



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО
КОПЕНГАГЕН

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

Пятьдесят первая сессия, Мадрид, 10–13 сентября 2001 г.

Пункт 7(b) предварительной повестки дня

EUR/RC51/8
+ EUR/RC51/Conf.Doc./6
18 июля 2001 г.
10269M
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

БЕДНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ – ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ДЕЙСТВИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

Бедность и нездоровье образуют порочный круг. Имеются свидетельства о том, что хорошее здоровье – это необходимая предпосылка для успешного развития и что без хорошего здоровья малоимущие общины не могут в полной степени реализовать возможности, связанные с процессом развития.

ВОЗ играет активную роль в широкомасштабной кампании по борьбе с болезнями, связанными с бедностью, и она готова приступить к проведению соответствующих мероприятий в рамках согласованной структуры и в тесном сотрудничестве с государствами-членами и другими партнерами, интересующимися вопросами развития.

В настоящем документе рассматриваются условия, которые больше всего связаны с бедностью в Европейском регионе ВОЗ, и предлагаются направления деятельности в целях снижения уровня нищеты.

Проект соответствующей резолюции предлагается для его рассмотрения Региональным комитетом.

СОДЕРЖАНИЕ

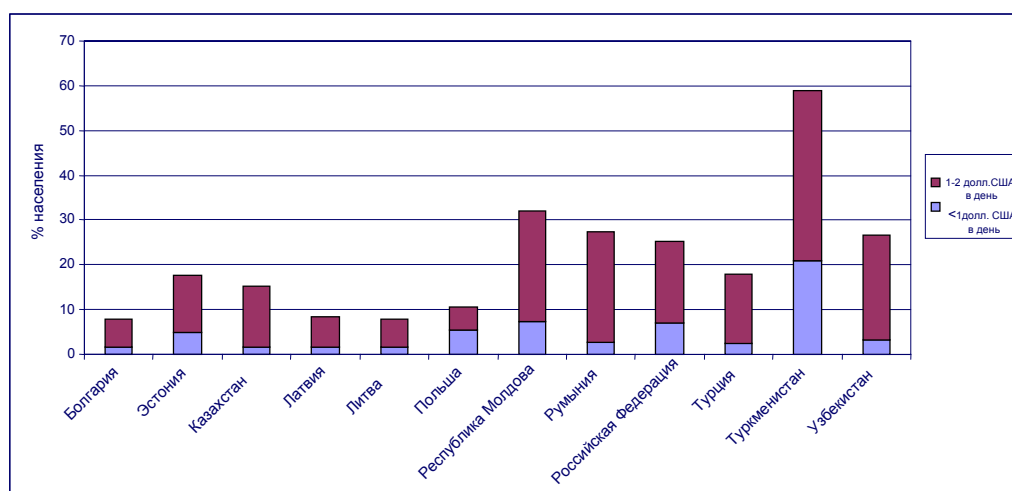
	<i>Стр.</i>
Введение.....	1
Бедность и здоровье	4
Бедность и ВОЗ.....	15
Выводы.....	16
Библиография	17

ВВЕДЕНИЕ

1. Бедность в двадцать первом столетии связана не только с материальными лишениями, но и с низким уровнем образования, плохим здоровьем, уязвимостью и экспозицией к экологическим и профессиональным факторам риска, а также с бессилием и отсутствием возможности выразить свое мнение. Бедность лишает людей свободы удовлетворять чувство голода, получать достаточное питание (продовольственная необеспеченность), получать средства для лечения поддающихся излечению болезней или пользоваться чистой водой или адекватными санитарными установками. Такое отсутствие свободы не позволяет людям достичь своего полного потенциала, что ведет к огромным потерям для общества и тормозит развитие (1).

2. Картина абсолютной бедности¹ в мире изменилась за последние десятилетия. Несмотря на то, что в мире все еще проживает свыше 1,2 млрд. человек с доходами менее одного доллара США в день, картина распределения бедности в различных частях мира изменилась. Так, в Восточной Азии и в районе Тихого океана в этой области имели место определенные положительные сдвиги, в то время как в странах Африки к югу от Сахары и в Европейском регионе положение ухудшилось. В 1998 г. в Европейском регионе 2% населения (приблизительно 24 миллиона человек) жили в условиях абсолютной бедности (рис. 1). Наиболее тяжелое положение в Регионе наблюдается в Туркменистане, где почти 60% людей живут на менее чем 2 долл. США в день (2).

Рисунок 1. Население, живущее на сумму < 2 долл. США и < 1 долл. США в день в ряде стран Европейского региона ВОЗ



Источник: Всемирный банк (2).

3. Относительная бедность² – это также серьезная проблема в ряде европейских стран. В 18 странах Центральной и Восточной Европы/новых независимых государствах (СЦВЕ/ННГ) в середине 1990-х годов свыше 165 миллионов человек жили на менее чем 4 долл. США в день: в 8 странах доля населения, живущего с такими ограниченными ресурсами, составила 50% или выше (3). В странах, являющихся членами Организации экономического сотрудничества и

¹ Абсолютная бедность – это тот уровень бедности, когда люди лишены возможности иметь минимальную потребительскую корзину, равную в стоимостном значении 2,15 долл. США в день (Всемирный банк) (2).

² Относительная бедность – это уровень бедности, когда экономические ресурсы людей не позволяют им вести минимально приемлемый образ жизни в том обществе, в котором они проживают, например, когда их доходы составляют менее 60% от среднего (Всемирный банк) (2).

развития (ОЭСР), относительная бедность – также существенная проблема. Так, например, в 1995 г. в условиях относительной бедности жило 11% населения Великобритании (3), а в Италии в 1999 г. соответствующий показатель был равен 13% (4).

4. Бремя бедности не распределяется равномерно среди всех малоимущих. Имеются данные о том, что бремя бедности может быть различным для разных половозрастных групп. Показано, что женщины составляют 70% населения земли, живущего в условиях абсолютной бедности (5). Однако подсчет числа малоимущих мужчин и женщин независимо друг от друга – это трудная задача, поскольку данные по потреблению собираются на уровне домашних хозяйств. Однако несмотря на это, имеющиеся данные о состоянии здоровья и образования свидетельствуют о том, что женщины часто оказываются в неблагоприятном положении (2). Дети являются второй уязвимой группой. Так например, в Центральноазиатских республиках (ЦАР) половина малоимущего населения – это дети, но это не удивительно, так как удельный вес детского населения в этих странах варьируется от 35% (в Казахстане) до 48% (в Таджикистане). Однако если риск проживания в бедности проанализировать в сопоставлении с национальными средними значениями, то дети в Центральной Азии действительно подвергаются повышенному риску. Вероятность того, что дети в Казахстане, будут бедными на 24% выше по сравнению со средним, в то время как соответствующие показатели в Туркменистане, Киргизии и Таджикистане составляют соответственно 14%, 12% и 7%. Во всех ЦАР, по которым имеются данные, относительный риск того, что семья будет бедной возрастает с увеличением числа детей в семье (6).

5. Безработица как одна из причин бедности и нездоровья – это важнейшая проблема для всего Европейского региона. В последнее десятилетие в странах Центральной и Восточной Европы масштабы этой проблемы достигли тревожного уровня, что оказало очень выраженное негативное воздействие на здоровье населения (7,8). Согласно имеющимся оценкам, к середине 1990-х годов уровень безработицы, в соответствии с определением Международной организации труда (МОТ), был существенно выше 20% в Киргизии (9) и 30% в Бывшей Югославской Республике Македонии и Таджикистане (10). В последнее десятилетие безработица, хотя ее масштабы и контекст были иными, была также серьезной проблемой и в странах Западной Европы. Анализ ситуации с безработицей в Европейском союзе (ЕС) показал резкое увеличение ее уровня с 3% в начале 1970-х до приблизительно 11% в середине 1990-х годов, при этом среднее значение для ЕС в апреле 2001 г. составляло 8,6% (11). Ввиду этих тенденций можно констатировать, что миллионы европейцев страдают или пострадали от безработицы и таких ее последствий, как плохое здоровье и бедность (12).

6. Воздействие безработицы и бедности на детей и молодежь как в Западной (13), так и в Восточной Европе (14) имеет особое значение. Было продемонстрировано, что безработица среди молодежи ухудшает их будущие перспективы в плане нахождения работы (15). Безработица среди молодежи связана с такими социальными и медицинскими проблемами, как насилие, самоубийства, злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами, преступность (16, 17). В 1998 г. показатели безработицы среди молодежи в 18 СЦВЕ в среднем в два раза превышали общий уровень безработицы. Эта печальная тенденция наблюдается также и во многих странах Западной Европы.

