



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



## Здоровая и благополучная жизнь для всех:

Доклад о ситуации с  
обеспечением справедливости  
в отношении здоровья в  
Европейском регионе ВОЗ  
Резюме доклада







**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

# **Здоровая и благополучная ЖИЗНЬ для всех:**

Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в  
отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ

Резюме доклада

## Аннотация

Благодаря принятию Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и Целей в области устойчивого развития создана хорошая концептуальная основа для укрепления мер по улучшению здоровья и благополучия всех людей и обеспечению того, чтобы никто не остался без внимания.

Несмотря на общее улучшение состояния здоровья и благополучия населения в Европейском регионе ВОЗ, неравенство внутри стран сохраняется.

В настоящем докладе определены пять основных условий, необходимых для достижения и поддержания здоровья для всех: хорошее качество и доступность медицинских услуг; защищенность доходов и социальная защита; достойные условия жизни; социальный и человеческий капитал; достойные условия труда и занятости.

Для обеспечения всех пяти условий необходимы целенаправленные и активные меры политики.

В Докладе ОСОЗ также рассматриваются ключевые факторы обеспечения справедливости в отношении здоровья, а именно такие факторы создания более справедливых обществ как: согласованность политики, подотчетность, общественное участие, расширение прав и возможностей граждан и местных сообществ.

В Докладе приводятся фактические данные о глубинных причинах неравенств в отношении здоровья в каждом из 53 государств-членов региона, а также о решениях, позволяющих сократить эти неравенства.

## Ключевые слова

HEALTH INEQUITIES  
HEALTH MANAGEMENT AND PLANNING  
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH SOCIOECONOMIC FACTORS  
SUSTAINABLE DEVELOPMENT

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>).

## © Всемирная организация здравоохранения, 2019 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Редактор: Nicole Satterley

Оформление публикации: Marta Pasqualato

Отпечатано в Италии: AREAGRAPHICA SNC DI TREVISAN GIANCARLO & FIGLI - LITOSTAMPA VENETA

Переводчик: Александр Шелепин

# СОДЕРЖАНИЕ

---

Список иллюстраций .....	6
Список сокращений .....	7
Выражение благодарности.....	8
Предисловие .....	9
Резюме.....	10
Справедливость в отношении здоровья и благополучие населения.....	10
Инновационные подходы в рамках инициативы HESRi .....	11
Обеспечение справедливости в отношении здоровья: текущая ситуация и тенденции.....	13
Понимание причин разрывов в показателях здоровья: какие факторы лежат в основе неравенств в отношении здоровья в странах Европейского региона ВОЗ? .....	21
Обеспечение справедливости в отношении здоровья в короткие сроки вполне возможно – даже в рамках политических циклов .....	23
Пять основных условий для достижения и поддержания здоровья для всех – решения и прогрессивные стратегические подходы .....	25
Здоровье и Услуги здравоохранения.....	25
Здоровье и Защищенность доходов и социальная защита .....	27
Здоровье и Условия жизни.....	29
Здоровье и Социальный и человеческий капитал .....	32
Здоровье и Условия занятости и труда .....	34
Библиография .....	36

# Список иллюстраций

## Рисунки

Рис. 0.1. Объединение трех типов информации в Докладе ОСОЗ .....	11
Рис. 0.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по уровням образования, 2016 г. (или последний доступный год) .....	13
Рис. 0.3. Различия в показателях младенческой смертности на 1000 живорожденных между самыми неблагоприятными и самыми благополучными субнациональными регионами, 2016 г. (или последний доступный год динамика этих показателей показана за период с 2005 г.) .....	14
Рис. 0.4. Процентная доля взрослых, сообщающих о том, что они длительное время страдают от ограничений жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям доходов.....	17
Рис. 0.5. Процентная разница между людьми в возрасте 65 лет и старше, оценивающими свое здоровье как плохое или удовлетворительное, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом, 2017 г. (и тенденции в период с 2005 г.).....	18
Рис. 0.6. Процентная разница между взрослыми, сообщающими о плохом психическом здоровье по индексу благополучия ВОЗ-5, на 100 взрослых в квинтиле с самым низким доходом и квинтиле с самым высоким доходом (различные годы и тенденции) в разбивке по группам стран.....	20
Рис. 0.7. Средние значения внутристрановых неравенств в отношении НИЗ и факторов риска НИЗ (коэффициент разрыва между людьми с самым высоким и с самым низким количеством лет обучения).....	21
Рис. 0.8. Условия, необходимые для обеспечения справедливости в отношении здоровья, согласно докладу ОСОЗ .....	22
Рис. 0.9. Пять условий, играющих роль факторов неравенств по показателям самооценки физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью (страны ЕС) .....	22
Рис. 0.10. Потенциал восьми мер макроэкономической политики в плане сокращения за 2-4 года неравенств в распространенности ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди взрослого населения в 24 странах.....	24
Рис. 0.11. Услуги здравоохранения как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС) .....	25
Рис. 0.12. Неадекватные условия жизни как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС) .....	30
Рис. 0.13. Государственные расходы на душу населения на жилье и коммунальное обслуживание, 2017 г. (и тенденции изменения этого показателя в период с 2006 г.) .....	31
Рис. 0.14. Социальный и человеческий капитал как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС) .....	32
Рис. 0.15. Процентная доля взрослых, сообщивших о низком социальном капитале, измеряемом с помощью таких показателей, как чувство социальной изоляции, отсутствие доверия к людям, отсутствие системы оказания помощи и отсутствие чувства безопасности, данные за различные годы, в разбивке по уровням образования и группам стран .....	33
Рис. 0.16. Условия занятости и труда как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС) .....	34

## Таблицы

Таблица 0.1. Средние значения и диапазоны показателей ожидаемой продолжительности жизни и разрывов в ожидаемой продолжительности жизни в 19 странах Европейского региона ВОЗ, 2016 г. (или последний доступный год) .....	14
Таблица 0.2. Разрывы в количестве людей, сообщающих о плохом состоянии здоровья, между квинтилями с самым высоким и с самым низким доходом, на 100 человек).....	19

# Список сокращений

---

ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
ESS	Европейское социальное обследование
EQLS	Европейское обследование качества жизни
ЕС	Европейский союз
EU-SILC	Статистика Европейского союза о доходах и условиях жизни
GDL	Глобальная инициатива в области мониторинга и анализа данных
ВВП	валовой внутренний продукт
HBSC	Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»
HESRi	Инициатива по подготовке докладов о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья
ПРТ	политика на рынке труда
НИЗ	неинфекционные заболевания
ППС	паритет покупательной способности
ЦУР	Цели устойчивого развития
ТБ	туберкулез
ВОУЗ	всеобщий охват услугами здравоохранения
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
WVS	Всемирный обзор ценностей

# Выражение благодарности

---

Подготовка доклада ВОЗ о здоровой, благополучной жизни для всех (Европейский доклад о состоянии справедливости в отношении здоровья) осуществляется под руководством Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здравоохранение и развитие (Венеция, Италия). Chris Brown, руководитель этого офиса ВОЗ, отвечает за стратегическое развитие инициативы HESRI и координацию деятельности в рамках этой инициативы. Chris Brown выполняет свои функции под общим руководством д-ра Piroška Östlin, директора Отдела политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия. Работа по подготовке данного доклада частично финансировалась Фондом Роберта Вуда Джонсона (Robert Wood Johnson Foundation). Выраженные в докладе мнения не обязательно отражают мнения Фонда.

Обширный технический контент для доклада был предоставлен Chris Brown, Tammy Boyce и Lin Yang из Венецианского офиса ВОЗ и Ben Barr и Tanith Rose из Сотрудничающего центра ВОЗ по изучению политики воздействия на детерминанты справедливости в отношении здоровья в Ливерпульском университете, Англия.

Значительный вклад в подготовку документа был также внесен следующими членами рабочей группы научных экспертов: Isabel Yordi Aguirre, подразделение, занимающееся гендерными вопросами и правами человека в Европейском региональном бюро ВОЗ; Clare Vambra, Институт здравоохранения и общества, Ньюкаслский университет; Ben Barr, Институт наук о здоровье населения, Ливерпульский университет; Paula Braveman, Школа медицины, Калифорнийский университет, Сан-Франциско; Matthias Braubach (Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ); Giuseppe Costa (Департамент клинической науки и биологии, Туринский университет); Paula Franklin, консультант по исследованиям и политике, Бельгия; Peter Goldblatt, Институт справедливости в отношении здоровья, Университетский колледж Лондона; Scott Greer, Школа общественного здравоохранения, Мичиганский университет; Louise Haagh, факультет политики, Йоркский университет; Rachel Hammonds, юридический факультет, Антверпенский университет; Johanna Hanefeld, исследования по вопросам политики и систем здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины; Gorik Ooms, глобальное право и стратегическое руководство в области здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины;

Daniel La Parra, факультет социологии, Университет Аликанте; Enrique Gerardo Loyola Elizondo, консультант по исследованиям и политике; Julia Lynch, Ronald, Центр политических наук и экономики им. О. Perelman, Пенсильванский университет; Asa Nihlén, гендерные вопросы и права человека, Европейское региональное бюро ВОЗ; Jennie Popay, Департамент социологии и общественного здравоохранения, Ланкастерский университет; Aaron Reeves, Департамент социологии, Оксфордский университет; Barbara Rohregger, консультант по исследованиям и политике, Италия; Marc Suhrcke, Здоровье населения и системы здравоохранения, Люксембургский институт социально-экономических исследований; Denny Vågerö, Центр исследований по вопросам справедливости в отношении здоровья, Стокгольмский университет; Carmen Vives-Cases, Научно-исследовательский институт гендерных исследований, Университет Аликанте; Margaret Whitehead, Департамент общественного здравоохранения и политики, Ливерпульский университет.

В доклад также были включены материалы, предоставленные следующими лицами и учреждениями: Andrej Belák, Sara Barragan Montes, Jonny Currie, Séverine Deguen, Anna Giné March, Phil McHale, David Mosler, Jan Pelozza, Dwayne Proctor, Ritu Sadana, Matthew Saunders, Steven Senior, Shixin (Cindy) Shen, Johannes Siegrist, Pia Vracko, Национальный институт исследований в области здравоохранения – Партнерское сотрудничество при проведении прикладных исследований в области здравоохранения и медицинской помощи в регионе северо-западного побережья, Сотрудничающий центр ВОЗ по изучению мер политики для воздействия на детерминанты справедливости в отношении здоровья в Ливерпульском университете.

Полезный вклад в этот процесс был внесен многими сотрудниками Венецианского офиса и Европейского регионального бюро ВОЗ из всех отделов, а также сотрудниками различных страновых офисов. В их число входят: Emilia Aragon De Leon, Andrea Bertola, Antonella Biasiotto, João Breda, Maria Luisa Buzelli, Tatjana Buzeti, Snezhana Chichevalieva, Dan Chisholm, Tina Dannemann Purnat, Masoud Dara, Tamás Gyula Evetovits, Jill Farrington, Carina Ferreira-Borges, Manfred Huber, Gabrielle Jacob, Dorota Jarosinska, Monika Kosinska, Joana Madureira Lima, Lorenzo Lionello, Marco Martuzzi, Bettina Menne, Kristina Mauer-Stender, Lazar Nikolic, David Novillo Ortiz, Piroška Östlin, Ivo Rakovac, Oliver Schmoll, Sarah Thomson, Adam Tiliouine, Nicole Britt Valentine, Martin Weber, Hanna Yang и Francesco Zambon.

# Предисловие

---

В Европейском регионе ВОЗ уже в течение длительного времени поддерживаются и используются универсальные меры политики, механизмы социального обеспечения и правозащитные подходы к охране здоровья населения, а также уделяется приоритетное внимание обеспечению условий, необходимых для здоровой жизни. Вдохновленные поставленной в политике Здоровье 2020 целью сокращения неравенств в отношении здоровья, многие страны, регионы и местные сообщества приняли меры по сокращению разрывов в показателях здоровья.

Однако успехи в деле сокращения таких неравенств существенно различаются, а темпы улучшения ситуации ниже, чем ожидалось. Кроме того, появляются новые группы населения, которые имеют непропорционально высокий риск ухудшения здоровья и преждевременной заболеваемости. В результате многие люди по-прежнему отстают от других членов общества по показателям здоровья и благополучия, что ограничивает их возможности жить полной и благополучной жизнью.

