79,6	М 58,8 Ж 72,1
Младенческая смертность на 1000 живых рождений	6,9	10,8	5,3	15,3
			4,7	12,1
				13,3
				20,3

Источник: Circumpolar Health Indicators: Sources, Data and Maps; T Kue Young; Circumpolar Health Supplements 2008

⁵ Как неоднократно отмечается в настоящей работе, конкретные данные по состоянию здоровья инуитов сравнительно мало доступны, что объясняется несовершенством их сбора на местах. Таким образом, возможности сравнения последних данных по всем четырем странам, где проживают инуиты, остаются ограниченными. Тем не менее, подобные сравнения все же проливают свет на значительные разрывы между состоянием здоровья инуитов и населения их стран в целом.

⁶ Разрывы между показателями для Чукотки и населения России в целом не столь значительны, как в остальных странах Арктики. Причина этого, однако, заключается в значительном отставании России от других промышленно развитых стран по состоянию здоровья населения. Хотя с момента, отраженного в таблице 2, здоровье населения России несколько улучшилось (см. таблицу 1), последние данные по средней продолжительности жизни в России (на 2008 год) составляют 61,8 года для мужчин и 74,1 года для женщин (Статистический сборник ВОЗ, 2011). Это одно из самых выраженных различий между продолжительностью жизни мужчин и женщин в мире.

⁷ См. примечание 6.

В Гренландии, где инуиты составляют большинство населения, существует всеобщая государственная система медицинского обслуживания. Российская система здравоохранения переживает нелегкий период перехода от государственного финансирования и контроля к децентрализации и медицинскому страхованию.

На качество здравоохранения влияет также удаленность многих населенных пунктов, где проживают инуиты, от медицинских услуг и учебных заведений, доступных обитателям более крупных городов. Следует отметить, что малочисленны не только инуиты, но и все население Севера в целом. Географическая удаленность и небольшие размеры населенных пунктов – важный фактор, воздействующий на доступность, наличие и качество медицинских услуг для всех жителей этих регионов, включая инуитов. Например, на севере Канады проживает чуть больше 101 тысячи человек (из которых инуиты составляют 39 тысяч), то есть менее 0.5% населения страны⁸. На долю инуитов Аляски приходится лишь 7 процентов всего населения штата или половина его коренных жителей. В России существует 40 коренных малочисленных народов севера общей численностью около 280 тысяч человек или 0,2% населения страны, а на долю 1750 инуитов приходится лишь 1% от этих цифр. Инуиты представляют собой большинство населения (87%) только в Гренландии.

Высокая стоимость медицинского обслуживания жителей крайнего Севера, очевидно, отражает не столько его высокое качество и доступность, сколько необходимость оказания услуг в отдаленных и малонаселенных регионах. Например, расходы на здравоохранение в Нунавуте (Канада) достигают почти 26% ВВП этой территории, что является самой высокой цифрой в мире.⁹

Серьезной постоянной проблемой медицинского обслуживания инуитов является вопрос о наборе медицинских работников и других необходимых специалистов, способных и готовых трудиться в отдаленных и изолированных населенных пунктах. Кроме того, значительные трудности вызывает обеспечение достаточной профессиональной квалификации и уровня знаний о культуре инуитов среди уже работающих в Арктике медицинских специалистов.

Гренландия:

Население: 57,637 человек (оценка на июль 2010 года), из которых 85% проживает в городах¹⁰; 87% населения имеет инуитское происхождение.

Географический и политический очерк. Гренландия – самый крупный в мире остров. Основная масса населения сосредоточена вдоль фьордов на его центральном и юго-западном побережье. Многие гренландцы проживают в городах, однако плотность населения на острове – одна из самых низких в мире, так что города и поселки изолированы друг от друга и доступны лишь с моря или воздуха. С 1721 года Гренландия была колонией Дании; принятие датским парламентом Акта о самоуправлении

⁸ Young TK, Chatwood S, *Health care in the north: what Canada can learn from its circumpolar neighbours*, Canadian Medical Association Journal; published at 222.cmaj.ca; November 2010.

⁹ *ibid*

¹⁰ World Bank, *World Development Report 2009 – Reshaping Economic Geography*, p335

Гренландии в июне 2009 года стало важным шагом на пути к ее полной независимости. В соответствии с этим законом Гренландия ежегодно получает субсидию (3 439,9 млн датских крон в 209 году или около 630 млн долларов США), составляющую примерно 60% государственных доходов. Эта сумма ежегодно пересматривается в соответствии с повышением общего уровня цен и заработной платы. При этом субсидия может быть уменьшена, если правительство Гренландии будет получать доходы от добычи полезных ископаемых. Официальными языками являются датский и гренландский, причем последний близко связан с инуитскими языками Аляски, Канады и Чукотки. Важно отметить, что в системе здравоохранения используется преимущественно датский язык, поскольку значительная часть медицинских работников набирается в Дании.