7. Проблема бедности в городах представляет особую важность для Европы. Свыше половины населения земли и свыше двух третей европейского населения проживают в городах. Все большая урбанизация на глобальном уровне сопровождается ростом числа малоимущих горожан и увеличением различий среди социальных групп, а также между городами и между различными слоями населения внутри одного и того же города. Уже сейчас от одной четверти до одной трети всех городских семей в мире проживают в условиях абсолютной бедности (18). Что касается Европейского региона, то проблема городской бедности – это проблема для городов как западной, так и восточной частей Региона. Так например, в Амстердаме свыше одной пятой всех домашних хозяйств живут ниже черты бедности (табл. 1).

Таблица 1. Города в Европейском регионе и распространенность относительной бедности

Город	Домашние хозяйства, находящиеся ниже черты бедности (%)	Черта бедности (долл. США на домашнее хозяйство в месяц)
Кишинев	92,0	163
Баку	87,1	97
София	71,2	183
Будапешт	36,6	504
Амстердам	20,5	807
Тилбург	15,7	816
Марсель	15,0	455
Страсбург	7,5	406

Источник: Данные 1993 г. из глобальной базы данных по городским показателям, которая поддерживается центром Организации Объединенных Наций по населенным пунктам (<http://www.urbanobservatory.org/indicators/database>) (по состоянию на 9 июля 2001 г.). Города выбраны по критерию полноты данных.

8. С точки зрения бремени болезней, городская беднота подвергается “двойной опасности” (19). С одной стороны, малоимущие группы населения в городах более подвержены заболеваемости из-за плохих жилищных условий, недостаточного доступа к санитарным установкам, плохого рациона питания и профессиональных рисков, с другой стороны, они обладают меньшими ресурсами для борьбы с уже развившимися болезнями, так как они часто находятся в маргинальном положении и не имеют тех социальных сетей, которые характерны для сельской бедноты. Плохое здоровье, в свою очередь, может стать причиной нищеты и привести к развитию порочного круга, который тормозит экономическое и социальное развитие (20).

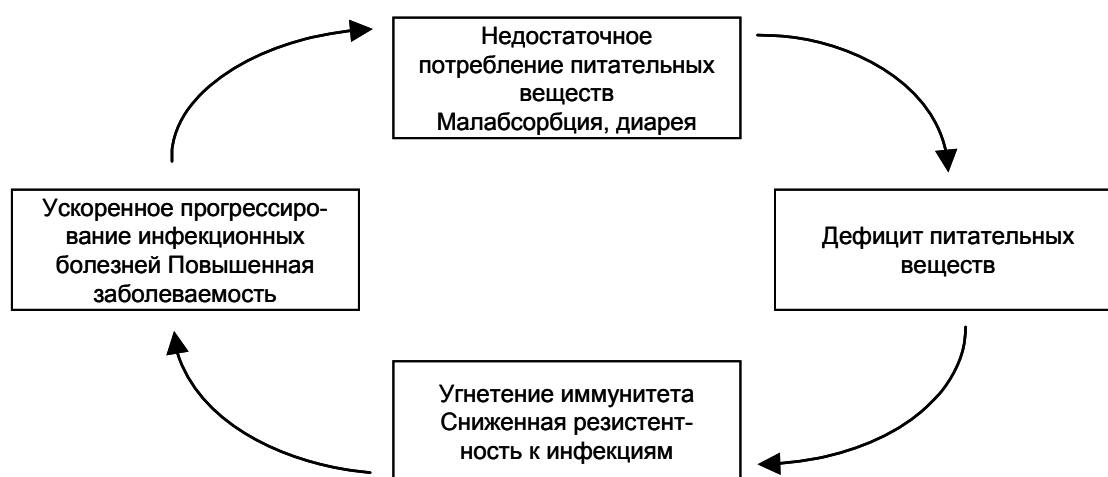
9. Во многих городских районах бездомность стала очень серьезной проблемой, однако на сегодняшний день по этому вопросу не проводилось каких-либо систематических межнациональных обследований, и поэтому мы не можем сравнить положение дел в этой области между 51 государством - членом Европейского региона.

10. Имеются данные, свидетельствующие о плохом состоянии здоровья бездомных. Недавно проведенные исследования показали, что бездомные люди имеют более высокие общие показатели смертности и заболеваемости по сравнению с населением, имеющим жилье (21), особенно это наглядно применительно к распространенности хронических болезней легких и других органов дыхания, туберкулеза, эпилепсии или потери сознания, а также алкогольной и наркотической зависимости (20). Имеются сообщения о том, что показатель самоубийств среди бездомных может быть в 35 раз выше, чем среди населения в целом (21), а также что в этой группе населения, особенно среди молодых бездомных, также высоким является показатель суицидальных попыток (22). Результаты исследования, недавно проведенного в Великобритании, показали, что среди лиц, проживающих в плохих экономических, медицинских и социальных условиях и получающих социальную помощь в виде “ночлега и завтрака”, показатель смертности в пять раз выше, чем среди населения, живущего в нормальных условиях (20). С другой стороны, показатель смертности для бездомных, которые спят на улице, в 25 раз выше, чем у населения, живущего в нормальных условиях, и их продолжительность жизни в среднем не достигает и половины показателя, характерного для лиц, живущих в хороших жилищных условиях.

БЕДНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ

11. Бедность и плохое здоровье образуют порочный круг. Бедность ведет к нездоровью в силу таких механизмов, как повышение личностных и экологических факторов риска, более высокий риск опасности недостаточного питания или продовольственной необеспеченности, меньший доступ к знаниям и информации, сниженные возможности получения медицинской помощи (рис. 2), в то время как плохое состояние здоровья становится причиной бедности, поскольку оно связано со снижением доходов домашнего хозяйства и способности людей к обучению, а также с ухудшением их продуктивности и качества жизни. Таким образом, бедность – это один из важнейших детерминантов плохого здоровья, но она также может быть и причиной нездоровья.

Рисунок 2. Порочный круг бедности, ведущей к недостаточному и/или неадекватному питанию и снижению иммунитета



Источник: Программа по питанию и продовольственной безопасности, Европейское региональное бюро ВОЗ.

12. Бедность – определяется ли она по уровню доходов, социально-экономическому статусу, условиям жизни или уровню образования – является важнейшим детерминантом нездоровья (23, 24). Жизнь в бедности ассоциируется с более низкой продолжительностью ожидаемой жизни, высокой младенческой смертностью, слабым репродуктивным здоровьем, более высокими показателями инфекционных болезней, особенно туберкулеза и ВИЧ-инфекции, более высокими показателями потребления психоактивных веществ (табак, алкоголь, незаконные наркотические средства), более высокими показателями неинфекционных болезней, депрессией и самоубийств, а также повышенной экспозицией к вредным для здоровья факторам окружающей среды. Фактические данные, подтверждающие некоторые из этих ассоциаций, подытожены ниже.

13. Имеется прямая взаимозависимость между величиной валового национального продукта (ВНП) на душу населения, измеренного в паритете покупательной силы (ППС), и продолжительностью ожидаемой жизни при рождении. Последний показатель резко повышается при росте значений ВНП до около 4000 долл. США в год, затем он увеличивается гораздо медленней, достигая плато на уровне 12 000–15 000 долл. США. С другой стороны, в некоторых странах имеется одинаковое значение ВНП, но очень сильно различающиеся показатели ожидаемой продолжительности жизни. Это наблюдение показало, что значительного улучшения показателей ожидаемой продолжительности жизни и здоровья можно добиться за счет программы умелой социальной поддержки, направленной на обеспечение продовольственной безопасности, адекватной медицинской помощи, образования и других соответствующих сетей социальной защиты, а не только в результате экономического роста. Об этом также свидетельствует тот факт, что в ряде стран с энергичным экономическим ростом не наблюдалось сколь-либо значительного улучшения состояния здоровья населения (1).

14. За последние несколько десятилетий в сравнении со странами ЕС в странах Восточной Европы и ННГ было отмечено значительное ухудшение показателей ожидаемой продолжительности жизни, не имевшее прецедента в какой-либо стране в периоды, не отмечавшиеся войнами, голодом или такими катастрофическими пандемиями, как чума (25). В 1970 г. показатели ожидаемой продолжительности жизни в странах, которые сейчас входят в ЕС, и в странах Восточной Европы, за исключением Советского Союза, были примерно аналогичными (разница менее чем в 1,5 года). Однако к 1990 г. этот разрыв увеличился до четырех лет, а в 1997 г. он даже возрос до шести лет применительно к мужчинам. Более того, с середины 1970-х годов до середины 1990-х годов ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет среди мужчин снизилась в Восточной Европе, но увеличилась в Западной Европе. Изменения в ННГ были даже более драматичными: в 1970 г. ожидаемая продолжительность жизни была уже на четыре года меньше для мужчин и один год меньше для женщин по сравнению с остальными странами Восточной Европы. К 1997 г. это разрыв увеличился до более чем десяти лет для мужчин и более чем шести лет для женщин (снижение примерно на пять лет за восьмилетний период) (26). Когда эти данные были проверены на достоверность, результаты тщательного анализа статистики смертности подтвердили правильность вышеуказанных данных (27). Большая часть этой чрезмерной смертности была обусловлена хроническими болезнями во взрослом возрасте, а также причинами, связанными с насилием, при этом ключевыми вспомогательными факторами были курение, неадекватный рацион питания, потребление алкоголя (28). Повышенный уровень смертности также связан с увеличением показателей бедности и неравенства доходов (29). Повышение уровня бедности сопровождается значительным повышением показателей продовольственной необеспеченности, как об этом свидетельствуют данные о доле доходов домашнего хозяйства, необходимой для приобретения пищевых продуктов (табл. 2).

