

А.Р. Ермолаев¹, Н.А. Капитоненко²

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КОРЕННЫХ НАРОДОВ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

*Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова¹,
ул. Кирова, 215; Фонд обязательного медицинского страхования, г. Якутск;*

*Дальневосточный государственный медицинский университет²,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

В данном обзоре авторы описывают формирование современных подходов к организации медицинской помощи для коренных народов в разных странах. В статье анализируются исследования последних лет по здоровью коренного населения. Международный опыт перспективен при разработке политики улучшения здоровья для коренного населения.

Ключевые слова: коренные народы, здоровье, образ жизни, медицинская помощь.

A.R. Ermolaev, N.A. Kapitonenko

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES FOR INDIGENOUS NATIONALITIES: THE INTERNATIONAL EXPERIENCE

*North-East federal university named after M.K. Ammosov,
Territorial fund of obligatory medical insurance;
Far East state medical university, Khabarovsk*

Summary

In this review, authors describe formation of modern approaches to the organization of medical care for aboriginal population in different countries. In the article current studies on native population health condition is analyzed. International experience is perspective to development of policy of native population health improvement.

Key words: indigenous nationalities, health, life style, medical care.

По оценкам Организации Объединенных Наций, более чем в 70 странах мира проживает 370 млн чел., входящих в состав коренного населения, которые представляют богатое разнообразие культур, религий, традиций, языков и истории. Состояние здоровья коренных народов значительно отличается от состояния здоровья некоторых групп населения стран во всем мире.

В системе ООН не принято официального понятия «коренные» в связи с большим разнообразием коренных народов мира. Вместо этого разработана суммарная интерпретация этого понятия, включающая народы, кото-

- определяют себя, а также признаются и принимаются своей общиной в качестве коренных;
- демонстрируют историческую преемственность с обществами, существовавшими до колонизации и/или до прибытия переселенцев;
- имеют тесные связи с территориальными и окружающими природными ресурсами;
- имеют особые социальные, экономические или политические системы;
- сохраняют особый язык, культуру и верования;
- составляют слои общества, не являющиеся доминирующими;
- принимают решения о сохранении и воспроизведении унаследованных от предков окружающих условий и систем в качестве особых народов и общин [22].

Системы народного целительства и западная биомедицинская помощь сосуществуют во всех регионах мира. Однако для коренных народов традиционные системы играют особо важную роль в их стратегиях целительства. По оценкам ВОЗ, как минимум 80% населения развивающихся стран полагается на системы народного целительства в качестве основного источника медико-санитарной помощи [22].

Коренные народы остаются на самых окраинах общества: они беднее, менее образованны, умирают в более молодом возрасте, с большой вероятностью совершают самоубийства, а состояние их здоровья в целом хуже, чем у остального населения [11, 17-19, 27].

Часто в основе плохого здоровья коренных народов лежит открытая или подразумеваемая дискриминация, которая нарушает одно из основополагающих прав человека. Эта дискриминация приводит к возникновению нищеты и плохого состояния здоровья или усугубляет их. Всемирная конференция ООН по борьбе против расизма, расовой дискриминации, ксенофобии и связанной с ними нетерпимости способствовала принятию странами политики и планов, включающих конструктивные действия по

обеспечению равенства, в частности в отношении доступа к социальным службам, обеспечению жильем, начальному образованию и медико-санитарной помощи [38].

Статистических данных о здоровье коренных народов очень мало. Особенно это касается народов Африки, Азии и Восточной Европы. Имея данные о здоровье коренных народов, можно предложить меры по обеспечению доступа к медико-санитарной помощи, а также к безопасной питьевой воде, надлежащему жилью и санитарному просвещению [27].

ВОЗ инициировала несколько проектов по исследованию здоровья коренных народов. Среди них, в частности, зависимость от психоактивных препаратов (ПАВ), включая алкоголь, у 12 различных коренных народов мира (берберов в Марокко, аборигенов в Канаде, гренландцев в Гренландии, племени Майя в Гватемале и др.). Целью проекта было поиск путей решения проблемы [24].