Принцип системы здравоохранения: Всеобщее медицинское обслуживание, полностью финансируемое государством.

*Проблемы здравоохранения*¹¹: Основными медицинскими проблемами, стоящими перед Гренландией, являются высокая младенческая смертность, высокий процент самоубийств, жестокое обращение с детьми, аборт, несчастные случаи; высокая заболеваемость инфекционными болезнями, в том числе туберкулезом, гепатитом Б, венерическими заболеваниями, *Helicobacter pylori* и менингитом; рост числа страдающих диабетом, сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями; наркомания; стоматологические заболевания; загрязнение традиционных продуктов питания.

Органы здравоохранения. Совместную ответственность за предоставление и финансирование медицинского обслуживания несут правительство Гренландии и муниципальные власти. Ответственность за общее руководство и законодательную базу возлагается на министерство здравоохранения, а конкретный контроль за медицинским обслуживанием и разработка правил осуществляется Национальным управлением здравоохранения. Органы здравоохранения отвечают за базовые и специализированные медицинские услуги, распределение медикаментов, медицинский уход (в некоторых регионах – включая уход на дому), уход на дому за душевнобольными, профилактика, реабилитация, а также медобслуживание в школах и дошкольных детских учреждениях.¹²

Муниципалитеты отвечают за медицинский уход на дому в некоторых районах, профилактические мероприятия и дома престарелых. Кроме того, они предоставляют различные услуги, способствующие улучшению здоровья населения и росту его благополучия, в том числе социальные услуги и базовое образование, осуществляют финансирование культурных и спортивных мероприятий и охрану окружающей среды. Имеются планы возложить на муниципалитеты ответственность за лечение наркомании и алкоголизма, а также уход за инвалидами.¹³ Кроме того, в соответствии с планами реформы здравоохранения с 2011 года муниципалитеты будут объединены в пять медицинских районов. Зубоврачебные услуги предоставляются государственными поликлиниками бесплатно; имеется ограниченный доступ к частным стоматологам за счет пациента. Все больницы принадлежат правительству Гренландии, частных или специализированных больниц не имеется. Право на свободный выбор больницы отсутствует. Районные больницы выписывают пациентам направления в Национальную

¹¹ Хотя закон о самоуправлении Гренландии был принят еще в 2009 году, ВОЗ до сих пор не включил Гренландию в онлайн-список показателей здравоохранения по странам, а упоминание о Гренландии в статистических показателях по Дании отсутствует.

¹² Health Statistics in the Nordic Countries, Nordic Medico-Statistical Committee (Nomesco), <http://nomesco-eng.nom-nos.dk/filer/publikationer/Helsestatistik2010.pdf>

¹³ Birgit Niclasen, Gert Mulvad; *Health care and health care delivery in Greenland*; International Journal of Circumpolar Health, December 2010

больницу, а специальный комитет может направить их на лечение за границу. Лекарства предоставляются органами здравоохранения бесплатно.¹⁴

В Нууке имеется центральная больница для специализированного лечения, однако для интенсивной реанимации или дополнительного лечения больные отправляются в Копенгаген. Районные медицинские центры являются автономными учреждениями. В зависимости от численности населения в них может насчитываться от одного до пяти врачей плюс медсестры, акушерки, фельдшеры, лаборанты, переводчики и административные сотрудники. Большинство докторов и медсестер – датчане, а остальной персонал – в основном гренландцы. Преимуществом этой системы является весьма тесный контакт между медработниками и пациентами, поскольку многие медработники происходят из местного населения. Возрастает важность заочного медицинского обслуживания (телемедицины)¹⁵, особенно для медицинских центров в отдаленных районах.

*Расходы на здравоохранение*¹⁶ в Гренландии в 2008 году составили 1066 млн датских крон (около 197 млн долларов США). Расходы на душу населения находились на самом низком среди скандинавских стран уровне – около 18880 крон или 3530 долларов США на человека. (В Дании эти расходы составили 28836 крон или 5391 доллар США на человека.¹⁷) В целом расходы на здравоохранение составили более 18% общих государственных расходов или 9,1% ВВП Гренландии.¹⁸ Анализ бюджета здравоохранения показывает, что на уровне районов расходуется около 47% средств, на содержание национальной больницы в Нууке – 28%, на профилактические мероприятия и диспансеризацию – 2%, на лечение за границей – 12%, и на перевозку пациентов – 6%.¹⁹

Аляска

Население: Из общего населения Аляски, достигающего почти 710 тысяч человек, на долю инуитов приходится около 7 процентов (50 000), или примерно половина коренного населения штата, включающего индейцев и другие народы.²⁰ Эта цифра существенно выше, чем на остальной территории США, где коренные народы составляют около 1 процента населения. Важно также отметить, что на севере и северо-западе штата коренное население преобладает. Многие его представители живут в отдаленных изолированных поселках, что приводит к тем же трудностям в области здравоохранения, что и в других регионах инуитской Арктики.