Таблица 2. Доля доходов домашних хозяйств, необходимая для приобретения продуктов питания в отдельных странах, 1989–1994 гг.

	Бедность: % трудящихся, получающих менее 50% средней величины заработка		Продовольственная необеспеченность: стоимость продуктов питания в % от средних доходов	
	1989	1994	1989	1994
Болгария	5	10	43	49
Чешская Республика	6	9	33	32
Венгрия	13	15	37	38
Латвия	10	21	36	52
Литва	12	20	35	57
Польша	4	12	49	43
Румыния	–	–	52	62
Российская Федерация	12	33	34	47

Источник: Bobak et al. (28).

15. Имеющиеся фактические данные показывают, что семьи и отдельные лица, страдающие от нищеты, могут также страдать от абсолютного дефицита пищевых продуктов, что связано с низкой массой тела, задержкой роста и повышением в отдаленной перспективе риска развития хронических и инфекционных болезней. Альтернативная картина, которая является наиболее распространенной в рамках всего Европейского региона, – это нехватка пищевых продуктов с адекватными питательными характеристиками, т.е. потребление рационов питания, которые характеризуются не только слишком большой калорийностью (что ведет к ожирению), но и дефицитом питательных веществ, необходимых для поддержания здоровья и предупреждения

заболеваний. Недостаточность питания, т.е. истощение³ и задержка роста⁴, у детей раннего возраста имеет серьезные функциональные последствия для отдельных граждан, домашних хозяйств и народов (см. рамку ниже). Недоедание у детей тормозит их рост, повышает риск заболеваемости, воздействует на их интеллектуальное развитие и снижает (в будущем) успеваемость в школе и производительность труда. Ассоциации между недоеданием и смертностью, заболеваемостью, успеваемостью и производительностью труда хорошо документированы (30). Задержка роста в детстве имеет последствия и для взрослых, которые имеют рост меньше среднего (31), а также повышенный риск развития ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний.

Ущерб для общества, связанный с недостаточным питанием

На примере населения Узбекистана простой расчет может показать, что задержка роста может привести к огромным потерям для будущей производительности. Число детей дошкольного возраста (0–3 года) в этой республике равно 1 892 000, из которых 31% имеют задержку роста к возрасту трех лет. Из общего числа детей с этой проблемой у 14% она ярко выражена. В возрасте примерно 22 месяцев дети с выраженной степенью задержки роста примерно на 10 см ниже, чем нормальные дети, а дети с умеренной задержкой роста – на 7 см ниже, чем их нормальные сверстники. Задержка роста в детстве означает меньший рост во взрослом возрасте. Допуская средний рост населения в 1,60 м, можно подсчитать, что 7–10 см соответствует значению в 4,38–6,25% уменьшения в росте, обусловленного задержкой роста в детстве, что, согласно имеющимся оценкам, будет означать потерю производительности труда на 6,04% для лиц с умеренной степенью задержки роста и 8,6% для лиц с тяжелой степенью этой проблемы (32). С учетом фактического уровня ежегодной зарплаты, составляющей 870 долл. США, потери, связанные со сниженной производительностью будущей работы этих детей, составят около 33 млн. долл. США.

Источник: Всемирный банк (2).

16. В 1999 г. в Европейском регионе ВОЗ было зарегистрировано свыше 370 000 новых случаев туберкулеза (ТБ) – самое высокое значение этого показателя за последние два десятилетия (33). Большинство этих случаев имели место в странах Восточной Европы и ННГ, где заболеваемость ТБ резко повышается с начала 1990-х годов (34). Все страны с частотой ТБ свыше 70 случаев на 100 000 населения (14 стран) имеют ВВП на душу населения ниже 2700 долл. США, в то время как все страны с показателем регистрируемых случаев ТБ ниже 15 на 100 000 населения (9 стран) имеют ВВП на душу населения выше 24 000 долл. США. Только в 2 из 41 страны Региона, по которым имеются соответствующие данные (Испания и Португалия), наблюдается отхождение от этой тенденции, так как с учетом их уровня ВВП, заболеваемость ТБ в этих странах слишком высокая. Возможным объяснением этого факта может быть то, что эти две страны являются единственными странами Региона, в которых ВИЧ-инфекция начинает оказывать серьезное воздействие на характер эпидемии ТБ (рис. 3).

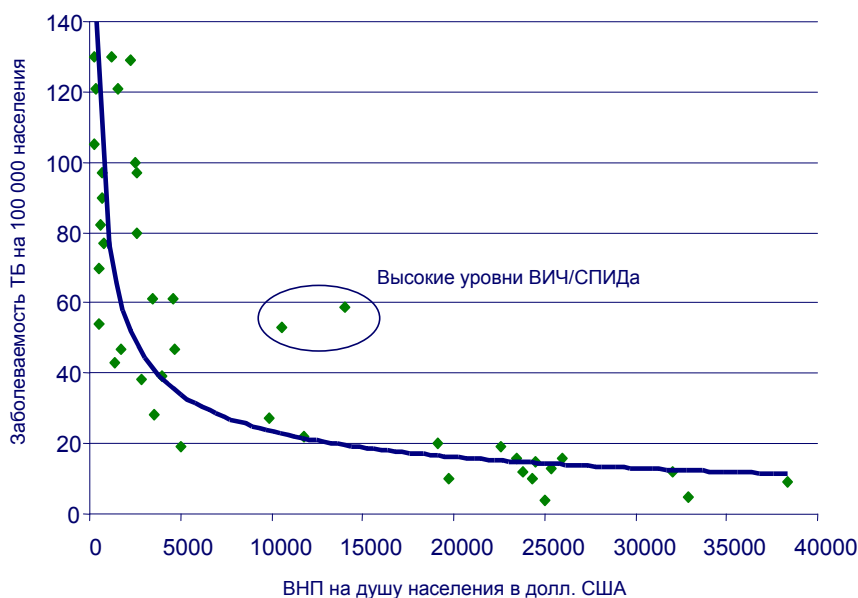
17. В странах Западной Европы показатели регистрации ТБ среди лиц, не имеющих гражданства в стране проживания, намного превышают соответствующие показатели среди местного населения (рис. 4). В 1998 г. 25% всех случаев ТБ в странах ЕС имели место среди лиц, не имеющих в них гражданства, в то время как соответствующие показатели для Центральной и Восточной Европы были 1%, а для новых независимых государств и стран Балтии – 4%. В 1999 г. случаи ТБ среди лиц, не имеющих гражданства в стране проживания, составили свыше 60% от всех случаев ТБ в некоторых странах ЕС. В Дании и Нидерландах показатели регистрации ТБ

³ Истощение: т.е. такое соотношение веса к росту, которое на более чем 2 стандартных отклонения меньше стандартного (*Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1995 г. (Серия технических докладов ВОЗ, № 854)).

⁴ Задержка развития: показатель роста для данного возраста, который на более чем 2 стандартных отклонения ниже стандартного (*Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1995 г. (Серия технических докладов ВОЗ, № 854)).

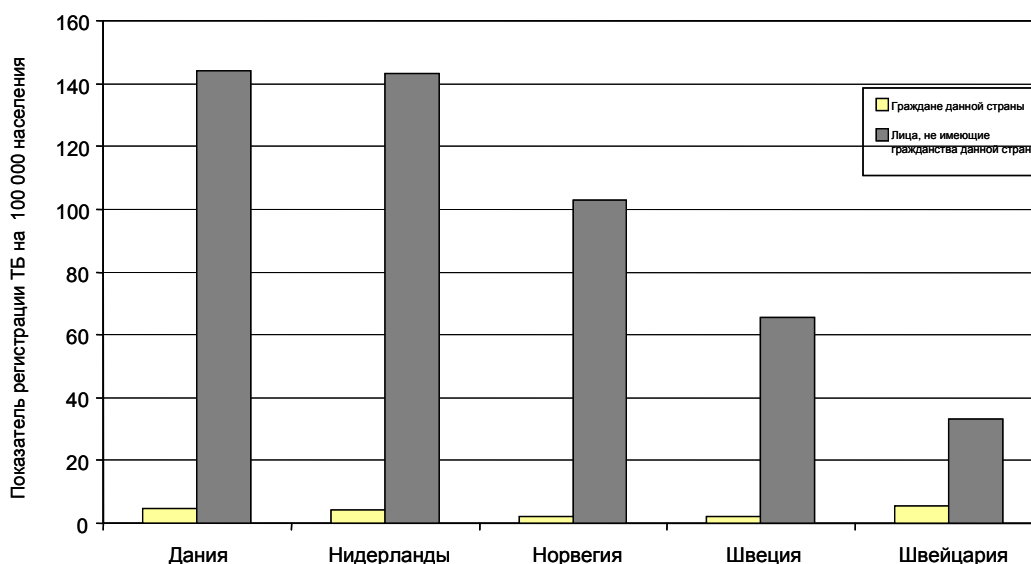
среди граждан Дании были 4,0 and 4,5 на 100 000 населения соответственно, в то время как соответствующие показатели для лиц, не являющихся гражданами этих стран, были 144,2 and 143,4 (отделение борьбы с туберкулезом, Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные).