В частности, в Канаде была разработана серия вмешательств, проводимая силами работников первичной помощи и специалистов-наркологов в поселениях местных народностей. По результатам этого проекта было создано руководство для медицинских работников местного уровня по лечению и профилактике ПАВ-зависимости, а также руководство для органов управления здравоохранения стран, которое помогает разработать политику по осуществлению борьбы с зависимостью от ПАВ у коренных народов на национальном уровне [23, 25]. Кроме того, ВОЗ разработала документ об инструментах и методах проведения мониторинга и оценки программ по борьбе с зависимостью от ПАВ у коренных народов [26].

Вторым крупным проектом ВОЗ была разработка принципов проведения научных исследований состояния здоровья у коренных народов. ВОЗ, в частности, отмечает необходимость соблюдения этических принципов при проведении научных исследований, а также привлечения местного населения к ознакомлению с целями и задачами исследования, формированию программы исследования и ознакомлению с результатами исследования [27].

Исследования по изучению состояния здоровья коренных жителей и мерах по его улучшению проводятся в Австралии. Так, по данным демографического обследования местного населения Австралии, в последние годы отмечается прирост: количество коренных жителей увеличилось в период с 2001 по 2006 г. на 58 700 чел. При этом, по данным 2006 г., продолжительность жизни коренного населения на 17 лет меньше, чем у некоренного [3, 4, 16].

Большинство коренного населения Австралии в настоящее время проживает в больших и малых городах страны, однако часть коренного населения исторически проживает в малонаселенных труднодоступных районах северных территорий. Соответственно, гораздо хуже обеспечены медицинской помощью, особенно качественной [3, 4, 16]. В целом коренное население Австралии беднее, чем некоренное, почти в два раза, имеет более низкий образовательный статус и более высокий уровень безработицы [35].

Среди социальных проблем коренного населения, оказывающих напрямую влияние на состояние здоровья, выделяют высокий уровень насилия, жестокого обращения с детьми и женщинами, зависимость от ПАВ, включая алкоголизм, и высокий уровень травматизма вследствие злоупотребления алкоголем. Австралийское правительство в 2006-2007 гг., учитывая важность проблемы, разработало специальную программу по борьбе с жестоким обращением с детьми. В реализации этой программы принял участие Союз педиатров Австралии. В частности, в этой программе предусматривается увеличение ресурсов на оказание медицинской и социальной помощи в северных территориях, а также на программы по укреплению здоровья, включая укрепление физического здоровья. Кроме того, предусмотрено создание учреждений психологической помощи и культурной интеграции в общенациональное пространство [4, 16, 22].

В рамках борьбы с жестоким обращением с детьми Австралийское правительство разработало стандарты для служб в области медицинской помощи детям и в области образования [5]. Отмечается, что медицинское обслуживание детей не должно замыкаться только в рамках

лечения болезней, оно должно широко пропагандировать профилактику и укрепление здоровья, содействовать здоровому развитию детей, раннему выявлению поведенческих проблем и проблем с обучением, а также совместно с социальными службами способствовать социализации детей и их родителей, обеспечивать местное население информацией о развитии ребенка и отношений в семье.

В ноябре 2008 г. в Австралии на правительственном уровне было принято соглашение о ликвидации социального неравенства внутри австралийского общества между коренным и некоренным населением. Соглашение содержит меры в области развития и образования детей, включая обязательное начальное школьное образование, меры по снижению безработицы. Для коренного населения предусматривается развитие профессиональной подготовки молодых людей по ряду специальностей, привлечение молодежи из числа коренного населения к обучению в вузах, а также выделение квот по трудоустройству для представителей коренного населения [33].

При поддержке Всемирной организации здравоохранения в конце 90-х гг. XX в. в Австралии и Новой Зеландии создавались школы укрепления здоровья для коренного населения в местах их компактного проживания. Важными принципами работы служб ПМСП и школ укрепления здоровья являются привлечение специалистов-медиков из числа коренных народов для работы в этих службах; культурная интеграция их в местное сообщество и учет потребностей местного населения [42].

Clifford A. et al. [4] рассматривают вопросы распространения положительных результатов программ укрепления здоровья в Австралии. Статья основана на данных исследований, проводимых в течение последних лет. В ней отмечается, что в Австралии проводятся мероприятия по правильному питанию, программы по борьбе с курением и злоупотреблением алкоголем на уровне ПМСП и служб борьбы с диабетом. Программы по укреплению здоровья входят в образовательные курсы студентов медицинских институтов, а также в курсы последиplomного образования. Однако есть проблемы в области вторичной профилактики среди коренного населения в силу неразвитости служб специализированной и стационарной помощи в местах их компактного проживания.