Поляризирующие последствия значительных разрывов в показателях здоровья и благополучия во всех странах Европейского региона ВОЗ ставят под угрозу такие европейские ценности, как солидарность и стабильность, являющиеся ключевыми условиями благополучия и мира. Нам необходимо лучше понять, какие факторы со временем приводят к разрывам в показателях здоровья, а также более четко обозначить меры политики и подходы, которые будут наиболее эффективными в плане обеспечения справедливости в отношении здоровья. Такие знания имеют решающее значение для наращивания политической поддержки действий, для акцентирования внимания правительств на поиске эффективных путей достижения этой цели и для обеспечения честного и инклюзивного диалога с общественностью о том, почему сокращение неравенств в отношении здоровья имеет важнейшее значение для здоровья и благополучия всех граждан Европы в XXI веке.

Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья (ОСОЗ) был подготовлен с учетом этих целей. В нем были использованы инновационные методы анализа взаимосвязей между состоянием здоровья и наличием условий, которые необходимы для того, чтобы каждый ребенок и взрослый мог вести здоровую жизнь. Авторы Доклада ОСОЗ выходят за рамки описания проблемы и показывают, как различные меры политики и инвестиционные решения оказывают определенное влияние (положительное

или отрицательное) на достижение справедливости в отношении здоровья и благополучия на протяжении всей жизни людей. Никогда прежде мы не имели столь четкого представления о факторах, обуславливающих и усугубляющих неравенства в отношении здоровья в наших обществах, или о стратегических подходах и решениях, которые могут привести к позитивным изменениям.

Всеобъемлющий комплекс мероприятий, осуществляемых в рамках основных направлений государственной политики, имеет самые высокие шансы на успех в деле сокращения неравенств в отношении здоровья между социальными группами и между девочками и мальчиками, а также женщинами и мужчинами во всех наших странах. Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья показывает, что этот подход может создать условия для сокращения неравенств в отношении здоровья в период от 2 до 4 лет, то есть в течение обычного срока полномочий правительства на национальном или местном уровне. Существует также огромное количество эмпирических данных, свидетельствующих о том, что комплексные меры по повышению справедливости в отношении здоровья также способствуют инклюзивному развитию. Это означает, что наши усилия по повышению справедливости в отношении здоровья являются инвестициями в благополучие и развитие всего общества, что способствует реализации к 2030 году целей Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития.

Для достижения реального прогресса необходимо привлечь новых партнеров и устранить ключевые препятствия на его пути. Наши самые важные партнеры – это дети, молодые люди, женщины и мужчины, которые не имеют возможности вести благополучную и здоровую жизнь. Мы должны способствовать повышению их прав и возможностей, их жизненного опыта, их устремлений, настойчивости и стойкости, без которых нельзя обеспечить справедливый прогресс в области здравоохранения и устойчивого развития.

Европейский доклад ВОЗ о здоровой и благополучной жизни для всех является прежде всего ценным инструментом для проведения дискуссий, стимулирования действий и укрепления альянсов в интересах обеспечения справедливости в отношении здоровья как внутри стран Европейского региона ВОЗ, так и между ними.

**Д-р Zsuzsanna Jakab**

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

## Резюме

---

- Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья (Доклад ОСОЗ) представляет собой всеобъемлющий обзор всех аспектов и тенденций, характеризующих неравенства в отношении здоровья, и основных условий, необходимых для того, чтобы все люди, проживающие в Европейском регионе ВОЗ, могли жить здоровой жизнью.
- Улучшение здоровья и благополучия всех граждан, сокращение неравенств в отношении здоровья и обеспечение того, чтобы никто не оставался без внимания, принесет более широкие экономические, социальные и экологические выгоды государствам-членам.
- Цель настоящего доклада состоит в том, чтобы изменить распространенное мнение о том, что проблема неравенств в отношении здоровья является

слишком сложной и что мы не знаем, какие меры могут быть приняты для ее решения и какие стратегии и подходы будут эффективными.

- В Докладе ОСОЗ отражен прогресс, достигнутый в осуществлении ряда мер политики, позволяющих значимо снизить такие неравенства, и показана связь между уровнями инвестиций, охватом и осуществлением этих мер, а также разрывами в основных условиях, необходимых для здоровой и благополучной жизни.
- Доклад является частью инициативы HESRi, цель которой заключается в предоставлении государствам-членам новых данных и инструментов, способствующих ускорению прогресса в сокращении неравенств в отношении здоровья.

## Справедливость в отношении здоровья и благополучие населения

**Анализ данных, осуществленный в процессе подготовки Доклада, позволил получить новые доказательства того, что показатели здоровья и благополучия населения тесно связаны и что имеется настоятельная необходимость в обеспечении того, чтобы социальные ценности солидарности, справедливости и уважения прав человека нашли адекватное отражение в бюджетной политике и политике развития всех стран.**

- Во многих местных сообществах результатом деиндустриализации и глобализации стало не улучшение жизни всех слоев населения, а высокий уровень безработицы, рост неравенств и неблагоприятное положение с показателями здоровья населения. Такие явления наблюдаются на всех этапах жизненного пути людей.

**Меры по сокращению неравенств в отношении здоровья можно охарактеризовать как ключевые инвестиции в достижение инклюзивного роста и наоборот**

- Сокращение неравенств по показателям ожидаемой продолжительности жизни между социальными группами на 50% даст странам возможность увеличить объем валового внутреннего продукта (ВВП) на 0,3%-4,3%. Меры по устранению барьеров, обусловленных

низким уровнем здоровья и благополучия, полезны для отдельных людей, для населения в целом и для национальной экономики.

**Сектор здравоохранения играет ключевую роль в обеспечении социальной справедливости, благополучия и инклюзивной экономики, однако многие другие сектора, например, в сфере финансов, жилья, трудовой занятости и образования, также могут внести значительный вклад в достижение этой цели**

- Если системы здравоохранения принимают полноценное участие в разработке и мониторинге планов экономического развития, это может привести к созданию благотворных кругов инклюзивного роста и обеспечения справедливости. Ответственные и продуманные программы и действия системы здравоохранения в области занятости населения и приобретения товаров и услуг способствуют созданию хороших рабочих мест и новых возможностей трудоустройства, а также повышению защищенности доходов, обеспечению гендерного равенства и увеличению человеческого капитала на местном и национальном уровнях.

**Общественность широко поддерживает идею создания более равноправного общества и**

### инвестирования средств в создание необходимых условий, позволяющих всем людям вести здоровую и благополучную жизнь.

- В Европейском регионе ВОЗ большинство граждан хотят жить в более справедливом обществе. Они считают, что различия в доходах населения в их странах слишком велики и что усилия по сокращению неравенств в доходах должны быть одним из приоритетов национальных правительств.

- Люди, нужды которых остаются без внимания, чувствуют именно это: что никто не уделяет им внимания. Такие факторы, как отсутствие равных возможностей, стигматизация и хроническая незащищенность (социальная, финансовая и/или культурная), способствуют усилению чувства стресса и тревоги и снижению чувства доверия и принадлежности к обществу. Это оказывает негативное влияние на все общество.

## Инновационные подходы в рамках инициативы HESRi

- Выводы Доклада ОСОЗ основаны на результатах анализа нового набора данных. Этот набор объединяет три типа данных (рис 0.1) и в нем используются инновационные аналитические методологии для улучшения понимания положения дел со справедливостью в отношении здоровья, комплекса факторов, лежащих в основе справедливости (или, напротив, несправедливости) в отношении здоровья, и того, как меры политики связаны с темпами прогресса в деле сокращения разрывов в состоянии здоровья и благополучия в странах Европейского региона ВОЗ (Приложение 1).
- Данные и результаты анализа, приведенные в Докладе, приносят следующую пользу.
  1. Данные по конкретным странам помогают правительствам государств-членов совершенствовать процесс принятия решений, подбирая наиболее эффективные виды деятельности и наилучшие пути инвестирования для обеспечения справедливости в отношении здоровья.
  2. Результаты анализа помогают министерствам здравоохранения продемонстрировать, каким образом решения, принимаемые в других секторах, становятся причиной неравенств в отношении здоровья и благополучия и взаимодействуют с ними.
  3. Имеющиеся данные и выводы помогают правительствам и органам здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях повышать согласованность мер политики, что способствует повышению справедливости в отношении здоровья и выравниванию жизненных шансов.

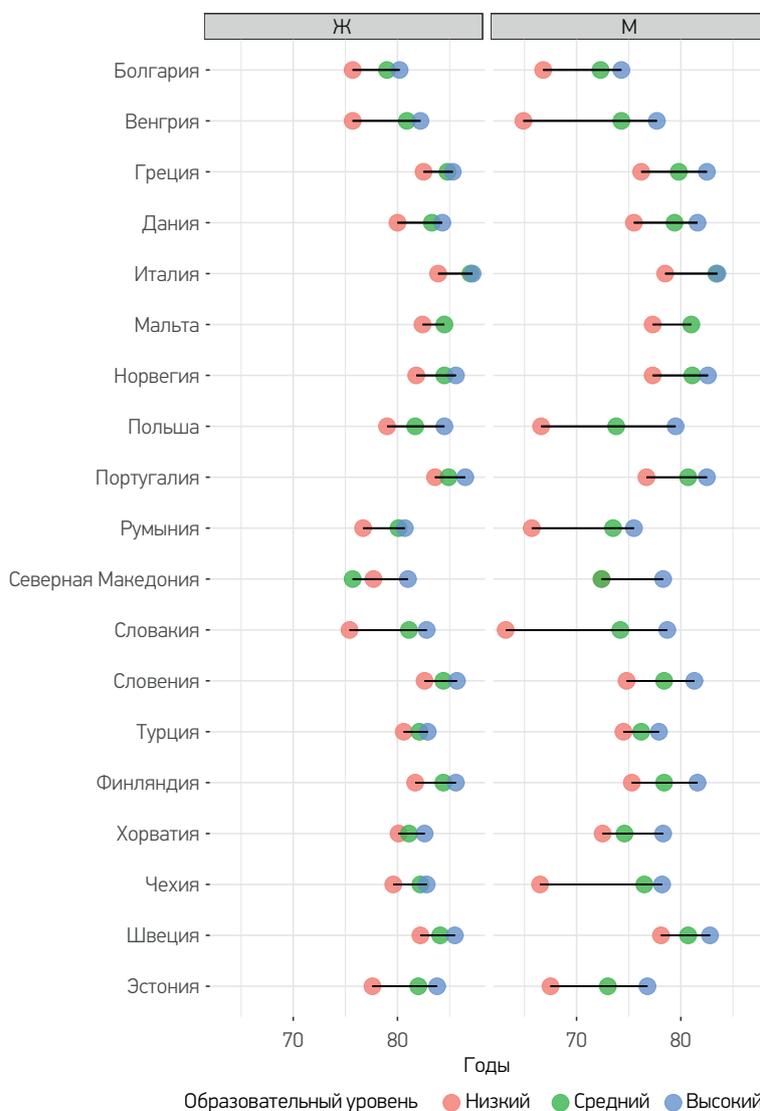
Рис. 0.1. Объединение трех типов информации в Докладе ОСОЗ



- При подготовке Доклада был использован широкий спектр методов анализа и визуализации данных, чтобы наглядно продемонстрировать нынешнюю ситуацию с неравенствами в отношении здоровья в странах Региона. В нем также показано, имело ли место в 10-15-летний период значительное сокращение или увеличение таких неравенств (данные анализа тенденций) (Приложение 1).
- **Градиентные диаграммы**, которые используются для отображения социально-экономического градиента определенного показателя (например, ожидаемой продолжительности жизни), основаны на анализе того, как значения изучаемого показателя варьируются между подгруппами населения. По признаку социально-экономического статуса, например, по количеству лет обучения (рис.0.2) или уровню дохода или благосостояния, число выделенных подгрупп населения составляет три или пять. Для людей, принадлежащих к каждой подгруппе, средний уровень показателя рассчитывается и представляется на графике цветной точкой.
- **Диаграммы разрыва** используются для отображения разницы (или разрыва) в средних уровнях показателя в самой благополучной подгруппе населения по сравнению с самой неблагополучной подгруппой. Так, например, на диаграммах показана разница между квинтилями населения с самым высоким и самым низким уровнем дохода или между квинтилями с самым высоким уровнем образования (высшее образование) и с самым низким уровнем образования (незаконченное среднее образование). Сигналы светофора на этих рисунках также показывают сокращение, увеличение или неизменность значений разрыва в показателях для каждой страны в течение указанного периода времени (например, см. рис. 0.3).
- **Сводные круговые диаграммы** используются для суммирования неравенств по нескольким показателям в странах Европейского региона ВОЗ, что позволяет определить средние значения неравенств, существующих в этих странах. На диаграммах разрыва показаны **различия** в уровнях показателей между подгруппами, а на сводных круговых диаграммах показано **соотношение** уровней показателей между подгруппами, что облегчает сравнение различных показателей.
- **Декомпозиционные диаграммы** используются для того, чтобы показать, как несоответствие каждому из пяти основных условий в совокупности способствует появлению и сохранению разрыва в значениях конкретного показателя здоровья, например, такого, как уровень психического здоровья или распространенность заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность. Декомпозиционные диаграммы позволяют руководящим органам страны более четко видеть относительный удельный вес каждого условия с точки зрения его влияния на положение дел с несправедливостью/справедливостью в отношении конкретного показателя здоровья (Приложение 2).