Рисунок 3. Туберкулез и бедность, 1999 г.



Источник: Программа борьбы с туберкулезом, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Рисунок 4. Заболываемость ТБ и географическое происхождение, 1999 г.



Источник: Программа по борьбе с туберкулезом, Европейское региональное бюро ВОЗ.

18. Данные, накопленные в ННГ, показывают, что факторами риска развития ТБ являются безработица, неадекватное питание, алкоголизм, анамнез пребывания в ИТУ, бездомность. Среди 1715 больных ТБ, выявленных в Латвии в 2000 г., 36% были безработными, 8% относились к категории бывших заключенных, а 34% злоупотребляли алкоголем и/или наркотиками, 18% страдали от недостаточности питания (директор, национальная программа борьбы с туберкулезом,

личное сообщение). Аналогичные данные из Ивановской области Российской Федерации за 1990-е годы показывают, что 55% всех больных ТБ были безработными, 61% – алкоголиками и около 30% – бывшими заключенными (35).

19. На сегодняшний день самой быстро растущей угрозой развитию является ВИЧ/СПИД. ВИЧ-инфекция/СПИД отличаются от других эпидемий высокой скоростью распространения и широкими масштабами, наносимого ими ущерба. В странах Восточной Европы, которые до середины 1990-х годов, как казалось, избежали самых тяжелых последствий этой эпидемии, в настоящее время насчитывается, согласно имеющимся оценкам, 270 000 ВИЧ-инфицированных, и предполагается, что их число будет увеличиваться. На данный момент Украина остается наиболее пораженной в этом отношении страной, хотя следует отметить, что в Российской Федерации, Беларуси, Казахстане и Республике Молдова в последние несколько лет также было отмечено резкое увеличение числа ВИЧ-инфицированных.

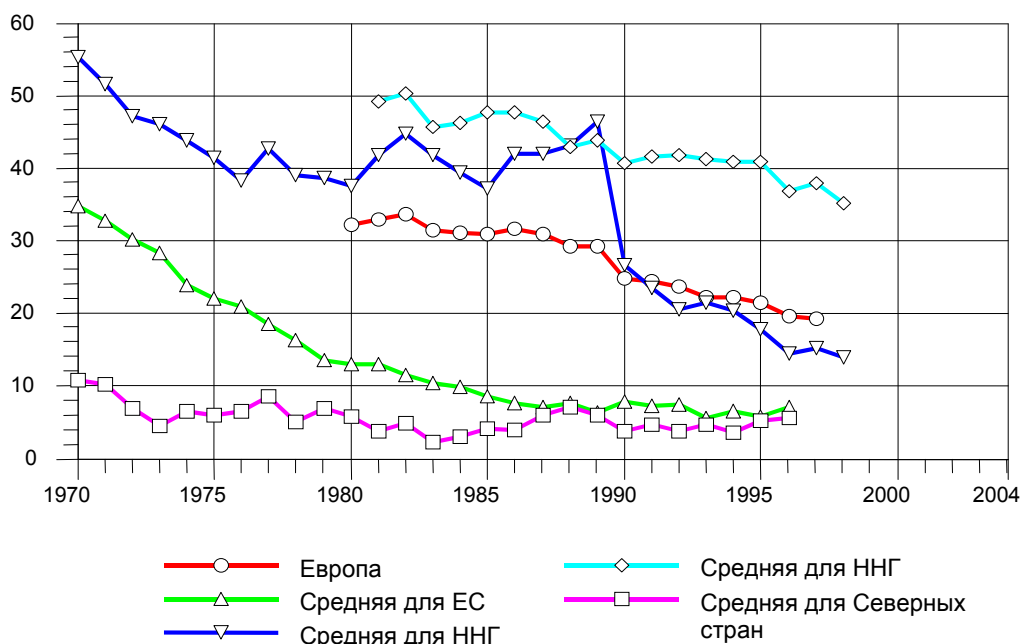
20. В этой связи ЮНЕЙДС (36) отмечает следующее: “можно ожидать, что бедность и неграмотность будут способствовать повышению вероятности заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ-инфекцию/СПИД, поскольку малоимущие – в сравнении с лицами, получающими более высокие доходы, – могут иметь меньше возможностей для приобретения презервативов или прохождения лечения от ИППП, а лица с низким уровнем образования могут иметь меньший доступ к информации об опасностях рискованного поведения или могут хуже понимать информационные сообщения профилактического характера”.

21. Передаче ВИЧ способствуют: экономическая нестабильность; эпидемии других инфекций; передаваемых половым путем (ИППП); бедность; ряд социальных факторов, например, определенные гендерные роли (37). Другими факторами, способствующими распространению ВИЧ-инфекции являются: экономические преобразования и спад экономики, рост безработицы и бедности, рост неформальной или теневой экономики, снижение уровня ассигнований на общественное здравоохранение, быстрое распространение практики потребления наркотиков путем инъекций, миграция населения (38). Кроме того, социальными факторами, способствующими возникновению и распространению эпидемий ИППП, являются: выраженная социальная поляризация, рост нищеты и снижение средств, направляемых на поддержание социальных инфраструктур, что влияет на стереотипы сексуального поведения, а также длительность состояния инфицированности (39). Взаимосвязь между бедностью и ВИЧ-инфекцией/СПИДом особенно наглядна в тех случаях, когда речь идет о таких уязвимых группах, как секс-работники и их клиенты, лица, потребляющие наркотики инъекционным путем, и молодежь.

22. Имеются четкие свидетельства того, что бедность влияет на репродуктивное здоровье, особенно здоровье женщин, хотя репродуктивное и сексуальное здоровье мужчин также подвергается негативному влиянию нищеты. Это характерно для всех стран Европейского региона, а не только стран, которые недавно пережили или все еще переживают период экономической трансформации: это утверждение также верно и для таких малоимущих групп населения, как социально обездоленные люди, мигранты или беженцы в богатых странах Западной Европы.

23. Между показателями материнской смертности и бедностью также наблюдается выраженная корреляция. Показатели материнской и младенческой смертности являются самыми высокими в наиболее беднейших странах Региона, особенно в ЦАР и странах Кавказа. Показатели материнской смертности в этих странах более чем в восемь раз превышают соответствующие показатели в других странах Региона (рис. 5) (26).

Рисунок 5. Материнская смертность от всех причин на 100 000 живорожденных



Источник: База данных ЗДВ, Европейское региональное бюро ВОЗ.

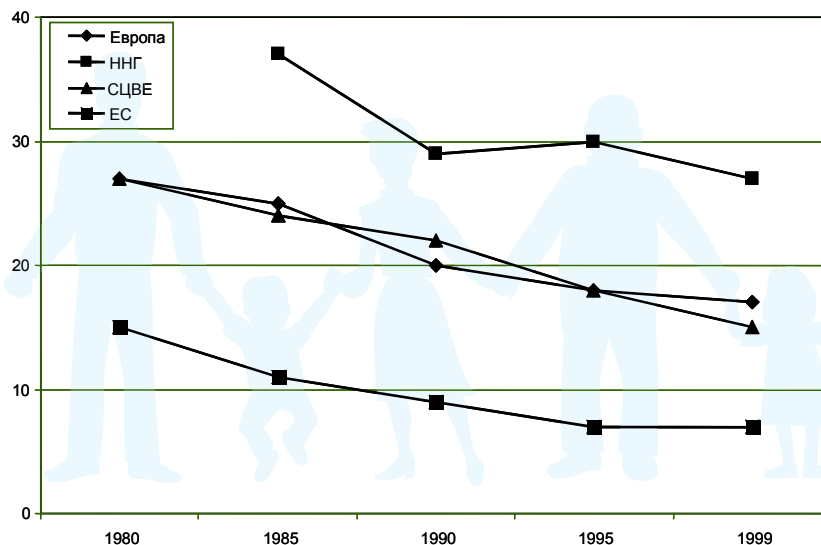
24. Помимо низкого среднего уровня доходов на душу населения еще одним фактором риска для репродуктивного здоровья является также неравенство в распределении богатства. В некоторых странах наблюдаются значительные различия в коэффициентах материнской смертности между различными географическими зонами. Так например, в некоторых ННГ удельный вес родоразрешений без адекватной медицинской помощи, имеющих место на дому, достигает 60–70% в отдаленных сельских районах, потому что эти семьи не имеют средств для транспортировки рожениц в роддом или родильное отделение или потому, что у них не хватает денег для оплаты родовспомогательной помощи в стационаре⁵.