Географический и политический очерк. Аляска – самый крупный штат США. В то же время примерно половина ее жителей обитает в Анкоридже, и Аляска обладает также самой низкой плотностью населения в стране. Примерно одна девятая часть штата принадлежит коренным народам по закону «Об удовлетворении требований коренных народов Аляски», в соответствии с которым было создано 12 региональных и

¹⁴ Nomesco 2010

¹⁵ Gert Mulvad, Henning Sloth Petersen, Jørn Olsen; *Arctic Health Problems and Environmental Challenges in Greenland*;

¹⁶ Эти цифры включают как государственные, так и частные расходы на здравоохранение, отражая систему учета расходов на здравоохранение, принятую в ОЭСР.

¹⁷ Nomesco 2010

¹⁸ Nomesco 2010

¹⁹ Birgit Niclasen, Gert Mulvad; *Health care and health care delivery in Greenland*; International Journal of Circumpolar Health, December 2010

²⁰ US Census Bureau, November 2010

значительное число местных корпораций коренного населения. Значительная часть территорий штата доступна только с помощью воздушного транспорта.

Территории инуитов включают в себя регион Норс Слоуп, в который входит семь поселков, обслуживаемых региональной корпорацией «Арктик Слоуп»; регион Норсуест Арктик, состоящий из одиннадцати поселков; региональной корпорации «Беринг Стрэйтс», охватывающей 16 поселков. Город Бэрроу в регионе Норс Слоуп является самым северным городом США.

Принцип системы здравоохранения: Финансирование медицинского обслуживания коренных народов Аляски, включая инуитов, осуществляется главным образом за счет федеральных средств через Управление медицинского обслуживания индейцев (Indian Health Service).

Проблемы здравоохранения. Ведущими причинами смертности являются раковые и сердечно-сосудистые заболевания, несчастные случаи (включая утопление), алкоголизм и наркомания. Оказание высококачественной медицинской помощи коренным жителям Аляски осложняется такими факторами, как культурные барьеры, географическая изолированность, отсутствие водопровода и канализации, а также бедность населения. Отсутствие достаточно полных данных по состоянию здоровья и благополучию коренных жителей Аляски, включая инуитов, может осложнить задачу точного измерения неравноправия в состоянии здоровья, а также обоснованного использования различных программ и финансовых средств.²¹

Отсутствие достаточно полных данных по состоянию здоровья и благополучию индейцев и коренных жителей Аляски может осложнить задачу точного измерения неравноправия в состоянии здоровья, а также грамотного использования различных программ и финансовых средств с целью сглаживания различий в состоянии здоровья и качестве медицинской помощи... Недостаток данных может препятствовать выявлению уникальных особенностей заболевания или связанного с ним поведения, тем самым вредя лечению. Неточные и неполные данные не позволяют проводить сравнения между различными племенами и группами населения, недополучающими медицинскую помощь, а также не дают возможности определить, возникает ли данная проблема впервые или просто раньше не документировалась. Компетентные органы могут отказать в финансировании той или иной программы медицинской помощи, поскольку имеющиеся данные не отражают наличия соответствующих заболеваний. Ограниченные данные по некоторым американским индейцам или коренным жителям Аляски могут послужить основой для далеко идущих обобщений, касающихся других подобных групп или даже всего коренного населения Америки. Результатом становится выделение средств и ресурсов на борьбу с проблемами, которые необязательно существуют во всех группах коренного населения.²²

Органы, отвечающие за здравоохранение коренных жителей Аляски. Медицинское обслуживание коренных жителей Аляски осуществляется федеральным правительством

²¹ Lisa Jackson Pulver et al; *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for all*, World Health Report, 2010 Background paper no 33; http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en

²² Jackson Pulver et al; p 76

через Управление медицинского обслуживания индейцев (Indian Health Service). С 1970 года коренными жителями Аляски, в том числе инуитами, создавались медицинские учреждения в рамках законов о самоопределении, а медицинская помощь организовывалась региональными и местными корпорациями путем заключения контрактов на основе закона «О самоопределении индейцев и содействии их образованию» (1975). Законодательством о самоопределении (1994) предусматривается заключение постоянных официальных соглашений между министерством здравоохранения США и отдельными племенами. С 1998 года все медицинские услуги коренным жителям Аляски предоставляются местными учреждениями, принадлежащими коренным народам.²³

Аляскинская система здравоохранения племен – это добровольное объединение почти 40 племен и племенных организаций, предоставляющих медицинские услуги. Взаимодействие между коренными жителями и властями в области здравоохранения осуществляется на общих условиях, предусмотренных Аляскинским соглашением о здравоохранении племен, подписанным двадцатью двумя племенами и племенными организациями. Это соглашение предоставляется племенам и медицинским учреждениям коренных народов право осуществлять программы, прямо или косвенно связанные со здравоохранением. Соглашение включает ряд медицинских учреждений для инуитов. Это Arctic Slope Native Association, Maniilaq Association, Norton Sound Health Corporation, Seldovia Village Tribe и Yukon-Kuskokwim Health Corporation. Управление по вопросам здравоохранения коренного населения Аляски (The Alaska Native Health Board (ANHB)) является признанным защитником интересов коренных жителей в области медицины в масштабах всего штата.