## Обеспечение справедливости в отношении здоровья: текущая ситуация и тенденции

Рис. 0.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по уровням образования, 2016 г. (или последний доступный год)



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины. Данные по Мальте за 2011 год. Данные о показателях высшего образования среди жителей Мальты отсутствуют.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата.

### Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Регионе увеличивается, но в каждой стране сохраняются неравенства в отношении здоровья между взрослыми людьми из различных социальных групп

- В период с 2010 до 2015 год средняя ожидаемая продолжительность жизни в Европейском регионе ВОЗ увеличилась с 76,7 до 77,8 года. Однако этот средний показатель не позволяет увидеть внутристрановые различия. По 19 странам такие различия показаны

на рис. 0.2 (данные дезагрегированы по уровню образования).

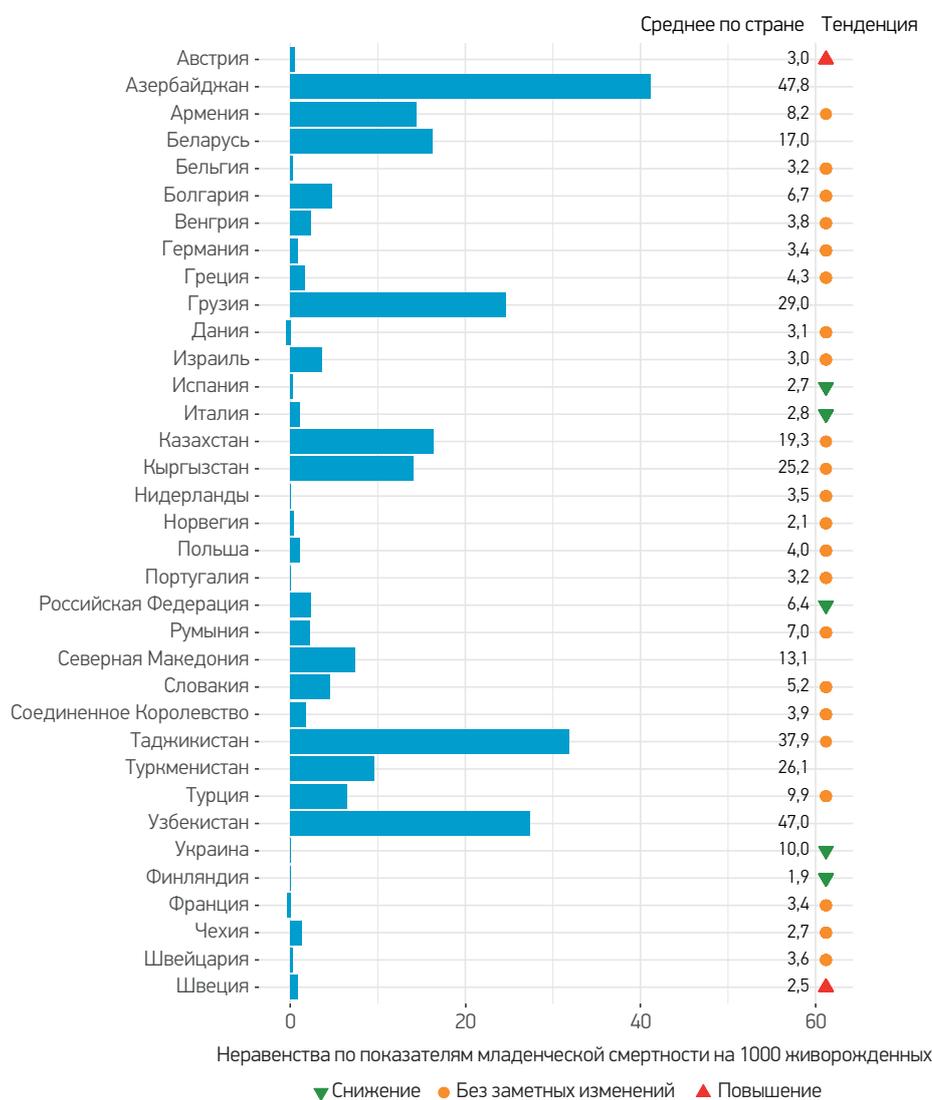
- В таблице 0.1 обобщены данные, представленные на рис. 0.2, где показана величина различий между показателями ожидаемой продолжительности жизни в разбивке по уровням образования между мужчинами и женщинами в этих 19 странах.

Таблица 0.1. Средние значения и диапазоны показателей ожидаемой продолжительности жизни и разрывов в ожидаемой продолжительности жизни в 19 странах Европейского региона ВОЗ, 2016 г. (или последний доступный год)

	Ожидаемая продолжительность жизни (в годах)		Разрывы в показателях ожидаемой продолжительности жизни (в годах)	
	Среднее значение	Диапазон значений	Среднее значение	Диапазон значений
<b>Женщины</b>	82,0	78,1–86,0	3,9	2,3–7,4
<b>Мужчины</b>	76,2	71,1–81,8	7,6	3,4–15,5

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата.

Рис. 0.3. Различия в показателях младенческой смертности на 1000 живорожденных между самыми неблагополучными и самыми благополучными субнациональными регионами, 2016 г. (или последний доступный год динамика этих показателей показана за период с 2005 г.)



Примечания. Самым последним годом, по которому имелись данные по большинству стран, был 2016, со следующими исключениями: Азербайджан 2006; Беларусь 2005; Грузия 2005; Казахстан 2015; Кыргызстан 2014; Северная Македония 2005; Российская Федерация 2015; Таджикистан 2015; Украина 2012; Узбекистан 2006.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата, Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Глобальной инициативы в области мониторинга и анализа данных (GDL).

- В этих 19 странах показатели средней ожидаемой продолжительности жизни мужчин ниже, чем у женщин, а разрыв в показателях ожидаемой продолжительности жизни у мужчин из различных социальных групп более выражен, чем у женщин.
- Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между женщинами с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения остался прежним или увеличился во всех 19 странах в период с 2013 по 2016 год. Что касается мужчин, то величина этого разрыва осталась прежней почти во всех странах.

**В одной и той же стране между мужчинами из различных социальных групп и женщинами из различных социальных групп наблюдаются большие разрывы в показателях ожидаемой продолжительности жизни** (рис. 0.2)

- У женщин с меньшим количеством лет обучения ожидаемая продолжительность жизни на 2,3-7,4 года меньше, чем у женщин с большим количеством лет обучения.
- У мужчин с меньшим количеством лет обучения ожидаемая продолжительность жизни на 3,4-15,5 лет меньше, чем у мужчин с большим количеством лет обучения.
- В четырех странах разрыв в показателях ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами с неполным средним образованием и мужчинами с высшим образованием составляет более 10 лет.

**На национальном уровне географическое расположение места рождения и проживания людей может повлиять на их шансы на здоровую и благополучную жизнь даже в раннем детстве**

- Внутри стран Европейского региона ВОЗ наблюдаются большие различия в степени географических неравенств по показателям младенческой смертности.
- На основе данных о младенческой смертности по 35 странам на рис. 0.3 показано, что в наиболее неблагополучных регионах страны среди каждых 1000 живорожденных число детей, не доживающих до первого года жизни, на 41 ребенка больше, чем среди детей, родившихся в наиболее благополучных регионах.
- Эти неравенства коррелируют с абсолютными показателями младенческой смертности в Регионе: средние показатели младенческой смертности в странах Европейского региона ВОЗ варьируются от 1,9 до 47,8 смертей на 1000 живорожденных.

- При сопоставлении стран с аналогичными экономическими и культурными характеристиками между географическими регионами внутри стран наблюдаются заметные различия в уровнях младенческой смертности. Это свидетельствует о том, что неравенства по показателям младенческой смертности являются предотвратимыми.

**Во многих странах разрывы в показателях младенческой смертности остаются такими же, как и в конце 2000-х годов**

- В 23 из 35 стран Европейского региона ВОЗ в период с 2005 по 2016 гг. эти разрывы в показателях младенческой смертности между самыми неблагополучными и самыми благополучными географическими регионами либо остались без изменений, либо даже увеличились (рис. 0.3).

**Из-за неравенств по показателям хронических болезней жизнедеятельность многих взрослых людей ограничена, что не позволяет им вести достойную жизнь**

- Неравенства по такому показателю, как ограничения жизнедеятельности, обусловленные заболеваниями, влияют не только на возможность людей вести высококачественную домашнюю и семейную жизнь, но и на общую производительность труда в стране и, следовательно, на ее экономические показатели.
- Неравенства по показателям ограничения жизнедеятельности, обусловленные заболеваниями, наблюдаются во всех странах Европейского региона ВОЗ. В 38 странах, показанных на рис. 0.4, процентное распределение женщин и мужчин, сообщивших об ограничениях жизнедеятельности из-за плохого состояния здоровья, соответствует выраженному социальному градиенту по квинтилям дохода.
- Данные по этим 38 странам показывают, что среди каждых 100 женщин в квинтиле с самым низким доходом число женщин, сообщающих об ограничениях в повседневной жизни из-за плохого состояния здоровья, на 4-20% превышает число таких женщин в квинтиле с самым высоким доходом.
- В этих же странах различие в данном показателе между мужчинами в квинтиле с самым низким доходом и мужчинами в квинтиле с самым высоким доходом составляет 4-22%.
- В период с 2005 по 2016 год среди женщин разрывы в показателях ограничения жизнедеятельности, обусловленные заболеваниями, либо остались без изменений, либо увеличились в 32 из 38 стран,

показанных на рис. 0.4, а среди мужчин аналогичная картина наблюдалась в 31 из 38 стран.

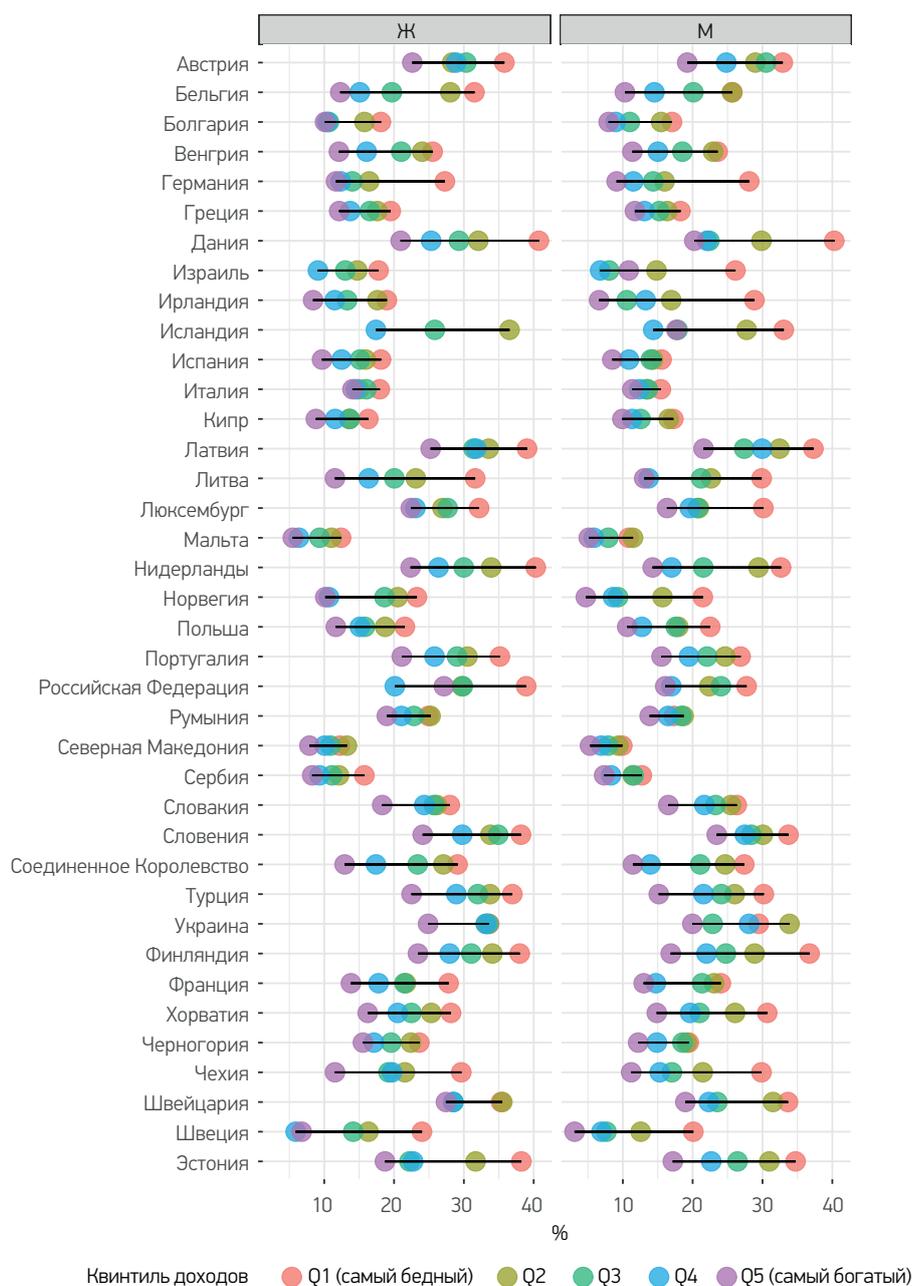
**Разрывы в показателях самооценки здоровья и благополучия являются ранними предупреждающими признаками неравного риска утраты здоровья**