25. Исследования, проведенные для Европейской комиссии, показали, что показатели материнской смертности и заболеваемости, а также показатели младенческой смертности, выше среди женщин - эмигранток, проживающих в странах Западной Европы, по сравнению с женщинами, принадлежащими к этническому большинству в этих же странах. Для них также характерны более высокие показатели аборт и более низкие уровни применения современных контрацептивных средств. Эти различия ассоциируются с меньшим объемом получаемой информации о соответствующих службах и правах женщин, например применительно к антенатальной медицинской помощи или доступу к контрацептивам. Данный факт хорошо задокументирован в Германии, Италии, Нидерландах, Швеции и других странах ЕС (40).

26. Дети из малоимущих семей подвергаются большему риску как наступления смерти к пяти годам, так и развития острых респираторных инфекций, диарейных заболеваний, врожденных пороков и хронических болезней. Состояние здоровья детей в разных частях Европейского региона ВОЗ является весьма различным: в некоторых странах показатели смертности среди детей в возрасте до пяти лет относятся к самым низким в мире, в то время как в других странах они все еще довольно высокие (рис. 6).

⁵ Неопубликованные доклады национальных консультантов и отчеты о миссиях сотрудников ВОЗ, ЮНФПА и ЮНИСЕФ в Таджикистан и Грузию.

Рисунок 6. Показатели смертности среди детей в возрасте до пяти лет, тенденции в Европейском регионе.



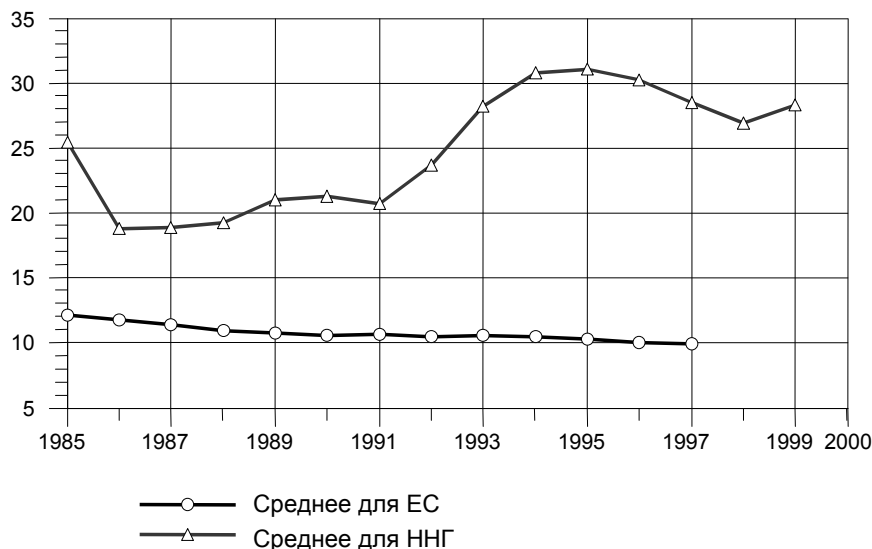
Источник: База данных ЗДВ, Европейское региональное бюро ВОЗ.

27. Значительно более высокие показатели смертности в ННГ (в сравнении с СЦВЕ и странами ЕС) обусловлены гораздо более высокими показателями смертности от инфекционных болезней, особенно в ЦАР. Кроме того, внутри стран также наблюдаются резкие различия. Так например, в ряде случаев различия в этих показателях между 20% беднейшего населения, с одной стороны, и 20% населения с самым высоким уровнем доходов могут быть свыше пяти раз (26).

28. Характер взаимозависимости между бедностью и психическим здоровьем является сложным, с точки зрения как ее направления, так и ее динамики. В то же время следует отметить, что обнищание и психические болезни формируют порочный круг. Основанные на обследованиях общин исследования распространенности депрессии показали, что риск развития депрессии более высок среди малоимущих, чем среди более богатых граждан. Следует также отметить, что и в глобальном масштабе в различных странах наблюдаются аналогичные коэффициенты относительного риска развития депрессии среди малоимущих и более обеспеченных слоев населения (41).

29. Применительно к Европейскому региону исследования, проведенные на уровне общин в развитых странах, показали, что малоимущие слои населения в большей степени подвержены развитию депрессии по сравнению с более обеспеченными группами. Так, в проведенных исследованиях были установлены следующие коэффициенты риска развития депрессии: 1,6 в Нидерландах (42) и в США (43) и 1,9 в Финляндии (44) и Германии (45). Эти данные убедительно развенчивают миф о том, что депрессия – это болезнь богатых и что эта проблема касается только людей из развитых и богатых стран. Этот факт подтверждают также данные о самоубийствах (один из самых достоверных показателей психического неблагополучия населения): база данных ЗДВ показывает резкое увеличение показателей смертности от этой причины в ННГ в 1990-х годах, в то время как в странах ЕС наблюдалась тенденция в их последовательному снижению (рис. 7).

Рисунок 7. Самоубийства и самонанесенные повреждения, стандартизированные коэффициенты смертности от этих причин на 100 000 населения в возрасте 0–64 года



Источник: База данных ЗДВ, Европейское региональное бюро ВОЗ.

30. На сегодняшний день в большинстве стран малоимущие курят больше, чем богатые. В целом эпидемия табакокурения распространяется из своего первоначального источника (мужчины в странах с высоким уровнем доходов), охватывая женщин в этих странах, а также мужчин в регионах с низкими уровнями доходов (46). В исторической перспективе число курящих возрастало с ростом доходов среди населения. Однако в последние три-четыре десятилетия эта тенденция по-видимому повернула вспять – по крайней мере среди мужчин, по которым имеется широкий массив данных. Богатые мужчины в странах с высоким уровнем доходов все чаще бросают курить в то время как менее обеспеченные мужчины не делают этого. Так например, в Норвегии среди мужчин с высоким уровнем доходов доля курящих снизилась с 75% в 1955 г. до 28% в 1990 г. В этот же период времени среди мужчин с низким уровнем доходов удельный вес курящих снизился гораздо менее выражено, а именно с 60% в 1955 г. до 48% в 1990 г. В большинстве богатых стран сегодня наблюдаются существенные различия в распространенности курения между различными социально-экономическими группами. Так например, в Великобритании в самой высокой социально-экономической группе курят только 10% женщин и 12% мужчин, в то время как в самой низкой социально-экономической группе соответствующие показатели равны 35% и 40%. Такая же обратная зависимость наблюдается и между уровнем образования (индикатором социально-экономического положения) и курением. В общем, люди, которые не имеют никакого или элементарное образование чаще являются курящими, чем более образованные люди. До последнего времени считалось, что в странах с низким и средним уровнями доходов такой закономерности не существует. Однако самые последние научные исследования продемонстрировали, что и в этих странах распространенность курения среди мужчин с низким социально-экономическим уровнем выше, чем у мужчин из более высоких социально-экономических групп. Результаты исследований, проведенных в Индии, Бразилии, Китае, Южной Африке, Вьетнаме и ряде стран Центральной Америки, подтверждают этот вывод.

31. Бедность и низкий социально-экономический статус имеют прямую корреляция не только с табакопотреблением, но и с его вредным воздействием на здоровье. Анализ данных из Канады, Польши, Великобритании и США показал, что именно курение является причиной в более чем половине случаев различий в показателях смертности взрослых мужчин с самым высоким и самым низким социально-экономическими статусом. В период с 1970 по 1992 гг. курение также было одним из сильных вспомогательных факторов, лежащих в основе расширения различий в уровне ожидаемой продолжительности жизни между группами мужчин, относящихся соответственно к богатым и малоимущим слоям населения.