Каждое племенное медицинское учреждение сохраняет независимость в выборе приоритетов, спектра услуг и стратегии. Вся система в целом обслуживает около 130 тысяч коренных жителей Аляски. В нее входят сельские фельдшерские пункты, субрегиональные поликлиники, шесть региональных больниц, включая больницу имени Сэмюэля Симмондса в Норс Слоуп, высокоспециализированный Медицинский центр коренных народов Аляски. Система предусматривает выдачу направлений для лечения частными врачами, в том числе в других штатах.

В 1997 году с целью предоставления медицинских услуг коренному населению по всему штату и поддержки медицинских учреждений коренных народов был создан Аляскинский консорциум здравоохранения коренных племен и народов (The Alaska Native Tribal Health Consortium), некоммерческая организация, контролируемая органами племенного самоуправления и их региональными медицинскими учреждениями. Она занимается предоставлением специализированной помощи, санитарно-эпидемиологической работой, научными исследованиями, экологией, предоставлением медицинской информации с помощью компьютеров, а также набором медицинских специалистов.

Лечение зубов осуществляется в 14 стоматологических поликлиниках, а в деревнях - также с помощью разъездных стоматологических бригад.

Расходы на здравоохранение: Как и в других регионах Арктики, географические и климатические факторы повышают стоимость медицинского обслуживания и вызывают трудности с набором квалифицированных кадров. Медицинские расходы на душу

²³ *Alaska Tribal Health System Sustainability Issues*, Presentation by Valerie Davidson, Alaska Native Tribal Health Consortium, February 2009

населения в 2004 году составляли 6450 долларов США на душу населения. Это самая высокая сумма в стране; средняя цифра по США равна 5283 долларам.^{24 25}

Поскольку средств, выделяемых Управлением по медицинскому обслуживанию индейцев, недостаточно, система здравоохранения пополняет свой ежегодный бюджет за счет американских систем бесплатного обслуживания неимущих и престарелых (Medicare и Medicaid), а также частного медицинского страхования.²⁶ Недостаточность выделяемых средств считается одним из важнейших факторов, определяющих разрыв между состоянием здоровья коренных жителей Аляски и остального населения штата.²⁷

Канада

Население. Согласно данным последней переписи населения (2006), инуитами считало себя 50485 человек, или 4% от общего числа канадцев, определяющих себя как представители коренных народов (1 172 790 человек). Средний возраст инуитов в 2006 году составлял 22 года, некоренного населения – 40 лет, индейцев – 35, а метисов – 30. Среди инуитов насчитывается большое количество детей и молодежи. Большинство инуитов в Канаде, а именно 78 процентов, проживает одном из четырех регионов, составляющих так называемую Родину инуитов (Inuit Nunangat), простирающуюся от Лабрадора на востоке до Северо-Западных территорий. Она включает Нунавут (24635 инуитов по переписи 2006 года), Нунавик (9565 инуитов), Инуивалут в составе Северо-Западных территорий (3115 инуитов) и Нунатсиавут (2160 инуитов). Во всех этих четырех регионах инуиты преобладают среди жителей, составляя 90% населения в Нунавике, 89% в Нунатсиавуте, 84% в Нунавуте и 55% в Инуивалуите.²⁸

Географический и политический очерк. На своей северной родине проживает более трех четвертей канадских инуитов. Все традиционные территории инуитов охвачены теми или иными соглашениями о правах на земли, предусматривающими региональную автономию. Первым таким соглашением стал договор о заливе Джеймса и Северном Квебеке (1975), по которому был создан регион Нунавик. Лабрадорские инуиты предъявили свои права на земли в 1977 года, однако соответствующий договор, предусматривающий создание Нунатсиавута, был подписан лишь в 2005 году. Нунавутская федерация Туннговик получила статус юридического лица в 1982 году, окончательное соглашение по Нунавуту было подписано десять лет спустя, а Нунавутское соглашение о правах на земли – в 1993 году. Нунавут стал автономной территорией в 1999 году. Интересы инуитов, проживающих на Северо-Западных территориях Канады, представляет Инуивалуитская региональная корпорация. Комплексное соглашение об их правах на земли было подписано в 1984 году.