Nelson A. et al. (2010) представляют результаты программы по укреплению физического здоровья среди австралийских аборигенов. При анализе недостатков программы отмечается, что следует учитывать особенности образа жизни коренного населения и конкретные условия проживания этой группы населения [34].

Выполнение этой программы сопровождалось научными исследованиями в области питания и образа жизни коренных народов Австралии и Новой Зеландии, особенностей воздействия факторов окружающей среды на здоровье, а также распространенность злоупотребления психоактивных препаратов [10, 12, 15].

Новая Зеландия также уделяет внимание здоровью коренных народов. В историческом контексте в 1980-х и 90-х гг. прошлого века в Новой Зеландии произошли большие структурные реформы экономики, которые носили неолиберальный характер. Это имело свой эффект на повышение уровня жизни всего населения страны и сглаживание неравенства в социально-экономическом положении между коренным и пришлым населением. В

здравоохранении реформы конца 90-х гг. привели к повышению роли первичной медико-санитарной помощи.

Tobias M. et al. [41] анализируют данные по смертности коренных народностей Новой Зеландии и некоренного населения этой страны с 1951 по 2006 г., используя стандартизованные методики, а также данные переписи населения 1981-1984 гг. и 2001-2004 гг. Они отмечают, что разрыв в показателях смертности между коренным и некоренным населением Новой Зеландии сохраняется, хотя и есть определенные изменения. Так, смертность женщин коренных народностей от сердечно-сосудистых болезней в абсолютных цифрах стабильно снижается, в то же время отмечается небольшой рост смертности от рака. У мужчин смертность от ССБ в группе коренных народов стабильно росла в 1980-е и 1990-е гг., затем стала снижаться. Авторы связывают эти тенденции с положительным влиянием социально-экономических реформ в стране и считают, что нужно проводить более детальные исследования причин смерти у коренных народов и связи смертности с социальными детерминантами здоровья.

Канада. За последние 20 лет в состоянии здоровья коренного населения наблюдался определенный прогресс, в частности, увеличилась продолжительность жизни и уменьшилась младенческая смертность. Однако и по сей день сохраняется разрыв в показателях здоровья коренного населения и некоренного: у коренного населения высокий уровень заболеваемости хроническими болезнями, например, диабетом 2 типа; высокие показатели заболеваемости туберкулезом (в 10 раз выше средних показателей по Канаде); продолжительность жизни мужчин-аборигенов и женщин-аборигенов меньше на 7 и 5 лет соответственно; высокий процент суицидов (показатель суицидов у коренного населения в 5-6 раз выше среднего по Канаде, а показатель у молодежи из числа коренного населения в 11 раз выше среднего по Канаде).

Медицинское обслуживание коренного населения Канады входит в компетенцию провинций в рамках системы медицинского страхования. Те лица из числа коренного населения, которые не охвачены медицинским страхованием, обеспечиваются первичной медико-санитарной и скорой помощью, финансируясь из государственного бюджета. Кроме того, незастрахованное коренное население может получать из госбюджета Канады офтальмологическую и стоматологическую помощь, рецепты на лекарство и транспортировку больных в крупные больницы по медицинским показаниям. Также Правительство Канады финансирует всю работу по профилактике и укреплению здоровья и службы общественного здравоохранения [13].

Правительство Канады осуществляет постоянное партнерство с общественными организациями аборигенов. 19 апреля 2004 г. Правительством Канады был организован «круглый стол» с организациями аборигенов, на котором было принято решение о выделении дополнительного финансирования по созданию устойчивой системы медицинского обслуживания аборигенов. Оно включает в себя улучшение инфраструктуры медицинских служб для аборигенов, проведение обязательной вакцинации, программы борьбы с диабетом, развитие медсестринского обслуживания и развитие программы укрепления здоровья. В октябре 2002 г. была принята стратегия охраны здоровья детей-аборигенов «Здоровый

жизненный старт», включающая программы укрепления здоровья в школах, снижение младенческой смертности, вакцинацию [13].