32. Взаимозависимость между социально-экономическими условиями и потреблением алкоголя не является однозначной (47). Согласно результатам исследований, проведенных в ряде стран, потребление большого количества алкоголя в сжатые сроки, является более распространенным среди людей с низким образовательным статусом или получающих относительно низкую зарплату. Особенно выраженные различия наблюдаются применительно к показателям серьезных проблем, связанных с потреблением алкоголя, что может частично объясняться различиями в характере потребления алкоголя с должным конечно же учетом половозрастных вариаций. Имеются данные о том, что общий показатель смертности, связанной с алкоголем в 1988–1994 гг. в Англии, Уэльсе и Шотландии был в 10–20 раз выше у неквалифицированных рабочих мужского пола в возрасте 25–39 лет в сравнении с работниками категории специалистов, в то время как в возрасте 55–64 лет соответствующее различие составляло 2,5–4 раза (48). Эти различия были менее выраженными среди женщин, где были выявлены более высокие уровни смертности, связанной с потреблением алкоголя среди молодых неквалифицированных работниц физического труда и среди женщин - работников интеллектуального труда более старших возрастов. Исследование, проведенное в Швеции, показало, что общий показатель связанной с алкоголем смертности в Стокгольме был в 7–10 раз выше среди безработных и следовательно относительно бедных людей (49). Аналогичное положение дел было недавно продемонстрировано и в странах Восточной Европы. Основанный на интервью опрос, посвященный употреблению алкоголя, среди национальной выборки россиян показал, что показатель сильного злоупотребления спиртным среди мужчин среднего возраста в переходный экономический период был значительно выше среди лиц с низким уровнем образования (50).

33. В целом, большинство факторов риска, относящихся к образу жизни, по-видимому связаны с низким социально-экономическим статусом. Обследование свыше 15 000 взрослых в Великобритании выявило различия в распространенности факторов риска среди различных социальных классов, квалифицированных по критерию их профессиональной принадлежности. (табл. 3).

Таблица 3. Социальный класс и слабое здоровье.
Распространенность болезней и факторов риска среди взрослых

	Социальный класс		
	Высокий	Промежуточный, нефизического труда	Самый низкий
Мужчины			
Ишемическая болезнь сердца	5,1%	6,0%	6,4%
Инсульт	1,3%	1,7%	2,1%
Средние уровни артериального давления	136/76	138/76	139/77
Холестерин >6.5ммоль/л	26%	27%	26%
Гемоглобин <13 г/дц	3%	5%	5%
Ожирение (ИМТ>30)	9,9%	13,7%	14,0%
Гиподинамия	14%	15%	21%
Женщины			
Ишемическая болезнь сердца	1,8%	5,2%	7,2%
Инсульт	0,5%	2,3%	2,5%
Средние уровни артериального давления	130/72	136/73	141/75
Холестерин >6.5ммоль/л	26%	35%	36%
Гемоглобин <12 г/дц	9%	12%	13%
Ожирение (ИМТ>30)	11,8%	15,0%	22,6%
Гиподинамия	15%	17%	22%

Источник: Colhoun, H. & Prescott-Clarke, P. (51).

34. Во многих странах Западной Европы наблюдается четкая корреляция между частотой сердечно-сосудистых заболеваний и социально-экономическими факторами, включая уровень доходов домашнего хозяйства. В Восточной Европе характер этой зависимости усложняется наличием ряда других факторов. Так, различия в уровнях болезней сердца и смертности в России (52) и Литве (53) были объяснены как различиями в характере потребления алкоголя, так и влиянием ряда других факторов, относящихся к образу жизни.

35. У женщин была выявлена обратная зависимость между социально-экономическим статусом и ожирением. У мужчин зависимость между двумя этими параметрами, хотя она и была менее выраженной в проведенных ранее обзорах (54), сейчас по-видимому является такой же, как и у женщин. В охватившем все страны ЕС обследовании потребителей, в котором индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался на основе сообщаемых самими респондентами данных об их росте и весе, была выявлена четкая корреляция между уровнями ожирения и социальным классом, определяемым на основе таких различных параметров, как доходы домашнего хозяйства, профессиональный статус, образовательный уровень (табл. 4) (55). Этот обзор охватил свыше 15 000 человек в возрасте старше 15 лет в государствах - членах ЕС.

Таблица 4. Распространенность ожирения среди мужчин и женщин в разбивке по социальным классам и образовательному статусу, взрослое население ЕС

	Мужчины (%)	Женщины (%)
Экономический статус*		
Низкий	11,1	13,8
Средний низкий	8,9	12,6
Средний	8,0	8,0
Средний высокий	7,8	5,6
Уровень образования		
Начальное	12,1	15,9
Среднее	8,4	8,5
Высшее	5,9	4,4

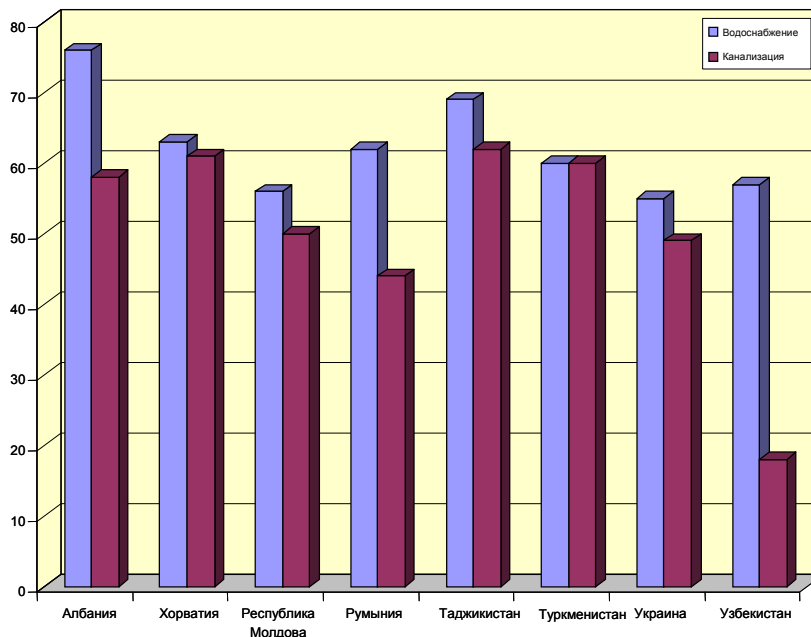
* Измеряемый по уровню доходов домашнего хозяйства или по профессиональной принадлежности.

Источник: Martinez et al. (55).

36. В проведенном в Швеции исследовании изучалась зависимость между ИМТ и возрастом и образовательным уровнем с уделением особого внимания влиянию таких факторов, как этническое происхождение (определяемое по стране рождения), физической активности и курению (56). Образовательный уровень и этническое происхождение были независимо связаны с ИМТ у мужчин и женщин. Такой же вывод был сделан и в отношении гиподинамии, скорректированной с учетом курения.

37. Малоимущие люди чаще живут в нездоровой окружающей среде, ни имея адекватного жилища, а также доступа к питьевой воде или адекватным санитарным установкам (57). Ограниченный доступ к улучшенным источникам водоснабжения продолжает оставаться значительной проблемой для Европы. Согласно оценкам, 12% населения Европейского региона ВОЗ, главным образом в его восточной части, не имеют доступа к безопасной питьевой воде, а еще большая доля населения не охвачена адекватными системами удаления сточных вод (58). В некоторых странах доступ к безопасной питьевой воде имеют менее 60% населения (рис. 8).

Рисунок 8. Доступ к улучшенным системам водоснабжения и канализации в отдельных европейских странах, 1996 г.



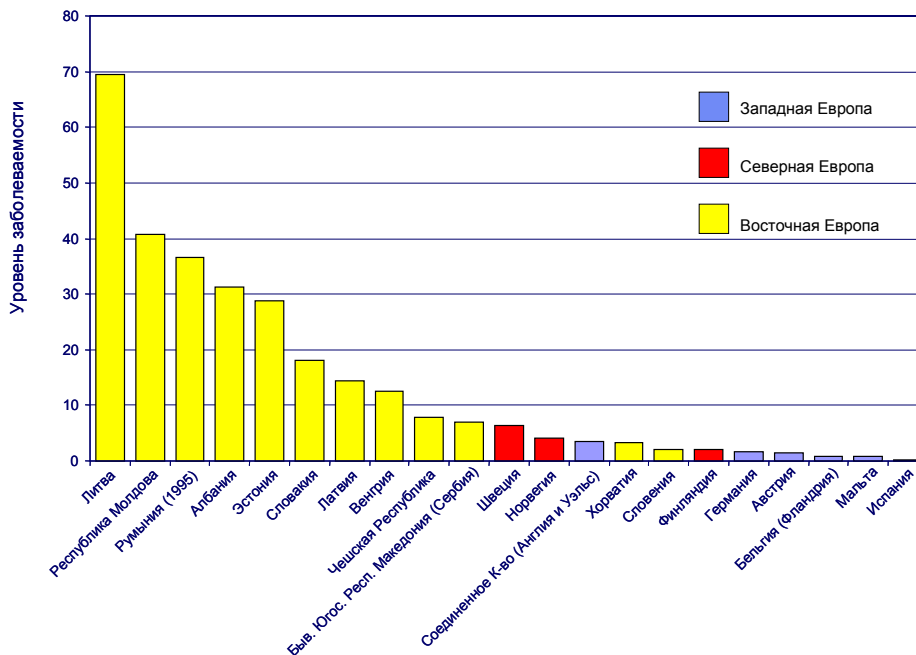
Источник: ПРООН (3).