- Разрывы в показателях самооценки здоровья и благополучия наблюдаются на всех этапах жизненного цикла. Более того, наблюдается тенденция к увеличению этих разрывов между социальными группами внутри одних и тех же стран.
- Показатели самооценки здоровья и благополучия все чаще расцениваются как ранние признаки риска смертности и заболеваемости и широко рассматриваются как надежные объективные показатели состояния здоровья человека.
- Процентное распределение детей, взрослых трудоспособного возраста и взрослых в возрасте 65 лет и старше, сообщающих о плохом состоянии здоровья, в разбивке по доходам домашних хозяйств или уровню благосостояния, свидетельствует о том, что социально-экономический градиент показателей

здоровья расширяется на протяжении прогрессивных этапов жизненного цикла.

- Данные по 38 странам показывают, что среди каждых 100 девочек в квинтиле с самым низким доходом число девочек, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, на 6% превышает соответствующий показатель среди девочек в квинтиле с самым высоким доходом. Что касается мальчиков, то среди каждых 100 мальчиков в квинтиле с самым низким доходом число мальчиков, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, на 5% превышает аналогичный показатель среди мальчиков в квинтиле с самым высоким доходом.
- Среди взрослых трудоспособного возраста этот разрыв увеличивается. В среднем среди женщин и мужчин в квинтиле с самым низким доходом число людей, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, превышает аналогичный показатель среди женщин и мужчин в квинтиле с самым высоким доходом соответственно на 19% и на 17%.

Рис. 0.4. Процентная доля взрослых, сообщающих о том, что они длительное время страдают от ограничений жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям доходов



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины. Данные отсутствуют вследствие слишком малого размера выборки женщин в Исландии (Q1 и Q5) и в Израиле (Q5).

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования Европейского союза «Статистика доходов и условий жизни» (EU-SILC) и Европейского социального обследования (ESS) за период 2012-2017 гг.

### Без эффективных целенаправленных мер такие разрывы в показателях здоровья сохраняются и увеличиваются на более поздних этапах жизни

- Из-за тенденции к постарению населения Европейского региона ВОЗ разрывы в показателях здоровья вызывают все большую обеспокоенность. В группе населения в возрасте 65 лет и старше вышеупомянутые различия увеличиваются. В среднем среди женщин и мужчин в беднейшем квинтиле число

людей, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, превышает аналогичный показатель среди женщин и мужчин в богатейшем квинтиле соответственно на 22% и на 21% (рис. 0.5).

- Хотя люди, к которым относятся эти данные на разных этапах жизни, не являются одними и теми же на конкретный момент времени, можно сделать вывод о том, что в процессе жизненного цикла неравенства увеличиваются.

- Наличие таких разрывов по показателям здоровья на всех этапах жизненного цикла свидетельствует о потенциальной возможности создать лучшие условия

для здоровой и благополучной жизни всех слоев населения.

**Рис. 0.5. Процентная разница между людьми в возрасте 65 лет и старше, оценивающими свое здоровье как плохое или удовлетворительное, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом, 2017 г. (и тенденции в период с 2005 г.)**



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе относящихся к 2017 году данных обследования EU-SILC и данных ESS.

**Без принятия соответствующих мер неравенства в отношении здоровья аккумулируются на протяжении всей жизни**

- В таблице 0.2 показаны разрывы в количестве людей, сообщающих о плохом состоянии здоровья, между квинтилями с самым высоким и самым низким доходом на различных этапах жизненного цикла (на каждые 100 человек).

**Таблица 0.2. Разрывы в количестве людей, сообщающих о плохом состоянии здоровья, между квинтилями с самым высоким и с самым низким доходом, на 100 человек)**

	Детство	Трудовой период жизни	Пожилой возраст
Женщины	6	19	22
Мужчины	5	17	22



*Источник:* набор данных, подготовленный авторами на основе данных проведенного в 2014 году обследования Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC) для детского населения, а также данных обследования EU-SILC и данных ESS за период 2012-2017 гг. для взрослого населения.

**Неравенства в отношении психического здоровья в Европейском регионе ВОЗ являются столь же распространенными, как и неравенства в отношении физического здоровья**

- Мужчины и женщины с самыми низкими доходами в странах Региона в среднем в два раза чаще сообщают о плохом психическом здоровье по сравнению с мужчинами и женщинами с самыми высокими доходами.
- Охрана психического здоровья является важнейшим приоритетом общественного здравоохранения, так как психические нарушения являются одним из причинных факторов развития как сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), так и инфекционных заболеваний, таких, как туберкулез (ТБ).
- Депрессивные и тревожные расстройства входят в пятерку основных причин общего бремени болезней в Регионе (бремя болезней измеряется количеством лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности).
- Приведенные на рис. 0.6 данные по 35 странам, сгруппированные по группам стран с аналогичными характеристиками (Приложение 3), свидетельствуют о том, что среди женщин в беднейшем квинтиле число женщин, сообщающих о плохом психическом здоровье,

на 12-16% превышает аналогичный показатель среди женщин в богатейшем квинтиле, а среди мужчин в этих же квинтилях различия по данному показателю варьируются от 9 до 17%.

**Гендерные различия в неравенствах в отношении психического здоровья варьируются в разных частях Европейского региона ВОЗ, и в период с 2007 по 2016 год они существенно не уменьшились**

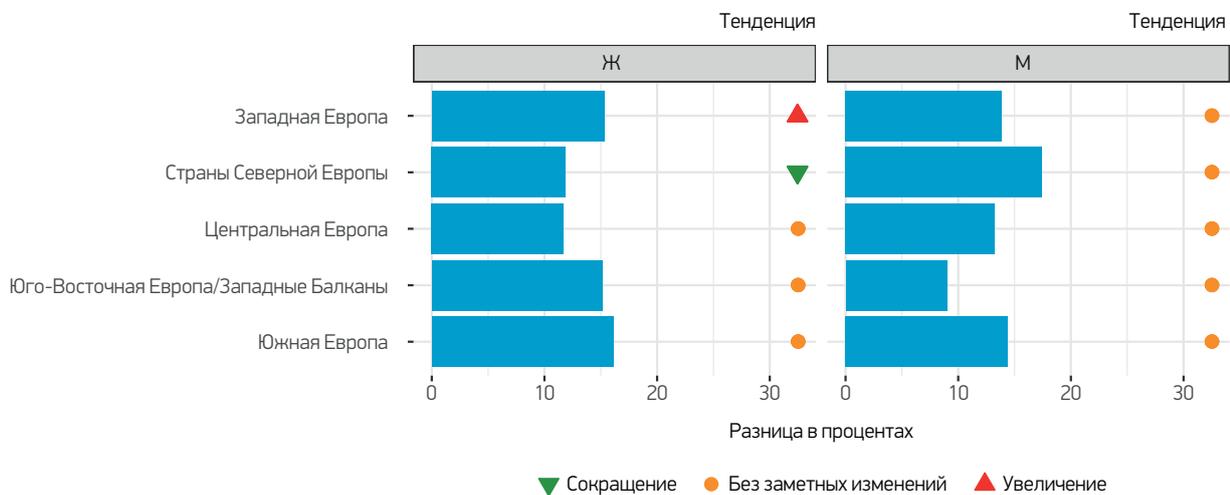
- Кластеризация стран, используемая на рис. 0.6, отражает тот факт, что гендерные различия в степени неравенств в отношении психического здоровья в различных частях Региона варьируются.

**Неравенства в подверженности неинфекционным заболеваниям (НИЗ) и факторам риска развития НИЗ наблюдаются во всех частях Региона**

- Неравенства в отношении 4 из 5 факторов риска развития НИЗ имеют социально-экономический градиент (рис. 0.7).
- С возрастанием социальных и экономических ресурсов и возможностей людей снижается степень их подверженности риску развития НИЗ (за исключением употребления алкоголя).

- На рис. 0.7 показаны средние значения неравенств по ряду показателей НИЗ и факторов риска между мужчинами и женщинами с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения (высшее и неполное среднее образование соответственно) в странах Европейского региона ВОЗ.
- В среднем по Региону у женщин с самым низким уровнем образования риск заболеть диабетом почти в два раза выше, чем у женщин с самым высоким уровнем образования, в то время как у мужчин такое соотношение составляет менее 1,5 раз. Диабет регистрируется у 4,3% женщин с самым низким уровнем образования и у 2,2% женщин с самым высоким уровнем образования. У мужчин эти показатели составляют соответственно 3,8% и 2,8%.
- Дополнительный риск ССЗ, диабета, ожирения и курения среди женщин с наименьшим количеством лет обучения по сравнению с женщинами с наибольшим количеством лет обучения является более выраженным, чем дополнительный риск среди мужчин с аналогичными уровнями образования.

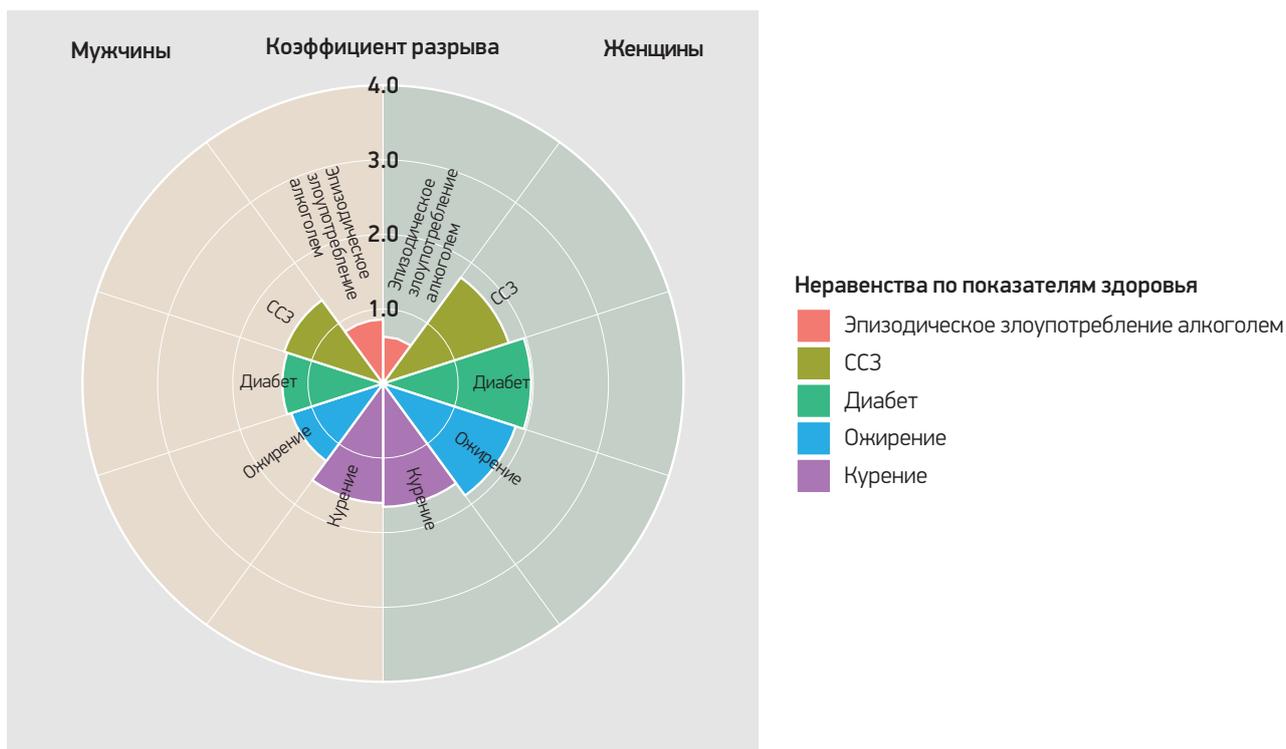
**Рис. 0.6. Процентная разница между взрослыми, сообщающими о плохом психическом здоровье по индексу благополучия ВОЗ-5, на 100 взрослых в квинтиле с самым низким доходом и квинтиле с самым высоким доходом (различные годы и тенденции) в разбивке по группам стран**



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Европейского обследования качества жизни (EQLS) за период 2007–2016 гг.