О необходимости построения диалога между службами медицинской помощи и коренным населением, учета культурных особенностей и уклада жизни, привлечения представителей местных общин в разработку программ укрепления здоровья коренного населения говорится и ряде публикаций, посвященных качеству медицинской помощи для этой группы населения [2, 6, 7, 9, 14, 19, 21, 28, 32, 39, 42].

Приведенные выше примеры являются наиболее положительным опытом решения проблем здоровья коренных народов в мире. Однако большинство коренных народов в Африке, Азии и Латинской Америке имеют как большие проблемы в состоянии здоровья, так и в доступе к медицинской помощи. Зачастую медицинская помощь этим группам населения оказывается лицами без медицинского образования: шаманами, повитухами, народными целителями [17, 18, 19].

Здоровье и образ жизни населения в большей степени зависят от социально-экономических условий развития общества, чем от медицинской помощи. Имеются убедительные факты связи заболеваемости, смертности с уровнем благосостояния нации, с величиной дохода на душу населения, доли средств в структуре государственного бюджета, идущего на здравоохранение [40].

Исследования, проведенные Всемирным банком (Gwatkin D.R., 2000, 2001), отмечают значительные различия в состоянии здоровья групп с относительно высоким и низким доходом. Макроэкономические данные подтверждают тот факт, что страны с низким уровнем развития здравоохранения и образования с большим трудом добиваются устойчивого роста и развития по сравнению со странами, где эти проблемы решены. Даже если бы состояние здоровья не влияло на рост доходов на душу населения, экономическое благосостояние все равно возрастало бы из-за увеличения продолжительности жизни. Семьи, живущие дольше, вкладывают больше зарабатываемых средств в образование и инвестиции, так как перспектива долгой жизни позволяет им пользоваться доходами от своих инвестиций на протяжении многих лет [30].

Проблемы трудностей в получении медицинской помощи коренным населением развивающихся стран, а также шаги, которые предпринимаются в этих странах для повышения доступа к различным видам медицинской помощи, обсуждаются в ряде публикаций [1, 8, 15, 31, 32, 36]. Среди них: усиление первичной медико-санитарной помощи, развитие различных видов медицинского страхования и государственного финансирования медицинского обслуживания, повышение доступности стационарной и специализированной помощи для коренного населения.

В целом за последние годы в развитых странах накоплен значительный опыт по решению проблем здоровья населения, вызванных социально-экономическим неравенством. Для формулирования планов в области улучшения здоровья возможен целый ряд отправных моментов [40].

1. Выбор конкретных проблем, связанных со здоровьем. Так, например, в Швеции в 30-х гг. приоритетной

была избрана задача сокращения социальной дифференциации смертности в раннем детском возрасте, которая обнаруживала разрыв от 14 до 49 на 1000 в зависимости от социально-экономического положения семьи. Предпринятые мероприятия были нацелены на улучшение стандартов в области гигиены питания, просветительской работы и жилищных условий, а также оказание бесплатной медико-санитарной помощи матери и ребенку. Смертность в раннем детском возрасте была снижена до менее 7 на 1000, и различия между социально-экономическими группами сократились. Такой подход имеет то преимущество, что он легко понятен для широкой общественности и работников здравоохранения. В некоторых случаях этот метод имеет и преимущества, связанные с возможностью интенсивного сосредоточения усилий на решении одной отдельно взятой проблемы. Так, например, в рамках расширенной программы ВОЗ по иммунизации удалось обеспечить эффективную мобилизацию усилий на сокращение распространенности конкретных инфекционных заболеваний в Европе. Однако к недостаткам такого ориентированного на конкретную болезнь подхода относится риск того, что принимаемая ответная мера будет носить преимущественно медицинский характер.

2. Ориентация на причинные факторы ухудшения здоровья. При этом подходе действия и меры в отношении одного фактора риска могут повлиять на целый ряд болезней. Известно, что подавляющее большинство факторов риска, иногда изолированно, но чаще в комбинации, связаны с пятью основными причинами смерти: злокачественные новообразования, сердечно-сосудистые заболевания, травмы, болезни органов дыхания и болезни органов пищеварения.