38. Водопроводная вода в доме может быть не только потенциальным средством передачи инфекционных болезней, но и защитным барьером против инфекций, позволяя значительно улучшить личную и бытовую гигиену. Люди, не имеющие источников организованного водоснабжения, например сельские жители в Европе, подвергаются особенно высокому риску.

39. Различные виды диарейных заболеваний, включая болезни, связанные с холерой и брюшным тифом, а также гепатит А – это наиболее важные болезни, передаваемые в результате микробиологического загрязнения воды в Европейском регионе. Эти болезни в основном приводят к недомоганию и временной утрате трудоспособности, хотя вспышки таких болезней имеют также и экономические последствия. В Регионе наблюдаются значительные различия в частоте бактериальной дизентерии, при этом самые высокие уровни этого вида заболеваемости имеют место в странах Восточной Европы (рис. 9).

40. Загрязнение атмосферного воздуха – это существенная проблема в Европейском регионе, оказывающая вредное воздействие на большое число людей, особенно в бедных городских районах. Уровни экспозиции являются более высокими в странах Восточной Европы (59), что объясняется характеристиками применяемого там топлива, возрастом автомашин и растущей интенсивностью транспортных потоков. Согласно оценкам, от 102 000 до 368 000 европейцев в возрасте старше 35 лет каждый год умирают от болезней, связанных с высокими концентрациями твердых частиц в воздухе. Загрязнение воздуха – это также крупная проблема в городских районах Западной Европы, имеющая множество последствий для здоровья населения (60, 61). Однако описательный анализ показал широкую обратную зависимость между распределением людей, имеющих более одной автомашины в богатых кварталах на окраине Лондона и распределением эмиссий NO_x и CO, плотностью дорожного движения и смертностью от болезней дыхательных путей в самом городе (62).

Рисунок. 9. Заболеваемость бактериальной дизентерией на 100 000 населения, Европа, 1996 г.



Источник: Water and human health in Europe (Вода и здоровье человека в Европе). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (в печати).

41. Отравление свинцом продолжает оставаться наиболее важной предупреждаемой болезнью, связанной с токсическими веществами, присутствующими в окружающей и производственной среде (63). Риск экспозиции к свинцу сильно различается в зависимости от того, где человек живет. В городах такая экспозиция чаще всего наблюдается в бедных кварталах и связана главным образом с выхлопными газами автомобилей, но она также может быть связана и с такими производственными процессами, как добыча свинца, плавка, сжигание каменного угля. Еще одним источником экспозиции к свинцу могут быть краски на свинцовой основе и свинцовые водопроводные трубы. Свинец – особо опасный фактор для детей, так как он воздействует на их неврологическое и умственное развитие. Экспозиция к свинцу все еще продолжает оставаться обычным явлением в ряде европейских стран. Исследования, проведенные в странах, где поэтапно был введен запрет на использование бензина со свинцовыми присадками показали, что до 60% имевшихся уровней свинца в крови было связано с таким бензином. Несмотря на исключительную эффективность практики запрещения использования бензина со свинцовыми присадками, с точки зрения общественного здравоохранения к 1996 г. только в 14 странах был полностью завершен процесс постепенного отказа от использования этого вида бензина (64).

БЕДНОСТЬ И ВОЗ

42. ВОЗ уже давно осознала, что стратегии сокращения бедности имеют важнейшее значение для улучшения здоровья населения в самом широком смысле этого слова (65). В последние годы нищета была названа самым безжалостным убийцей и важнейшей причиной страданий на земле (66).

43. В нынешней корпоративной стратегии ВОЗ указывается, что одна из ключевых задач всей Организации – внести весомый вклад в снижение бедности посредством улучшения состояния здоровья населения. Приняв этот подход, ВОЗ помещает вопросы здравоохранения в контекст человеческого развития, вырабатывая консенсус по эффективной политике в области здравоохранения, улучшая на основе эффективных партнерств конечные результаты принимаемых мер с точки зрения здоровья, и создавая организационную культуру, которая стимулирует развитие новаторских подходов и чувства ответственности, а также стратегическое мышление и оперативные действия.

44. ВОЗ играет активную роль в широкомасштабной международной кампании по борьбе с бедностью, направленной на мобилизацию всех существующих партнеров на национальном и международном уровнях с целью поддержания экономического развития за счет улучшения доступа беднейших слоев населения нашей планеты к медицинскому обслуживанию. Эта кампания направлена прежде всего на борьбу с такими связанными с бедностью болезнями и состояниями, которые ассоциируются с высокими показателями смертности, например, туберкулезом, малярией, ВИЧ-инфекций/СПИДом, диарейными заболеваниями, острыми респираторными инфекциями, корью, осложнениями беременности.

Выводы

45. На международном уровне предлагается ряд действий, которые позволят активизировать усилия, направленные на уменьшение уровня нищеты во всем мире. Эти действия будут описаны в документах по стратегии сокращения бедности, которые разрабатываются в настоящее время совместными усилиями международных организаций и правительств многих стран.

46. В своей недавней публикации “Доклад о мировом развитии 2000/2001года” (2) Всемирный банк рекомендовал следующие инициативы для сокращения бедности:

- создание возможностей
- содействие их использованию
- обеспечение защищенности
 - сокращение уязвимости неимущих по отношению к болезням, экономическим кризисам, неурожаем, стихийным бедствиям и насилию;
 - оказание помощи неимущим в уменьшении и/или устранении последствий имевших место кризисов;
 - обеспечение создания эффективных сетей безопасности, позволяющих ослабить воздействие личных и национальных бедствий;
- усиление международных действий.

47. На 108-й сессии Исполнительного комитета в мае 2001 г. ВОЗ предложила “унифицированные рамки для действий”, которые позволят множеству различных сторон приступить к согласованной реализации тех предложений по улучшению медицинского обслуживания малоимущих, которые в настоящее время разрабатываются межправительственными организациями, учреждениями системы Организации Объединенных Наций, неправительственными организациями и группами частных лиц. Предложенные рамки включают следующие шесть компонентов:

- новые ресурсы;
- основные глобальные функции, включающие программы по научным исследованиям и разработкам в области лекарственных средств и вакцин, развитие партнерских связей с целью уменьшения цен на лекарства, эффективные системы закупок и справедливого распределения жизненно важных товаров;
- механизмы для передачи ресурсов;
- укрепление систем здравоохранения;
- мониторинг результатов;
- социальная мобилизация.

ВОЗ предпримет все усилия для того, чтобы обеспечить реализацию мероприятий, предусмотренных в рамках этого подхода. Она также примет все меры к тому, чтобы как все звенья ВОЗ, так и родственные ей организации хорошо понимали характер и преимущества нового подхода.

48. В рамках этого глобального контекста и в соответствии с общей корпоративной стратегией ВОЗ предлагается, чтобы Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ) приложило усилия для решения проблемы бедности и здоровья, используя следующие четыре подхода:

- повышение осознания в рамках всей Европы важнейшего значения здоровья в деле борьбы с бедностью;
- оказание помощи странам в сокращении бедности посредством улучшения доступа населения к службам здравоохранения (включая лечебно-профилактическую помощь и службу укрепления здоровья) и принятия энергичных мер по борьбе с наиболее важными болезнями, связанными с бедностью, и их детерминантами;
- улучшение базы информации и данных в поддержку разработки и мониторинга политики, уделяя при этом особое внимание наиболее уязвимым группам населения;
- усиление готовности международного сообщества вкладывать ресурсы в сокращение бедности и связанные с этим научные исследования.

49. ЕРБ ВОЗ разработает механизмы для сбора, анализа и распространения знаний об эффективных действиях, предпринимаемых государствами-членами с целью сокращения бедности. В частности для этой цели странам предлагается отобрать и направить в ЕРБ ВОЗ наиболее подходящие примеры успешной работы в данном направлении. Первый доклад, включающий анализ представленных данных, будет представлен на рассмотрение Регионального комитета на его пятьдесят первой сессии.

50. Помимо усиления своих существующих планов действий, ЕРБ ВОЗ инициирует новые мероприятия, направленные на решение проблемы бедности и здоровья, используя для этой цели ресурсы, появившиеся благодаря недавнему созданию в Венеции Европейского бюро ВОЗ по инвестированию в здоровье и развитие. Вышеуказанные действия будут проводиться в тесной координации и сотрудничестве со всеми другими программами ЕРБ ВОЗ, занимающимися аналогичными вопросами, и в рамках согласованной политики.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. SEN, A. *Development as freedom*. New York, Oxford University Press, 2000.
2. WORLD BANK. *World Development Report 2000/2001: attacking poverty*. New York, Oxford University Press, 2001.
3. UNDP. *Human Development Report 2000*. New York, Oxford University Press, 2000.
4. *La povertà in Italia nel 1999* [Poverty in Italy in 1999]. Rome, ISTAT, 2000 (Note Rapide, year 5, No. 5, 4 July 2000).
5. UNDP. *Human Development Report 1995*. New York, Oxford University Press, 1995.
6. FALKINGHAM, J. *Poverty, affordability and access to health care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).