Рис. 0.7. Средние значения внутривыставных неравенств в отношении НИЗ и факторов риска НИЗ (коэффициент разрыва между людьми с самым высоким и с самым низким количеством лет обучения)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе Набора данных о справедливости в отношении здоровья.

## Понимание причин разрывов в показателях здоровья: какие факторы лежат в основе неравенств в отношении здоровья в странах Европейского региона ВОЗ?

При подготовке Доклада ОСОЗ были использованы новые методы, помогающие лучше понять причины неравенств в отношении здоровья в странах Региона и наблюдающиеся тенденции

- Измерение показателей здоровья, включая их динамику, имеет важнейшее значение, однако без понимания того, какие именно факторы и стратегические решения лежат в основе неравенств в отношении здоровья, основное внимание будет по-прежнему уделяться описанию проблем, а не поиску и проведению эффективных мер по их устранению.
- В Докладе ОСОЗ впервые идентифицирована и проанализирована взаимосвязь между неравенствами в отношении здоровья, условиями, необходимыми для здоровой жизни, и степенью инвестиций, масштабами и осуществлением мер политики, способных улучшить справедливость в отношении здоровья.
- Это является важным шагом вперед в деле ускорения систематических, общегосударственных и общесоциальных действий по повышению справедливости в отношении здоровья.
- В Докладе определены пять условий (рис. 0.8), влияющих на справедливость в отношении здоровья. Отсутствие любого из этих условий обуславливает степень неравенств в отношении здоровья между людьми из различных социальных групп и из различных географических регионов.

**Рис. 0.8. Условия, необходимые для обеспечения справедливости в отношении здоровья, согласно докладу ОСОЗ**



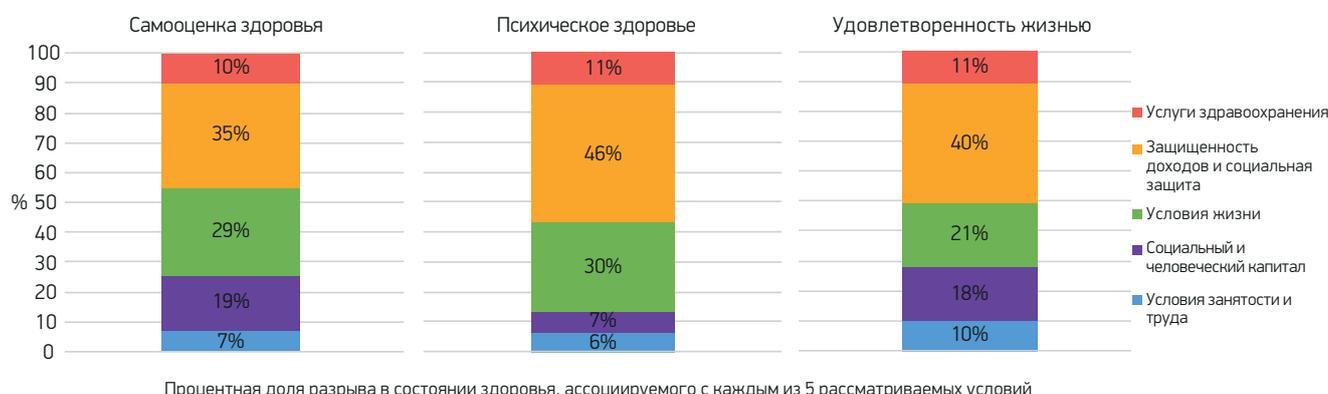
**Для повышения справедливости в отношении здоровья в странах Региона необходимы действия по обеспечению всех этих пяти условий на основе сочетания целевых и универсальных мер политики**

- Сочетание мер политики, осуществляемых с учетом степени неравенства между различными социальными группами, приводит к улучшению здоровья всех людей и в то же время ускоряет темпы улучшения положения тех, кто в противном случае остался бы позади.
- На рис. 0.9 показан относительный вклад несоответствия каждому из пяти основных условий в неравенства в отношении здоровья внутри стран для трех основных приоритетов в области общественного здравоохранения, которые актуальны для всех стран Европейского региона ВОЗ.

**Эти пять основных условий необходимы для того, чтобы люди жили здоровой, благополучной жизнью, и надлежащая государственная политика способствует созданию этих условий**

- При подготовке Доклада ОСОЗ для количественной оценки сравнительной роли каждого из пяти условий в формировании неравенств в отношении здоровья был использован декомпозиционный анализ. Анализ имеющихся данных показывает, что все пять условий являются статистически значимыми причинами неравенств по трем показателям здоровья населения и что относительное их значение в целом наблюдается по всем анализируемым показателям.<sup>1</sup>
- В странах Европейского региона ВОЗ различия между социально-экономическими группами по таким факторам, как Защищенность доходов и Условия жизни, вносят наиболее существенный вклад в формирование неравенств в отношении самооценки физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью. Почти две трети неравенств в отношении здоровья между социально-экономическими группами внутри стран обусловлены именно этими факторами (Приложение 4).
- Каждое из этих пяти основных условий, необходимых для достижения и поддержания здоровья для всех, подробно рассматривается ниже.

**Рис. 0.9. Пять условий, играющих роль факторов неравенств по показателям самооценки физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью (страны ЕС)**



Процентная доля разрыва в состоянии здоровья, ассоциируемого с каждым из 5 рассматриваемых условий

Примечание. В ходе анализа контролировалось соотношение респондентов по возрасту и полу.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

<sup>1</sup> Из-за высоких требований к данным, используемым для декомпозиционного анализа, некоторые факторы, влияющие на справедливость в отношении здоровья, не учитываются (например, исследователи не смогли включить в анализ прямую меру качества работы или условий труда и включили в него только показатель, отражающий чрезмерное количество рабочих часов) (см. Приложение 2).

## Обеспечение справедливости в отношении здоровья в короткие сроки вполне возможно – даже в рамках политических циклов

**В Докладе ОСОЗ дается описание типовых методов сокращения неравенств в отношении здоровья, которые были разработаны с учетом взаимосвязей между справедливостью в отношении здоровья, с одной стороны, и принятием и последовательной реализацией ключевых мер государственной политики, с другой стороны**

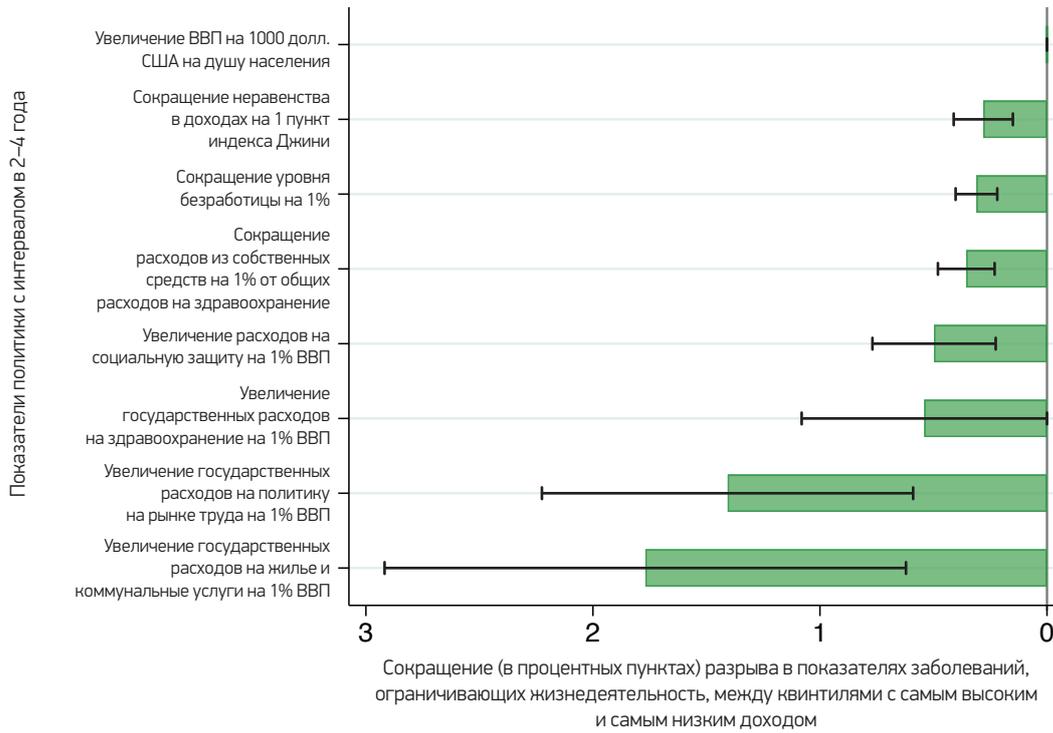
- Разрыв в состоянии здоровья между социально-экономическими группами может быть сокращен даже в течение 2-4 лет, то есть в течение одного срока пребывания у власти конкретного правительства или срока полномочий конкретных государственных органов (рис. 0.10). Следовательно, лица, определяющие государственную политику в конкретный период времени, могут быть уверены в том, что неравенства в отношении здоровья можно сократить даже в короткие сроки с помощью надлежащих инвестиций и практических мер.
- Сокращение неравенств по показателям ожидаемой продолжительности жизни между социальными группами даст странам возможность увеличить объем ВВП на 0,3%-4,3%. Меры по устранению барьеров, обусловленных низким уровнем здоровья и благополучия, полезны для отдельных людей, для населения в целом и для национальной экономики.
- На рисунке 0.10 показано потенциальное положительное влияние восьми мер макроэкономической политики на сокращение неравенств в отношении здоровья. Улучшение ситуации измеряется процентным сокращением случаев ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди взрослого населения в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом (внутри стран).

- Зеленые полосы представляют собой среднее сокращение неравенств в отношении здоровья, которое было достигнуто через 2-4 года после того, как страны осуществили каждую из восьми мер политики, перечисленных в левой части диаграммы. Дополнительная информация приведена в Приложении 3.1.

### **Применение семи из этих мер политики коррелирует с сокращением неравенств в отношении здоровья**

- Из восьми анализируемых мер политики только повышение дохода на душу населения не коррелировало со снижением неравенств в отношении здоровья.
- Степень корреляции между каждой из этих мер политики и снижением неравенств в отношении здоровья различается.
- Шесть из этих мер политики имеют статистический потенциал для того, чтобы сократить в короткие сроки неравенства по показателям заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность: увеличение государственных расходов на жилье и коммунальные услуги; увеличение расходов на политику на рынке труда (ПРТ); сокращение неравенства в доходах; увеличение расходов на социальную защиту; сокращение безработицы; сокращение расходов на здравоохранение из собственного кармана.
- Важно отметить, что вышеуказанные положения не являются ни причинным (каузальным) анализом, ни прогностической моделью.

**Рис. 0.10. Потенциал восьми мер макроэкономической политики в плане сокращения за 2-4 года неравенств в распространенности ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди взрослого населения в 24 странах**



Примечание. ППС: паритет покупательной способности

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных из Набора данных о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья за период 2008-2014 гг.