Предотвращение хронических дегенеративных заболеваний и снижение риска травм часто зависит от выбора человека, но даже у взрослых индивидуальные решения — это вектор многих составляющих: социально-экономическое положение, окружение, общественные нормы поведения, позиция средств массовой информации, стандарты рабочих мест, доступность медицинской помощи и консультаций.

С другой стороны, здоровье редко выступает в качестве приоритетной проблемы при принятии решений, касающихся экономики, промышленности или жилья. Приходится идти на компромиссы между приоритетами, и бывает трудно обеспечить наглядный характер позитивных аспектов, связанных со здравоохранительной политикой [40].

3. Определение социальных или профессиональных групп, подвергающихся особому риску плохого здоровья. Этот подход вытекает из очевидного накопления факторов риска в одних и тех же социальных группах. В Швеции, например, место работы было определено в качестве важного исходного пункта для воздействия на условия труда, для контроля за применением причиняющих вред и ущерб веществ, а также для того, чтобы помочь людям перейти к более здоровому образу жизни [40]. В Нидерландах был сделан выбор в пользу подхода по месту жительства, когда в рамках комплексных программ охраны здоровья в неблагополучных районах упор был сделан на решение проблем питания, жилья, охрану окружающей среды и др. В некоторых странах приори-

тет был отдан детям [40]. Вышеназванный метод имеет множество преимуществ, однако он не всегда осуществим из-за административных и профессиональных барьеров в проведении скоординированной межсекторальной работы. Этот опыт может быть полезен при разработке политики улучшения здоровья для коренного населения России.

Л и т е р а т у р а

1. Ajuwon A.J., Brieger W.R., Oladepo O. et al. Indigenous surgical practices in rural southwestern Nigeria: implications for disease prevention // *Health Educ. Research.* - 1995. - Vol. 10. - P. 379-384.
2. Bramley D., Hebert P., Jackson R., Chassin M. Indigenous disparities in diseases-specific mortality, a cross cultural comparison: New Zealand, Australia, Canada and United States // *NZ Med.* - 2004. - Vol. 117. - P. 1215-1231.
3. Carson B., Dunbar T., Chenhall R.D. et al. Social determinants of Indigenous people in Australia. - Canberra, 2007.
4. Clifford A., Jackson Pulver L., Richmond R. et al. Disseminating best-evidence health-care to Indigenous health-care settings and programs in Australia: identifying the gaps // *Health Promotion Int.* - 2009. - Vol. 24. - P. 404-415.
5. Children Services regulation 2004. - <http://www.community.nsw.gov.au>.
6. Cunningham C., Reading J., Eades S. Health research and Indigenous health // *Br. Med. J.* - 2003. - Vol. 327. - P. 445-447.
7. Denny C.H., Holtzman D., Cobb N. Surveillance for health behaviors of American Indians and Alaska Natives: findings from the Behavior Risk Factor Surveillance System 1997-2000 // *Morbid. Mortal.* - 2003. - Vol. 52. - P. 1-13.
8. Devadasan N., Crief B., Damme W.V. et al. Community health insurance in Gudalur, India, increases access to hospital care // *Health policy Plan.* - 2010. - Vol. 25. - P. 145-154.
9. Durie M. Understanding health and illness: research at the interface between science and Indigenous knowledge // *Int. J. Epidemiol.* - 2004. - Vol. 33. - P. 1138-1143.
10. Eckersley R. (ed). *Measuring progress: Is Life Getting Better?* - CSIRO. Collingwood. Victoria, 1998.
11. *Facts on Suicide Rates. First Nations and Inuit Health.* - Health Canada, 2002.
12. Field A., Casswell S. *Drugs in New Zealand: National Survey, 1998.* - Alcohol and Public Health Research Unit. Auckland, 1999.
13. *First Minister's Meeting: Ten Year Plan. Aboriginal Health.* - Health Canada. - 2004. - <http://www.hc-sc.gc.ca>
14. Foliaki S., Pearce N. Changing patterns of ill health for Indigenous people // *Br. Med. J.* - 2003. - Vol. 327. - P. 406-407.
15. Haddad S., Fournier P., Potvin L. Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20-item scale // *Int. J. Qual. Health Care.* - 1998. - Vol. 10. - P. 93-104.
16. *Health Impact Assessment of the Northern Territory Emergency Response.* - Canberra, 2009.
17. *Health of Ethnic Minorities of Viet Nam - WHO Technical Report Series No.1.* WHO Geneva. 2003. - P. 10.
18. *Health of Indigenous peoples in Africa // Lancet Series on Indigenous health.* - 2006. - Vol. 367. - P. 1940.
19. *Health in the Americas.* - PAHO. - 2002. - Vol. 1. - P. 181.