Проблемы здравоохранения: Судя по различным источникам, имеется чрезвычайно мало данных о состоянии здоровья инуитского населения Канады. Исключением являются данные, отраженные в документах службы оплаты незастрахованных медицинских услуг (Non-Insured Health Benefit), однако, как отмечено ниже, и в этих данных содержится не

²⁴ Kathryn J. Anderson, *A review of health care reform in the United States and in Alaska*, International Journal of Circumpolar Health, 69:5 2010

²⁵ Данные по медицинским расходам в США обрабатываются Центром услуг в рамках программ Medicare и Medicaid. Опубликована только информация за 2004 год.

²⁶ Kathryn J. Anderson, *ibid*

²⁷ Denny DeGross, *op cit*

²⁸ Statistics Canada, 2006 Census analysis

слишком много информации. Администрация некоторых провинций и территорий собирают статистические данные по коренному населению по различным методикам и с отражением отличающихся друг от друга конкретных показателей. Отсутствие полноценных данных по здоровью инуитов и систематических исследований на эту тему значительно ослабляет возможности мониторинга системы здравоохранения инуитов со стороны как медицинских структур, так и инуитского населения и организаций.²⁹ Оценка состояния здоровья канадских инуитов затрудняется отсутствием исчерпывающей и сопоставимой информации, и в силу этого является заведомо неполной.³⁰

Важнейшими проблемами получения данных по состоянию здоровья инуитов являются (а) недостаточный объем финансирования и отсутствие инфраструктуры для проведения собственных обзорных исследований населения, (б) вопросы конфиденциальности и надежности данных, связанные с малым объемом выборок; (в) отсутствие указаний на инуитское происхождение пациентов в большинстве данных по территориям и провинциям; (г) отсутствие социально-экономических данных и информации о показателях здоровья, относящихся именно к инуитам, а не к географическим областям, (д) трудности с доступом к финансированию исследований со стороны университетов, а также с поддержкой прикладных исследований с опорой на местное население; отсутствие данных по инуитам, проживающим в городах.³¹

С учетом вышесказанного можно констатировать, что имеющиеся данные указывают на неблагоприятное состояние здоровья инуитов по сравнению с остальными канадцами. В частности, число самоубийств на душу населения среди инуитов более чем в 11 раз превышает аналогичный показатель по Канаде в целом; заболеваемость туберкулезом – почти в 170 раз выше, чем среди некоренного населения, и в два раза выше, чем в 2004 году; смертность от рака легких среди инуитов самая высокая в мире³²; психические заболевания, алкоголизм и наркомания представляют собой серьезнейшие проблемы.

Принцип системы здравоохранения. В Канаде существует национальная всеобщая система здравоохранения, которая в основном финансируется государством, хотя имеет место и небольшое частное финансирование за счет страхования или личных средств пациента.

Ответственность за медицинское обслуживание инуитов делится между федеральным правительством и правительствами провинций/территорий. Роль федерального правительства заключается в разработке и применении принципов национальной системы в соответствии с законом «О здравоохранении в Канаде»; в оказании финансовой поддержки провинциям и территориям; прочие функции включают, в частности, непосредственное первичное и дополнительное медицинское обслуживание определенных категорий населения, санитарно-гигиенические и эпидемиологические программы; осуществление профилактических мероприятий; финансирование медицинских исследований и медицинского просвещения. Финансовые средства на

²⁹ Lisa Jackson Pulver et al, *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for all*, World Health Report, 2010 Background paper no 33; http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en

³⁰ Inuit Tuttarvingat, www.naho.ca/inuit accessed March 2011; and Health Council of Canada, *The Health Status of Canada's First Nations, Métis and Inuit Peoples*, January

³¹ Lisa Jackson Pulver et al; p 48

³² Inuit Statistical Profile, Inuit Tapiriit Kanatami, 2008

поддержку здравоохранения, в том числе доля выручки от определенных налогов, предоставляются провинциям и территориям в соответствии с программой Canada Health Transfer.

Большая часть медицинского обслуживания в Канаде регулируется и предоставляется провинциями и территориями, чьи правительства финансируют его с помощью федеральных денежных и налоговых трансфертов. Их обязанности включают управление соответствующими системами медицинского страхования, планирование, оплату и оценку деятельности стационаров, услуг врачей и немедицинского персонала, предоставления медикаментов в больницах, санитарно-гигиенические и эпидемиологические программы, ведение переговоров с медицинскими работниками о размерах оплаты труда.³³

Большинство федеральных программ медицинского обслуживания инуитов финансируется отделом коренных народов и инуитов (ОКНИ) министерства здравоохранения, который выделяет средства на оплату медицинских услуг, не подлежащих всеобщему страхованию (стоматология, отпуск медикаментов, офтальмология, психотерапия, медицинское оборудование и расходные материалы, а также транспортировка пациентов) и не оплачиваемые системами провинций и территорий. Кроме того, оплачивается проведение целевых программ укрепления здоровья населения и медицинского просвещения.