7. CORNIA, A.G. The forgotten crisis: Transition, psychosocial stress and mortality over the 1990s in the former Soviet bloc. *In: Ziglio, E. et al., ed. Investing for health: Evidence on the social and economic determinants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
8. CORNIA, A.G. & PANICCIÀ, R. The demographic impact of sudden impoverishment: Eastern Europe during the 1989–94 transition. Florence, UNICEF ICDC, 1995 (*Innocenti Occasional Papers, Economic Policy Studies*, 49).
9. *Transition Report*. London, European Bank for Reconstruction and Development, 1998.
10. MILLS, M. *Tajikistan: A poverty note*. New York, World Bank, 1998.
11. *Eurostat Yearbook 2001*. Luxemburg, European Commission, 2001.
12. MARTIN, R. Regional dimensions of Europe's unemployment crises. *In: Lawless, P. et al., ed. Unemployment and social exclusion*. London, Regional Studies Association, 1998 (Regional Policy and Development, 13).
13. BRADBURY, B. ET AL. *Child poverty dynamics in seven nations*. Florence, UNICEF ICDC, 2000 (*Innocenti Working Papers*, 78).
14. FALKINGHAM, J. *From security to uncertainty: The impact of economic change on child welfare in central Asia*. Florence, UNICEF ICDC, 2000 (*Innocenti Working Papers*, 76).
15. BLANCHFLOWER, D.G. Youth labour markets in twenty-three countries: A comparison using microdata. *In: Stern, D. & Wagner, D.A., ed. International perspectives on the school-to-work transition*. Cresskill, NJ, Hampton Press, 1999.
16. *Young people in changing societies. The MONEE project CEE/CIS/Baltics*. Florence, UNICEF, 2000 (Regional Monitoring Report, No.7).
17. BLUM, R. *Healthy youth development as a strategy to improve health*. Geneva, World Health Organization, 1999.
18. *The State of the World's Cities Report 2001*. Nairobi, United Nations Centre for Human Settlements, 2001.
19. *Cities in a globalizing world: Global report on human settlements 2001*. Nairobi, United Nations Centre for Human Settlements, 2001.
20. WILKINSON, R. & MARMOT, M., ED. *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
21. GRENIER, P. *Still dying for a home: An update of Crisis' 1992 investigation into the links between homelessness, health and mortality*. London, Crisis, 1997.
22. CRAIG, T.K.J. *Off to a bad start*. London, Mental Health Foundation, 1996.
23. *ЗДОРОВЬЕ-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999 г. (Европейская серия "Здоровье для всех", № 6).
24. ACHESON, SIR DONALD. *Independent inquiry into inequalities in health*. London, Stationery Office, 1998.
25. WHITEHEAD, M. ET AL. *International evidence on social inequalities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (www.who.dk/Verona/Publications/Whitehead.htm, accessed 9 July 2001).
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health for All database*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.
27. LEON, D.A. ET AL. International perspectives on health inequalities and policy. *British medical journal*, **322**: 591–594 (2001).

28. BOBAK, M. ET AL. *Social determinants of health: Their relevance in the European context*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (www.who.dk/Verona/Publications/Bobak1.htm, accessed 9 July 2001).
29. MARMOT, M. & BOBAK, M. International comparators and poverty and health in Europe. *British medical journal*, **321**: 1124–1128 (2000).
30. MCGUIRE, J.S. *The nutrition pay-off paper*. Washington DC, World Bank, 1996.
31. RUEL, M.T. ET AL. Length screens better than weight in stunted populations. *Journal of nutrition*, **125**(5): 1222–1228 (1995).
32. HADDAD, L.J. & BOUIS, H.E. The impact of nutritional status on agricultural productivity: wage evidence from the Philippines. *Oxford bulletin of economic statistics*, **53**(1): 45–68 (1990).
33. *Global tuberculosis control. WHO report 2001*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/CDS/TB/2001.287).
34. Tuberculosis trends in central and eastern Europe and countries of the former USSR. *Weekly epidemiological record*, **70**: 21–28 (1995).
35. MIGLIORI, G.B. ET AL. Cost-effectiveness analysis of different policies of tuberculosis control in Ivanovo Oblast, Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, **76**: 475–483 (1998).
36. *AIDS, poverty and debt relief: A toolkit for mainstreaming HIV/AIDS into development instruments*. Geneva, UNAIDS, 2001.
37. RHODES, T. ET AL. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction*, **94**(9): 1323–1336 (1999).
38. KALICHMAN, S.C. ET AL. The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs. *International journal of STD and AIDS*, **11**(2): 71–75 (2000).
39. *Capacity-building in secondary prevention of sexually transmitted diseases in countries of eastern Europe and central Asia: report on a WHO meeting, Copenhagen, Denmark, 30 June–1 July 1997*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.
40. KAMPHAUSEN, W. *Health status of minority women living in Europe*. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, November 1999. Brussels, European Commission, 2000.
41. AWAS, M. ET AL. Major mental disorders in Buajira, Southern Ethiopia. *Acta psychiatrica scandinavica*, **100**: 56–64 (1999).
42. BIJL, R.V. ET AL. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, **33**: 587–595 (1998).
43. KESSLER, R.C. ET AL. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, **51**(1): 8–19 (1994).
44. LINDEMAN, S. ET AL. Twelve-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta psychiatrica scandinavica*, **102**: 178–184 (2000).
45. WITTCHEN, H.-U. ET AL. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, **28**: 109–126 (1998).
46. JHA, P. & CHALOUKKA, F.J. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington DC, World Bank, 1999.
47. MARMOT, M. Inequality, deprivation and alcohol use. *Addiction*, **92**(1): S13–S20 (1997).

48. HARRISON, L. & GARDINER, E. Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988–94. *Addiction*, **94**(12): 171–188 (1999).
49. ROMELSJÖ, A. & LUNDBERG, M. The changes in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in the whole of Sweden. *Addiction*, **91**: 1307–1323 (1996).
50. CARLSSON, P. & VÅGERÖ, D. The social pattern of heavy drinking in Russia during transition. *European journal of public health*, **8**: 280–285 (1998).
51. COLHOUN, H. & PRESCOTT-CLARKE, P. *Health survey for England 1994*. London, HMSO, 1996.
52. SHKOLNIKOV, V. ET AL. *What explains the improvement in life expectancy in Russia in the mid-1990s?* (Paper presented at the annual congress of the European Public Health Association, Paris, 14–16 December 2000).
53. CHENET, L. ET AL. *Daily variations in deaths in Lithuania: the contribution of binge drinking*. (Paper presented at the annual congress of the European Public Health Association, Paris, 14–16 December 2000).
54. SORBAL, J. & STUNKARD, A.J. Socio-economic status and obesity: a review of the literature. *Psychological bulletin*, **105**(2): 260–275 (1989).
55. MARTINEZ, J.A. ET AL. Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public health nutrition*, **2**(1a): 125–133 (1999).
56. SUNDQUIST, J. & JOHANSSON, S.E. The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study. *International journal of epidemiology*, **27**: 57–63 (1998).
57. WORLD RESOURCES INSTITUTE. *World resources 1998–99*. Oxford, Oxford University Press, 1998.
58. BERTOLLINI, R. ET AL. *Environment and Health 1: overview and main European issues*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 68).
59. *Overview of the environment and health in Europe in the 1990s*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document EUR/ICP/EHCO 02 02 05).
60. KUNZLI, N. ET AL. Public health impact of outdoor and traffic related air pollution: a European assessment. *Lancet*, **356**: 795–800 (2000).
61. *Public health impact of air pollution in eight Italian cities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (in press).
62. STEVENSON, S. ET AL. Examining the inequality and inequity of car ownership and the effects of pollution and health outcomes such as respiratory diseases. *Epidemiology*, **9**(4): S29 (1998).
63. SILBERGELD, E. & TONAT, K. Investing in prevention: Opportunities to prevent disease and reduce health care costs by identifying environmental and occupational causes of non-cancer disease. *Toxicology and industrial health*, **10**(6): 677 (1994).
64. ROBERTS, L., ED. *World Resources 1998–99*. Oxford, Oxford University Press, 1998 (jointly published by WRI, UNEP, UNDP, WB).
65. *Задачи по достижению здоровья для всех. Региональные задачи в поддержку региональное стратегии достижения здоровья для всех*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1985 г. (Европейская серия “Здоровье для всех”, № 1).
66. *The World Health Report 1995. Bridging the gaps*. Geneva, World Health Organization, 1995.