## Пять основных условий для достижения и поддержания здоровья для всех – решения и прогрессивные стратегические подходы

### Здоровье и Услуги здравоохранения



Здоровье и услуги здравоохранения

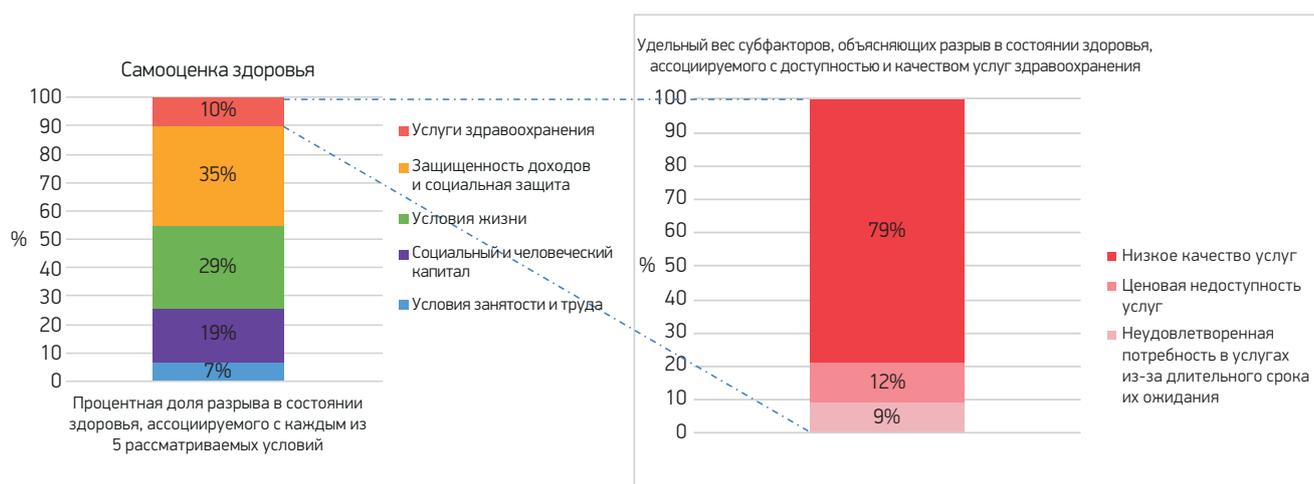
В среднем 10% неравенства по показателям субъективной оценки здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% взрослого населения внутри европейских стран обусловлены систематическими различиями в качестве и в физической и ценовой доступности услуг здравоохранения (рис. 0.11)

- Неравенства по такому показателю, как неудовлетворенные потребности в услугах здравоохранения, существенно не изменились за период с конца 2000-х годов. В большинстве стран Европейского региона ВОЗ неравенства по показателю неудовлетворенных потребностей в

услугах здравоохранения либо остались на прежнем уровне, либо увеличились за период с 2008 по 2017 г. Средняя разница в показателях неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения между мужчинами и женщинами с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения в странах Региона в 2017 году была равна 2,7 %, в то время как в 2008 году она составляла 2,6 %.

- Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) является важнейшим шагом на пути к сокращению неравенств в отношении здоровья.
- Это означает необходимость обеспечения того, чтобы каждый ребенок, женщина и мужчина могли иметь доступ к необходимым медицинским услугам гарантированного качества, не испытывая финансовых трудностей, связанных с их оплатой.

Рис. 0.11. Услуги здравоохранения как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

## Решения и прогрессивные стратегические подходы

- Снижение расходов на здравоохранение из собственного кармана позволяет достичь статистически значимого сокращения неравенств в распространенности заболеваний, ограничивающих

жизнедеятельность, среди взрослого населения в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом в сроки от 2 до 4 лет (рис. 0.10).

- Однако реформы, направленные на сокращение неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения, могут привести к увеличению платежей из собственного кармана. Поэтому важно принять меры к тому, чтобы программы и стратегии по улучшению доступа к услугам здравоохранения не приводили к росту финансовых трудностей граждан, особенно граждан, которые уже находятся в неблагоприятном положении.
- Страны могут сократить уровень неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения и облегчить финансовые трудности населения путем выявления и устранения пробелов во всеобщем охвате услугами здравоохранения и принятия мер по обеспечению справедливой доступности качественных услуг здравоохранения с учетом потребностей конкретных групп населения.
- В Европейском регионе ВОЗ уровни расходов на здравоохранение из собственного кармана варьируются от 7,1% до 80,6% от общих текущих расходов на здравоохранение. В более чем половине стран Региона доля расходов на здравоохранение из собственного кармана в структуре общих текущих расходов на здравоохранение увеличилась или осталась неизменной в период с 2000 по 2016 год.
- Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в Регионе колеблются от 2,1% до 11,9%. В период с 2005 по 2014 год эти расходы увеличились в 32 из 53 стран, однако в 13 странах уровень расходов на здравоохранение не изменился, а в восьми странах он даже снизился.
- В отношении расходов на общественное здравоохранение также наблюдаются неоднозначные тенденции. Уровни расходов на охрану общественного здоровья в Регионе варьируются от 0,03% до 0,5% ВВП. При этом следует отметить, что хотя почти половина из 34 стран, по которым имелись данные за период с 2000 по 2017 год, увеличила свои расходы на эти цели, в другой половине стран бюджетные ассигнования на общественное здравоохранение не увеличились несмотря на рост потребностей.

## Здоровье и Защищенность доходов и социальная защита



Здоровье и  
защищенность  
доходов и  
социальная защита

**В среднем 35% неравенств по показателям самооценки здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% взрослых граждан в европейских странах обусловлены незащищенностью доходов или риском утраты доходов и отсутствием или недостаточностью механизмов социальной защиты**

- Борьба за то, чтобы свести концы с концами, включая возможность оплачивать товары и услуги, которые считаются необходимыми для достойной и независимой жизни (топливо, продовольствие, жилье и т.д.), является одним из основных факторов, объясняющих неравенства по показателям самооценки здоровья между социальными группами в странах Европейского региона ВОЗ.
- Между такими показателями, как риск бедности, ранняя заболеваемость и преждевременная смертность, наблюдается прямая корреляция. Молодые люди, люди, работающие на временной основе или неполный рабочий день, люди, осуществляющие уход, и пожилые люди подвергаются более высокому риску плохого состояния здоровья, связанного с риском бедности (1,2).

- Риск бедности влияет на психическое здоровье и психосоциальные механизмы адаптивных реакций человека. В различных исследованиях неоднократно выявлялась корреляция между неравенством доходов и ухудшением состояния здоровья и социального капитала.
- Жизнь, проведенная в бедности в младенческом и детском возрасте, в значительной степени коррелирует с повышением риска формирования вредных для здоровья форм поведения (курение, вредное употребление алкоголя и употребление наркотиков в подростковом возрасте). Эта корреляция распространяется на риск развития хронических заболеваний, включая диабет, рак, ССЗ и респираторные заболевания на последующих этапах жизни человека.

### **Детская бедность по-прежнему остается актуальной проблемой во многих частях Европейского региона ВОЗ**

- В 34 странах Европейского региона ВОЗ, по которым имелись данные, доля детей, живущих в бедности, выше чем среди взрослых (3). В среднем 20 из каждых 100 детей живут в относительной бедности по сравнению с 17 из каждых 100 взрослых.

## Решения и прогрессивные стратегические подходы

**Сокращение неравенства в доходах и относительной бедности и инвестиции на улучшение социальной защиты населения являются статистически значимым фактором сокращения неравенств в распространенности заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, среди взрослого населения в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом в сроки от 2 до 4 лет (рис.0.10)**

- Меры политики по обеспечению социальной защиты населения без какой-либо стигматизации оказывают позитивное воздействие на уменьшение несправедливости в отношении здоровья, связанной с незащищенностью доходов и бедностью. Надежные, многоуровневые, инклюзивные системы защиты доходов – с безусловным базовым уровнем и дополняемые поддерживаемыми государством программами добровольного социального страхования – имеют наибольший эффект с точки зрения сокращения неравенств в отношении здоровья.
- Эти механизмы включают хорошо продуманную политику предоставления отпуска по уходу за детьми, установленные законом пенсии, социальную защиту семей и детей раннего возраста, выплату пособия по безработице.

### **В последние несколько лет в большинстве стран Европейского региона ВОЗ тенденции расходов на социальную защиту существенно не изменились или даже ухудшились**

- В период с 2000 по 2012 год средние расходы стран на социальную защиту снизились с 12,9% до 6,1% ВВП. Это представляет собой в среднем 50-процентное сокращение расходов стран на социальную защиту в процентах от ВВП по всему Региону за одно десятилетие.

- В 2017 году в рамках Региона в среднем 17 из каждых 100 человек жили в относительной бедности, а в 2005 году этот показатель составлял 15 из 100 человек.
  - Расходы на социальную защиту лиц трудоспособного возраста (семейные пособия и пособия по безработице) также сократились – в среднем с 3,8% ВВП по Региону в целом в 2008 году до 1,6% в 2011 году (последний год, по которому имелись соответствующие данные).
  - Изменения в механизмах социальных выплат во многих странах стали причиной задержек таких выплат и обусловленности, что привело к усилению финансовой незащищенности семей и росту показателей плохого самочувствия и психических заболеваний (часто проявляющихся в виде стрессовых, тревожных и депрессивных состояний).
- Между странами наблюдаются значительные различия в уровнях и тенденциях сокращения неравенства в доходах**
- В 35 европейских странах, по которым имелись данные за 2017 год, от 9 до 26 человек из каждых 100 живут в относительной бедности (измеряемой долей населения с доходами ниже 60% от медианного выравненного располагаемого дохода).
  - В период с 2005 по 2017 год такое неравенство в доходах увеличилось в 15 странах, а сократилось только в шести странах.
  - В 14 странах, включая некоторые страны Западных Балкан, Центральной Азии и Кавказа, где бедность измеряется с использованием национальной черты бедности, доля людей, живущих ниже этой черты, составляет от 3 до 31 процента.
  - В период с 2005 по 2016 год показатели бедности снизились в восьми из этих 14 стран. Однако эти тенденции нельзя напрямую сопоставить с тенденциями относительной бедности, которые в большей степени способны охватить те группы населения, которые находятся в худшем положении по сравнению со средними слоями населения.

## Здоровье и Условия жизни



Здоровье и условия жизни

**В среднем в 29% случаев неравенства по показателям самооценки здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% взрослого населения в европейских странах обусловлены систематическими различиями в условиях жизни**

- Статистически значимыми факторами неравенств в отношении здоровья в странах Европейского региона ВОЗ являются следующие: негарантированное владение жильем, некачественное жилье, нехватка топлива, проживание в небезопасных кварталах и отсутствие коммунальных удобств (рис. 0.12).
- Жилье является одной из основных потребностей человека, а проживание в низкокачественном жилье и плохое состояние здоровья неразрывно связаны друг с другом. Люди в домашних хозяйствах с низким доходом чаще сталкиваются с многочисленными жилищными проблемами. Например, они не только мерзнут зимой, но и чаще испытывают такие проблемы,

как плохое качество воздуха и плесень в жилых помещениях.

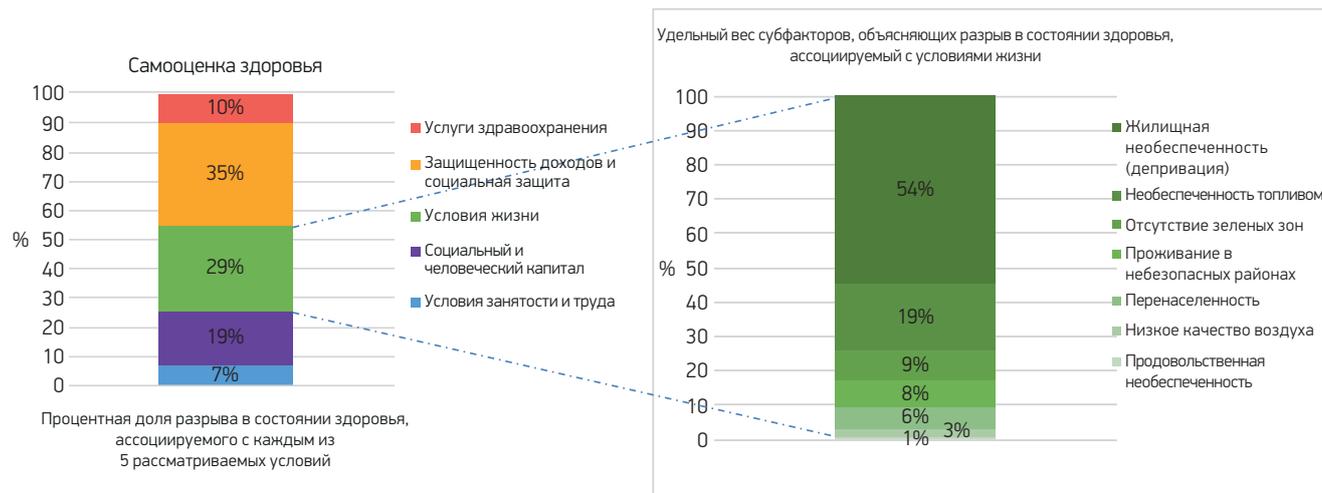
- В странах Региона наблюдается тесная корреляция между более высокими показателями жилищной необеспеченности и более низкой ожидаемой продолжительностью жизни.
- Лица, проживающие в экономически слаборазвитых районах внутри стран, подвергаются несоразмерно более высокому воздействию таких факторов, как загрязнение воздуха (в помещениях и на открытом воздухе), наводнения, шум и высокая плотность дорожного движения.
- В некоторых странах Региона сохраняются неравенства в области санитарии (водоотведения) и водоснабжения между группами населения с различным уровнем доходов.
- Доля домашних хозяйств, испытывающих проблему продовольственной необеспеченности в беднейшем quintиле, на 20% выше соответствующего показателя в богатейшем quintиле домашних хозяйств. Люди в этих более бедных домохозяйствах не имеют средств для приема богатой белками пищи через день.