20. Henderson R., Simmons D.S., Bourke L. et al. Development of guidelines for non-Indigenous people undertaken research among the Indigenous population of north-east Victoria // *Med. J. Aust.* - 2002. - Vol. 176. - P. 482-485.
 21. Hurst S., Nader P. Building community involvement in cross-cultural Indigenous health programs // *Int. J. Qual Health Care.* - 2006. - Vol. 18. - P. 294-298.
 22. Indigenous Peoples and Identity / United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues. Fifth Session. Fact Sheet 1.
 23. Indigenous people and substance use, action 1: community development. - WHO. Geneva, 1995.
 24. Indigenous people and substance use project: a guide to action demand. - WHO. Geneva, 1990.
 25. Indigenous people and substance use, action 2: progress of policy development and guide for government and other policy makers. - WHO Geneva, 1995.
 26. Indigenous people and substance use, action 3: community monitoring and evaluation. - WHO. Geneva, 1995.
 27. Indigenous peoples & participatory health research. - WHO. Geneva, 2003. - 35 p.
 28. Kaufert J.M., Kaufert P.L. Ethical Issues in community health research: implications for First Nations and Circumpolar Indigenous peoples // *Int. J. Circumpolar Health.* - 1998. - Vol. 57 (Suppl.1). - P. 33-37.
 29. Lopez-Cevallos D.F., Chi C. Health Care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues // *Health Pol Plann.* - 2010. - Vol. 25. - P. 209-218.
 30. Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития. / Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. - ВОЗ. Женева, 2001. - 224 с.
 31. Moises L. Perceptions of health care quality in Central America // *Int. J. Qual. Health Care.* - 2003. - Vol. 15. - P.67-71.
 32. McPherson K.M., Harwoods M., McNaughton H.K. Ethnicity, equity, and quality: Lesson from New Zealand // *Br.Med. J.* - 2003. - Vol. 327. - P. 443-444.
 33. National Indigenous Reform Agreement: Baseline performance report for 2008-2009. - Canberra, 2010.
 34. Nelson A., Abbott R., Macdonald D. Indigenous Australian and physical activity: using a social-ecological model to review the literature // *Health Educ. Research.* - 2010. - Vol. 25, №3. - P. 498-509.
 35. Population characteristics. - Australian Bureau of Statistics. Canberra, 2008.
 36. Raman Kutty V. Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala State, India // *Health Policy Plan.* - 2000. - Vol. 15. - P. 103-109.
 37. Reid P., Robson B., Jones C.P. Disparities in health: common myths and uncommon truths // *Pac. Health Dialog.* - 2000. - Vol. 7. - P. 38-47.
 38. Report of the World Conferences Against Racism Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance, Durban, 2001. (A/CONF. 189/12).
 39. Ring I., Brown N. The health status of Indigenous people and other // *B.M.J.* - 2003. - Vol. 327. - P. 404-405.
 40. Системы здравоохранения против бедности [под ред. E. Ziglio, R. Barbosa, Ye. Charpak, S. Turner]. - Европейское региональное бюро ВОЗ. - Копенгаген, 2003. - 196 с.
 41. Tobias M., Blakely T., Matheson D., Rasanathan K., Atkinson J. Changing trends in indigenous inequalities in mortality: lesson from New Zealand // *Int. J. Epidemiol.* - 2009. - Vol. 38. - P. 1711-1722.
 42. Wise M., Signal L. Health Promotion development in Australia and New Zealand // *Health Promotion Int.* - 2000. - Vol. 15, №3. - P. 237-248.
- Координаты для связи с авторами:** *Ермолаев Ариан Рафаэлович* — канд. мед. наук, первый зам. исполн. дир. ТФ ОМС РС(Я), доцент курса организации здравоохранения и общественного здоровья Института последипломного обучения врачей СВФУ Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, тел.: 8(814) 2702745, e-mail: nadvsavvina@mail.ru; *Капитоненко Николай Алексеевич* — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ.