Программа оплаты медицинских услуг, не подлежащих всеобщему страхованию, является одной из самых крупных статей расходов федерального бюджета. При ее реализации министерством здравоохранения (или от его лица) в некоторых регионах расходы на обслуживание инуитов не подлежат отдельному учету, в связи с чем оценить ее эффективность именно для инуитов представляется затруднительным.

Финансирование охраны здоровья инуитов осуществляется и другими государственными структурами, например, в рамках инициатив Aboriginal Head Start и Childcare, посвященным, соответственно, улучшению развития учеников младших классов и дошкольников.³⁴

Системы медицинского обслуживания провинций и территорий, имеющие отношение к инуитам. В 1988 году правительство Северо-Западных территорий (CPN), а в 1999 году – правительство Нунавута заключили с федеральным правительством соглашения о трансфертах, приняв на себя ответственность за медицинское обслуживание всех своих жителей, включая реализацию большинства программ для инуитов и индейцев. Медицинская помощь в Инувиалуите предоставляется через региональные управления, созданные правительством СЗТ. Инуиты Нунавута обслуживаются в рамках централизованной системы, охватывающей всех жителей. Медицинская помощь инуитам Нунавика предоставляется через региональное управление здравоохранения и социальных услуг, которое управляется инуитами и было создано в соответствии с соглашением о правах на земли в заливе Джеймса и северном Квебеке. Его деятельность финансируется (1) за счет региональных и отчасти федеральных средств, перечисляемых правительством Квебека и (2) за счет федеральных средств, непосредственно получаемых Управлением по соответствующим соглашениям с

³³ Данные с веб-сайта Минздрава Канады на февраль 2011 года;; <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2005-hcs-sss/biblio-eng.php>

³⁴ ИТК 2004 Backgrounder on Health op cit

федеральным правительством.³⁵ Министерство здравоохранения и социального развития Нунавута отвечает за поддержание здоровья и удовлетворение социальных нужд инуитов, охваченных соглашением о правах на земли Лабрадора. При этом система достаточно сложна, и ответственность за первичную медицинскую помощь, а также за эпидемиологические мероприятия, возлагается на организацию Labrador Grenfell Health, один из четырех органов здравоохранения провинции.

На всех территориях, населенных инуитами, многие виды лечения требуют выезда с места проживания пациента. Поскольку круглогодичного сухопутного доступа к инуитским поселкам не имеется, больных приходится для консультации и лечения вывозить самолетами. Нелетная погода может тормозить эвакуацию больных.³⁶

Расходы на здравоохранение. Согласно последним имеющимся данным, общие расходы на здравоохранение в Канаде в 2007 году составили 161 миллиард канадских долларов, а в 2008 и 2009 годах (по оценкам) – соответственно 173,6 и 183,1 миллиарда. Расходы на душу населения в 2007 году равнялись 4889 кан. долларам, а 2008 и 2009 (по оценкам) – соответственно 5211 и 5452 долларам.³⁷

Расходы на здравоохранение внутри государственной системы варьируются по провинциям и территориям, что отчасти объясняется демографическими факторами (плотность населения и мест его проживания) и географией. Душевые расходы на здравоохранение наиболее высоки на северных территориях Канады, где расстояния огромны, а плотность населения невысока. В 2009 году отношение расходов на образование к ВВП для территорий составляло 25,8% в Нунавуте, 13,8% в Юконе и 8,3% на Северо-Западных территориях.³⁸

Чукотка (Россия)

Население: Согласно Всероссийской переписи населения 2002 года, среди 279 794 представителей 40 коренных малочисленных народов севера насчитывалось 1750 инуитов.³⁹ Представители коренных малочисленных народов севера составляют 0,2% общего населения России в 143 221 000 человек.

Географический и политический очерк. Активная миграция из центральной России на Чукотку после Второй мировой войны оказала существенное влияние на положение чукотских инуитов. Население полуострова почти удвоилось, и инуиты стали еще более ярко выраженным меньшинством. В 1990-х годах, однако, после распада СССР приезжие стали возвращаться на родину. В результате население Чукотки сократилось с 164 тысяч человек в 1989 году до 74 тысяч человек на момент проведения переписи 2002 года.⁴⁰

Проблемы здравоохранения: Для населения Крайнего севера России, особенно для коренных народов, характерны чрезвычайно высокая смертность от несчастных случаев,

³⁵ ИТК Backgrounder on Health, op cit

³⁶ Aboriginal Peoples Survey, 2006: Inuit Health and Social Conditions, Heather Tait, Statistics Canada, December 2008

³⁷ National Health Expenditure Trends, Canadian Institute for Health Information, Ottawa, Canada; 2009