## Решения и прогрессивные стратегические подходы

**Жилье – это не просто место проживания человека. Наличие адекватного жилья также является необходимым условием формирования у человека чувства принадлежности к обществу, безопасности, защищенности и неприкосновенности частной жизни.**

- Увеличение государственных расходов на жилье и коммунальное обслуживание, в том числе на оптимальное уличное освещение, создание и поддержание зеленых зон и необходимых общественных объектов, имеет статистическую значимость для сокращения в течение 2-4 лет разрывов в показателях заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, среди взрослого населения европейских стран в беднейшем и богатейшем quintилях (рис. 0.10).
- Жилищная необеспеченность может быть обусловлена многими причинами, включая следующие: слишком высокая стоимость жилья, слабая гарантия владения жильем, нехватка топлива и перенаселенность (4,5).
- Повышение доступности качественного и недорогого жилья полезно для здоровья всего населения. Когда государственные органы делают инвестиции в строительство нового жилья в районах с низким уровнем ресурсов и вовлекают местное население и общины в процесс развития, это приводит к ускорению прогресса в сокращении неравенств в отношении здоровья.
- Установление стандартов с помощью законов и нормативных положений наряду с использованием ряда стимулов, включая субсидии домовладельцам и землевладельцам на цели повышения физической и ценовой доступности качественного жилья и возможностей для владения жильем, – это эффективный способ сокращения неравенств в отношении здоровья.

**Рис. 0.12. Неадекватные условия жизни как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС)**



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

- По сравнению с квинтилем населения с самыми высокими доходами, люди в квинтиле с самыми низкими доходами почти в восемь раз чаще страдают от серьезной жилищной необеспеченности; более чем в два раза чаще живут в переполненном жилье; и более чем в пять раз чаще страдают от отсутствия или недостатка топлива для отопления жилища.
- В странах Европейского региона ВОЗ государственные расходы на жилье и коммунальное обслуживание (уличное освещение, обеспечение безопасности, создание и поддержание зеленых зон и необходимых общественных объектов и т.д.) варьировались в 2017 году от 39 до 543 евро на душу населения.
- В период с 2006 по 2017 год в большинстве стран Региона государственные расходы на жилье и коммунальное обслуживание оставались на прежнем уровне или сократились (рис. 0.13).

**Меры политики, направленные на повышение доступности жилья (квартир/домов) с топливосберегающими системами отопления и санузлами в помещениях, имеют ключевое значение для сокращения социальных неравенств в показателях нарушений психического здоровья, респираторных заболеваний и инфекционных заболеваний, передающихся через воду**

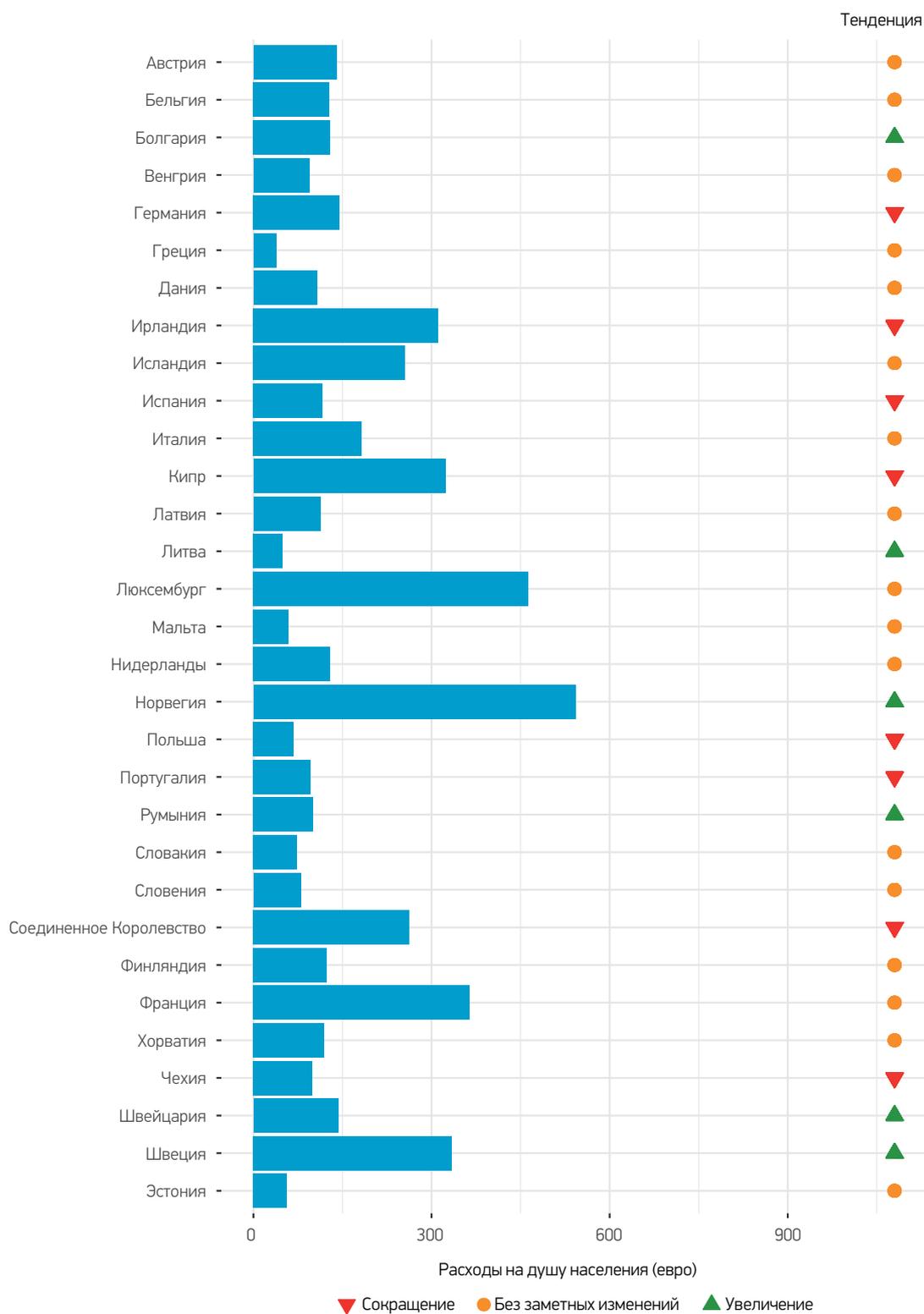
- Использование принципов справедливости в процессе управления службами, обеспечивающими население безопасной питьевой водой и топливом и услугами

санитарии, позволит гарантировать инвестиции, приносящие пользу тем людям, которые подвергаются наибольшему риску, а также способствующие ускорению прогресса в сокращении неравенств по такому показателю, как благоприятные для здоровья условия жизни.

**Регулирование коммерческих интересов имеет ключевое значение для сокращения неравенств, обусловленных отсутствием топливной безопасности и неадекватностью услуг водоснабжения и водоотведения (санитарии)**

- При предоставлении основных услуг, таких как топливное снабжение, водоснабжение и водоотведение (санитария), и установлении цен на эти услуги можно использовать уроки, извлеченные из опыта установления цен на основные лекарственные средства.
- В некоторых странах Региона сохраняются неравенства в доступе к качественным услугам водоснабжения и водоотведения (санитарии). В 11 странах с переходной экономикой, по которым имелись дезагрегированные по признаку благосостояния данные, люди в беднейшем квинтиле имеют наименьший доступ к услугам питьевого водоснабжения.
- В девяти из этих 11 стран люди в беднейшем квинтиле имеют наименьший доступ к основным услугам санитарии.

Рис. 0.13. Государственные расходы на душу населения на жилье и коммунальное обслуживание, 2017 г. (и тенденции изменения этого показателя в период с 2006 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата за 2017 г.

## Здоровье и Социальный и человеческий капитал

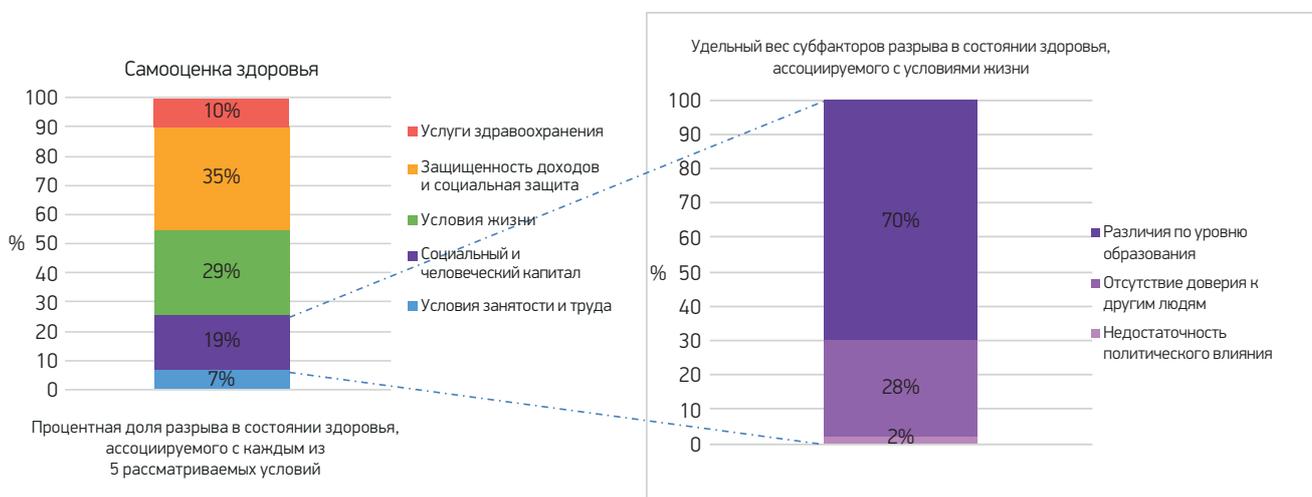


Здоровье и социальный и человеческий капитал

В 19% случаев сочетание таких факторов, как отсутствие возможности управлять собственной жизнью, отсутствие доверия к другим людям и низкий уровень образования, является статистически значимой причиной разрыва в состоянии здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% взрослого населения в европейских странах (рис. 0.14)

- Высокий образовательный уровень, доверие к другим людям и чувство контроля над факторами, влияющими на жизненные возможности и выборы – это важнейшие факторы, определяющие уровень благополучия и здоровья населения.
- Проживание в сообществе, которое характеризуется низким уровнем доверия, повышенным риском стать жертвой преступления, социальной изоляцией, отсутствием возможности получения помощи и недостаточностью политического влияния, тесно связано с плохим психическим здоровьем и более высоким риском заболеваемости.

Рис. 0.14. Социальный и человеческий капитал как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

## Решения и прогрессивные стратегические подходы

Меры политики, направленные на расширение возможностей в области образования и сокращение различий в образовательном уровне, начиная с раннего детства, имеют решающее значение для достижения большей справедливости в отношении здоровья

- Меры политики, направленные на устранение межпоколенческой передачи различий в образовательном статусе, также могут способствовать устранению последующей передачи различий в уровне благополучия. Такие меры могут включать целевые инвестиции в дошкольное образование и проведение программ надлежащего и доступного обучения для тех взрослых граждан, которые в детстве смогли получить лишь ограниченное формальное образование.
- В Европейском регионе ВОЗ дети родителей с наименьшим количеством лет обучения гораздо реже достигают минимального уровня владения математикой и чтением в возрасте 15 лет по сравнению с детьми родителей с наибольшим количеством лет обучения.
- В рамках Региона разрыв в показателях обученности составляет от 10,6% до 67,7% среди девочек и от 12,6% до 51,8% среди мальчиков.
- В период с 2012 по 2015 год государственные расходы на дошкольное образование выросли в 21 из 32 стран.
- При увеличении уровней расходов важно принять меры к тому, чтобы распределение инвестиций имело справедливый характер, так как бедные ресурсами административно-территориальные образования

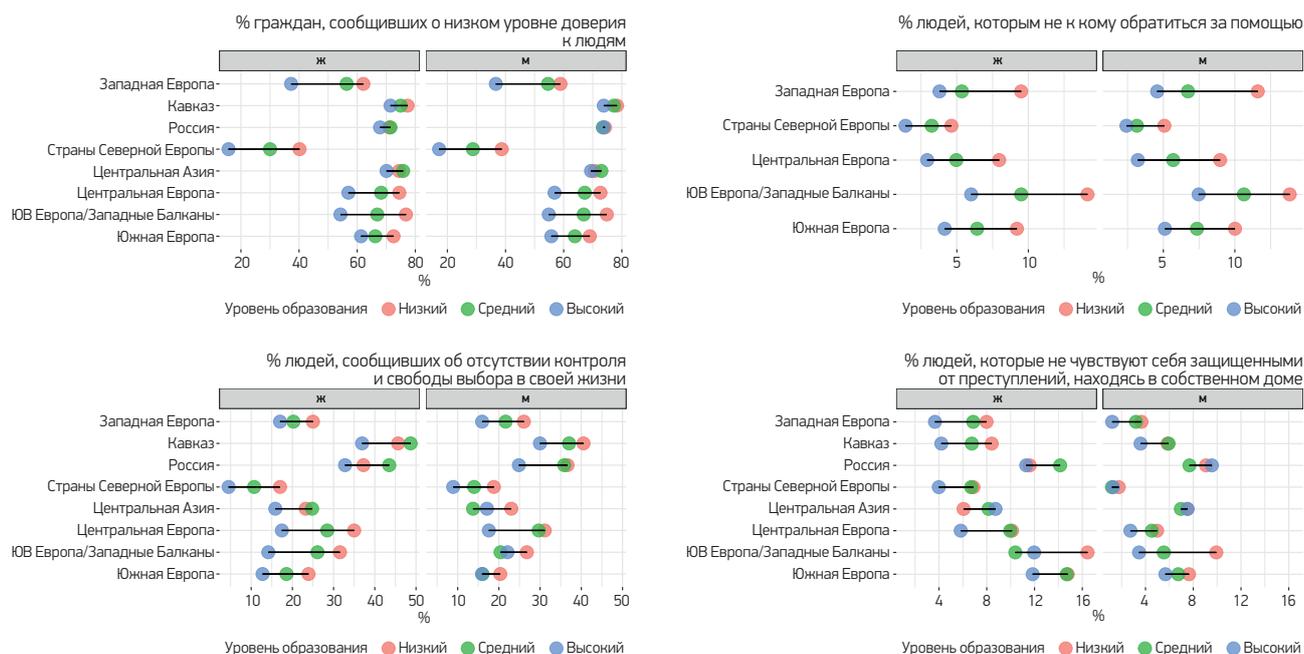
зачастую получают меньше инвестиций, чем богатые ресурсами административно-территориальные образования.

- Взрослые с наибольшим количеством лет формального обучения также чаще повышают свой образовательный уровень на протяжении всей жизни, например, с помощью программ профессиональной подготовки и программ образования для взрослых или с помощью неформального обучения. Это оказывает позитивное влияние на социальную и медицинскую грамотность людей, их чувство контроля над своей судьбой и их способность справляться с экономическими и социальными потрясениями (например, с потерей работы).
- В период с 2005 по 2017 год в более чем двух третях стран, по которым имеются соответствующие данные, разрыв между социально-экономическими группами в показателях участия в программах формального и неформального обучения и подготовки остался на прежнем уровне или даже увеличился. Среди женщин этот вид неравенства наблюдается в 23 из 31 страны, а среди мужчин – в 21 из 31 страны.

**Меры политики, способствующие развитию социального капитала, помогают улучшить здоровье и благополучие населения, укрепить местные сообщества и сократить масштабы коррупции и социальной изоляции**

- Значимое участие в жизни общества, доверие к другим людям и способность влиять на принимаемые стратегические решения способствуют повышению индивидуальной и социальной устойчивости, повышению уровня психического благополучия и снижению уровня заболеваемости.
- Доверие является одним из наиболее широко используемых показателей социального капитала и надежным показателем благополучия на индивидуальном и общественном уровнях.
- Более высокие уровни доверия чаще наблюдаются в обществах с более высоким уровнем физического и психического здоровья всего населения и с более равномерным распределением доходов.
- На отсутствие доверия к другим людям приходится 28% неравенств в отношении здоровья, объясняемых уровнем Социального и человеческого капитала.
- В большинстве стран, разбитых по группам стран с аналогичной политикой и политическим ландшафтом (Приложение 3), мужчины и женщины с наименьшим количеством лет обучения, скорее всего будут, вероятно, наиболее часто говорить о низком уровне доверия и безопасности, отсутствии кого-либо, к кому можно обратиться за помощью, и отсутствии выбора и контроля над жизнью (рис. 0.15).

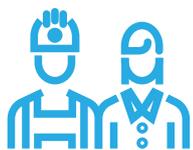
**Рис. 0.15. Процентная доля взрослых, сообщивших о низком социальном капитале, измеряемом с помощью таких показателей, как чувство социальной изоляции, отсутствие доверия к людям, отсутствие системы оказания помощи и отсутствие чувства безопасности, данные за различные годы, в разбивке по уровням образования и группам стран**



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины.

Источники: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследований EQLS, ESS и EU-SILC и данных Всемирного обзора ценностей (WVS) за 2005–2016 гг.

## Здоровье и Условия занятости и труда



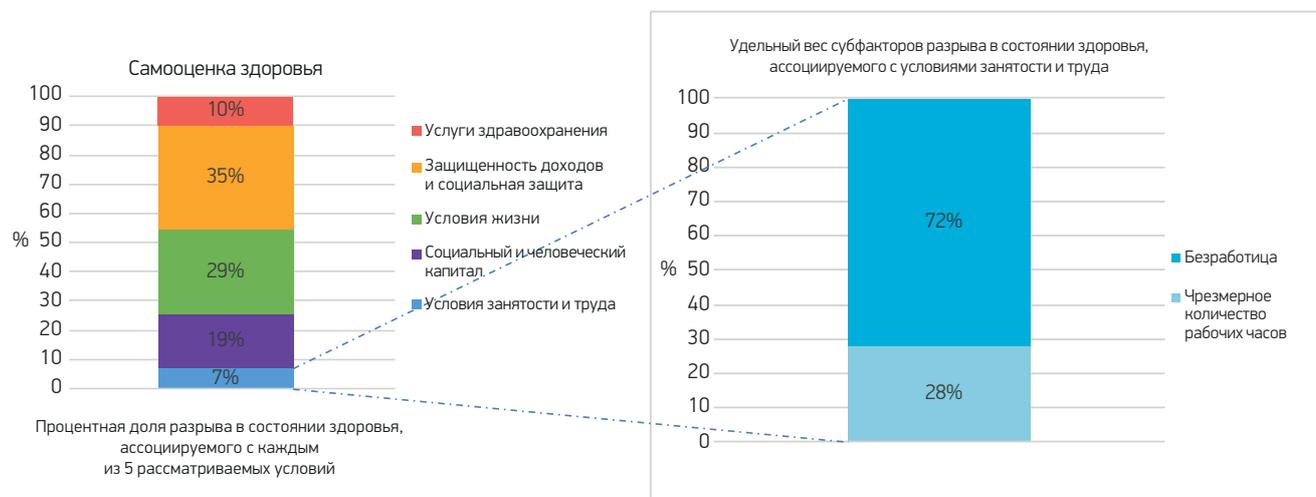
В среднем в 7% случаев неравенства в показателях самооценки здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% населения страны обусловлены систематическими различиями в условиях занятости и труда (рис. 0.16)

Здоровье и условия занятости и труда

- Такие факторы, как отсутствие гарантий занятости, временная занятость и плохие условия труда, связаны с плохим психическим здоровьем, низкой самооценкой здоровья и повышенным риском смертельных и не смертельных сердечно-сосудистых осложнений (событий). Показатели распространенности связанных с работой стрессоров имеют социальный градиент.

- Отсутствие возможности иметь хорошую работу может существенно сказаться на здоровье и благополучии человека. Главный фактор, объясняющий разрыв в показателях самооценки здоровья, связанных с условиями занятости и труда – это различия в статусе занятости.
- Неучастие людей в возрасте от 18 до 28 лет в трудовой деятельности и в программах профессиональной подготовки или профессионального обучения является фактором риска развития нарушений психического здоровья и раннего начала ССЗ в их последующей жизни.
- Однако одного лишь наличия работы не всегда достаточно для уменьшения риска развития неблагоприятных для здоровья последствий. Так, например, существенное влияние на неравенства в отношении здоровья также оказывают такие факторы, как чрезмерное количество рабочих часов и качество трудовой жизни.

Рис. 0.16. Условия занятости и труда как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

## Решения и прогрессивные стратегические подходы

Сокращение безработицы и увеличение расходов на политику на рынке труда (ПРТ) позволяют в течение 2-4 лет достичь статистически значимого сокращения неравенств по показателям ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди населения Европейских стран в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом

- Повышение заработной платы улучшает состояние здоровья трудящихся и уменьшает неравенства

в отношении здоровья. Механизмы поддержки доходов и финансовой защиты, такие как социальные трансферты, позволяют людям, получающим низкую заработную плату, снизить риск бедности и социальной изоляции. Кроме того, достойная минимальная заработная плата обеспечивает трудящихся базовым уровнем ресурсов для удовлетворения медико-санитарных и других основных потребностей, тем самым способствуя снижению стресса и улучшению их благополучия и психического здоровья.

- Высококачественные меры активной политики на рынке труда – в сочетании с эффективными программами обучения, переподготовки и повышения профессиональной квалификации на протяжении всей трудовой жизни, справедливым трудовым законодательством и адекватными системами социального обеспечения – будут способствовать повышению справедливости в отношении здоровья, а также увеличению занятости населения и экономическому росту.
- Расходы на ПРТ в Европейском регионе ВОЗ колеблются от 0,5% до 3,2% ВВП. В 19 из 25 стран, по которым имелись соответствующие данные, расходы на ПРТ в период с 2005 по 2016 год либо остались на прежнем уровне, либо снизились.
- Мужчины, как правило, получают большую пользу от ПРТ, чем женщины во всех частях Региона. В 28 странах, по которым имелись дезагрегированные по признаку пола данные, среди каждых 100 человек, желающих найти работу, число участников программы ПРТ в среднем составляет 35 для мужчин и 30 для женщин.

**Социальные ценности и связанные с ними аспекты должны систематически учитываться в решениях, принимаемых на национальном и общеевропейском уровнях**

- Решения, принимаемые на общеевропейском уровне, оказывают значительное воздействие на страны. Например, дерегулирование трудовых отношений (около 2008 года) было в первую очередь направлено на стимулирование роста новых рабочих мест. Эта цель была достигнута. Однако более 50% всех новых рабочих мест, созданных на контрактной основе, классифицируются как временные или ненадежные, и большинство этих некачественных, низкооплачиваемых или ненадежных рабочих мест занимают лица, которые уже находятся в неблагоприятном положении, как с точки зрения их экономического статуса, так и с точки зрения их здоровья.

## Библиография

---

1. Lundberg O, Dahl E, Fritzell J, Palme J, Sjöberg O. Social protection, income and health inequities. Final report of the Task group on GDP, taxes, income and welfare. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/302874/TG-GDP-taxes-income-welfare-final-report.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302874/TG-GDP-taxes-income-welfare-final-report.pdf?ua=1), accessed 1 April 2019).
2. Обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf?ua=1), по состоянию на 1 апреля 2019 г.).
3. Детская бедность в Европе и Центральной Азии: определения, оценка масштабов, тенденции и рекомендации. Нью-Йорк: Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2017 г. <https://www.unicef.org/eca/media/3401/file/Child-poverty-regional-report-russian.pdf>, по состоянию на 1 апреля 2019 г.).
4. Clair A, Reeves A, McKee M, Stukler D. Constructing a housing precariousness measure for Europe. *J Eur Soc Policy* 2018;29(1):13–28 (<https://doi.org/10.1177/0958928718768334>, accessed 1 April 2019).
5. WHO housing and health guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf?ua=1>, accessed 1 April 2019).







## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

### Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Северная Македония  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чехия  
Швейцария  
Швеция  
Эстония



### Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)