³⁸ ibid

³⁹ Andrew Kozlov, Galina Vershubsky, Maria Kozlova; *Indigenous Peoples of Northern Russia: Anthropology and Health*; Circumpolar Health Supplements (2007:1)

⁴⁰ Ibid p. 27

большая частота убийств и самоубийств. Главными причинами малой продолжительности жизни среди как коренных народов, так и других жителей Севера служат насильственная смерть и алкоголизм. Продолжительность жизни представителей малочисленных коренных народов Севера в 2004 году оценивалась в 45 лет для мужчин и 55 лет для женщин, в то время как по России в среднем она составляла соответственно 61 год и 74 года.⁴¹ Следует, правда, отметить, что с 1991 года, когда была создана Российская Федерация, ухудшилось состояние здоровья населения страны в целом. В России наблюдается самая высокая частота случаев туберкулеза (69 больных на 100 тысяч населения⁴²), раковых и сердечно-сосудистых заболеваний среди всех промышленно развитых стран. Значительна и заболеваемость ВИЧ/СПИДом (11 зараженных на 1000 человек населения). Правда, за последние 10 лет отмечался значительный рост расходов на здравоохранение, а в начале 2011 года было объявлено о проведении масштабной реформы здравоохранения.

Принцип системы здравоохранения: Конституция РФ гарантирует всем российским гражданам бесплатное медицинское обслуживание. При этом финансирование здравоохранения осуществляется из целого ряда разнообразных формальных и неформальных источников: медицинское страхование на основе налогов; взносы работодателей в Фонд медицинского страхования; добровольные медицинские страховые взносы; собственные расходы пациентов, а также «подпольные» платежи врачам и медицинским учреждениям.

Органы, отвечающие за медицинское обслуживание: Система здравоохранения в РФ является децентрализованной административной структурой, разделенной на федеральный, региональный (областной) и муниципальный (районный) уровни. Треть населения получает базовую медицинскую помощь в поликлиниках и больницах, связанных с местом работы. Поскольку основная часть расходов на здравоохранение финансируется из региональных бюджетов, между различными регионами страны существуют выраженные различия в стандартах медицинской помощи и состоянии здоровья населения.

Ответственность за медицинское обслуживание в России возлагается на федеральные, региональные и муниципальные органы власти в соответствии с федеральным и региональным законодательством, а финансируется оно из разных источников (например, из федерального бюджета и трансфертов, региональных бюджетов и средств медицинского страхования). Поскольку большая часть налогов, предназначенных для финансирования медицинского обслуживания, взимается непосредственно регионами, у бедных регионов оказывается меньше средств на здравоохранение. В результате доступность и качество медицинских услуг зависят от места проживания. Реформа региональных систем здравоохранения является весьма серьезной задачей, стоящей перед страной.

Важнейшими типами разнообразных медицинских учреждений являются сельские фельдшерские пункты, где проводится базовая проверка здоровья, медпункты в

⁴¹ Ibid p. 29

⁴² World Health Organisation; Russian Federation Health Profile; <http://www.who.int/gho/countries/rus.pdf> accessed March 2011

небольших поселениях, сельские поликлиники для обслуживания более многочисленных групп пациентов (где проводится несложное лечение и простые хирургические операции), городские поликлиники, предлагающие услуги терапевтов и врачей-специалистов, а также детские поликлиники.

Расходы на здравоохранение: Последние имеющиеся данные (за 2008 год) указывают, что на медицинское обслуживание расходовалось 866 долларов США на душу населения. Общие расходы на здравоохранение в 2008 году составляли 5,2% ВВП.⁴³

Тем не менее, можно отметить, что рост ассигнований на здравоохранение не всегда приводит к соответствующему увеличению средней продолжительности жизни. Причины этого явления требуют дополнительных исследований. Действительно, в Нунавуте (Канада) на здравоохранение расходуется больше средств, чем во всех остальных инуитских регионах, однако средняя продолжительность жизни ниже, чем в Гренландии, где ежегодные расходы на здравоохранение – самые низкие среди инуитских регионов (за исключением России). Среди факторов, вызывающих это явление и воздействующих на эффективность официальной системы медобслуживания, можно отметить различия в расположении населенных пунктов и медицинских учреждений, в стоимости транспортировки пациентов для лечения в южные регионы, в изолированности населенных пунктов, в существующих экономических условиях и возможностях экономической деятельности.

Таблица 3: Системы здравоохранения: сравнение и результативность

Страна	Система здравоохранения	Расходы на здравоохранение, \$/год	Средняя продолжительность жизни
Гренландия	Универсальная	\$3530 (2008)	68 лет (2008/ВОЗ)
Аляска	Федеральная система медобслуживания индейцев + государственное и частное медстрахование	\$6450 (2004)* По США в целом \$4671	69,4 года (Коренные народы Аляски/перепись 200 года)
Канада	Универсальная система + ограниченное частное финансирование	Северо-западные территории \$8923 (CAD –2005-2009) Нунавут \$11801 (CAD – 2005-	Инувиалуит: 70,3 года** Нунавут: 68,2 года** Все инуитские

⁴³ Данные ВОЗ; статистика по странам на февраль 2011 года.

		2009) По Канаде в целом \$4915 (CAD - 2005- 2009)	регионы: 66,9 года** Канада в целом: 79,5 года**
Россия	Бесплатное медобслуживание, финансируемое за счет страхования, личных средств и личных платежей	По России в целом \$866 (2008)	Россия: 61 год (2008) Инуиты: 58,6 года (00-04)

*Совокупные расходы в штате, без отдельного учета сумм, ассигнуемых Управлением медобслуживания индейцев.

** Продолжительность жизни включает данные по неинуитским жителям инуитских поселений на 2001 год. ITK Inuit Statistical Profile, 2008; http://www.itk.ca/sites/default/files/InuitStatisticalProfile2008_0.pdf

Если судить по показателям состояния здоровья, то, несмотря на различия между обсуждаемыми системами здравоохранения в плане доступности, полноты охвата населения и стоимости, ни одна из них не может обеспечить успешного решения существующих проблем. В то же время при оценке качества или иных параметров отдельных систем медицинской помощи не следует забывать о том, что физическое и душевное здоровье являются не просто результатом отличной, неудовлетворительной или недостаточно финансируемой системы. Здоровье и благополучие инуитов всей Арктики определяются целым рядом факторов, включая такие социальные моменты, как активность культуры, применение традиционных знаний, возможности получения работы и образования. Важную роль при этом играют физические и географические ограничения, в том числе изолированность и удаленность от медицинских учреждений и учебных заведений, а также обеспеченность жильем, загрязнение окружающей среды, отсутствие чистой питьевой воды, некачественная канализация, воздействие изменений климата и другие факторы.

Стоимость медицинского обслуживания в Арктике достаточно высока, причем эти значительные расходы объясняются дороговизной любой деятельности на крайнем севере, и зачастую не приводят к существенному улучшению здоровья инуитов. Существуют большие трудности с набором достаточно квалифицированных специалистов, готовых работать в отдаленных районах. Одной из положительных особенностей системы здравоохранения в Гренландии является тот факт, что многие медицинские сотрудники принадлежат к местным общинам и хорошо понимают специфику своих пациентов.

Здоровье, разумеется, далеко не сводится к статистике и различным показателям. В то же время вызывает озабоченность положение в Канаде, где отсутствие качественных данных по состоянию здоровья инуитов осложняет выявление нынешних и будущих приоритетов развития и финансирования системы здравоохранения.

Сравнение расходов на здравоохранение на душу населения

Точное сравнение бюджетов здравоохранения инуитов в четырех рассматриваемых странах затрудняется отсутствием сопоставимой информации. В то же время приведенные ниже данные дают представление, в частности, о различной стоимости медицинского обслуживания в Арктике и в более южных регионах соответствующих стран, а в случае Гренландии – возможность сравнения с Данией.

Гренландия: Расходы на здравоохранение в 2008 году составили 1066 млн датских крон (около 197 млн долларов США). Расходы на душу населения в Гренландии были самыми низкими в скандинавских странах (примерно 18 880 датских крон или US \$3530 на человека). В Дании расходы на здравоохранение в том же году составляли 28 836 крон или US \$5391 на душу населения.

Аляска: По расходам на здравоохранение Аляска в 2004 году занимала одно из первых мест среди штатов США. Они составили US \$6450 на душу населения, а средняя сумма по США – US \$5283.

Канада: В 2007 году расходы на здравоохранение составили \$4889, а на 2008 и 2009 годы прогнозировался их рост до \$5211 и \$5452 соответственно. В 2009 году на долю этих расходов приходилось 25,8% ВВП Нунавута, 13,8% ВВП Юкона и 8,3% ВВП Северо-западных территорий.

Россия: Расходы на здравоохранение на душу населения в 2008 году составили US \$866 или 5,2% ВВП. По некоторым сведениям, расходы на медицинское обслуживание в автономных округах, подобных Чукотке, могли превышать среднюю цифру по стране почти в 8 раз.

Выводы

Несмотря на различия между системами здравоохранения, а также экономическими и политическими подходами к ним в разных странах, ни одна из них не может считаться полностью отвечающей потребностям инуитов. Инуиты всех рассматриваемых стран по состоянию здоровья по-прежнему значительно уступают населению в целом. Хотя расходы на здравоохранение инуитов в этих странах (за исключением России) превышают средние национальные показатели, это не приводит к существенному улучшению их здоровья. При этом измерение и оценка эффективности соответствующих систем существенно осложняются за счет отсутствия необходимых конкретных данных по состоянию здоровья инуитского населения.