



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Обновленный  
повторный тираж, 2014 г.

# Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад



UCL Institute of Health Equity





Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад

**Председатель обзора**  
**Michael Marmot**

**Обзор подготовлен**  
**Институтом проблем**  
**справедливости**  
**в отношении здоровья**  
**при Университетском**  
**колледже Лондона**



UCL Institute of Health Equity



## Аннотация

**В Европейском регионе ВОЗ достигнуты замечательные улучшения показателей здоровья среди тех групп населения, где произошло прогрессивное совершенствование условий, в которых люди рождаются, растут, живут и работают. Однако как между странами, так и внутри них сохраняются стойкие социальные неравенства. Предлагаемый обзор несправедливых различий по показателям здоровья в 53 государствах-членах Региона выполнен на заказной основе в рамках разработки основ новой европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020. В настоящее время достигнуто более глубокое понимание масштабов и социальных причин этих несправедливостей. Европейский обзор опирается на глобальные фактические данные и содержит стратегические рекомендации, при осуществлении которых может быть достигнут прогресс в сокращении несправедливостей и разрыва по показателям здоровья во всех странах, в том числе и с низким уровнем доходов. В целях повышения уровня социальной справедливости в отношении здоровья и защиты будущих поколений необходимы действия, направленные на социальные детерминанты здоровья – действия на всех этапах жизни и в более широких социально-экономических сферах.**

## Ключевые слова

Health inequities  
Health management and planning  
Health status disparities  
Intergenerational relations  
Socioeconomic factors  
Social determinants of health

ISBN: 978 92 890 0058 1

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-овом режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>).

## © Всемирная организация здравоохранения, 2014 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.

<b>Содержание</b>		
v	<b>Предисловие</b>	20
vii	<b>Комментарий председателя</b>	
viii	<b>Благодарности</b>	26
xiii	<b>Список сокращений</b>	
xiv	<b>Резюме</b>	33
<b>Часть I Контекст</b>		
<b>Глава 1 Введение: в чем необходимость данного обзора</b>		
2	<b>1.1</b> Необходимость воздействия на социальные детерминанты здоровья в целях обеспечения справедливости в отношении здоровья	40
3	<b>1.2</b> Структура и предназначение обзора	52
<b>Глава 2 Понятия, принципы и ценности</b>		
6	<b>2.1</b> Введение	58
7	<b>2.2</b> Общие принципы	59
7	<b>2.3</b> Концептуальные подходы к пониманию и продвижению идей справедливости в отношении здоровья	64
13	<b>2.4</b> Время действовать – вызовы и возможности	
14	<b>2.5</b> Концептуальный подход к действиям в политике и практике	
<b>Часть II Фактические данные о разрыве в показателях и о несправедливостях в отношении здоровья в Европейском регионе</b>		
<b>Глава 3 Несправедливые различия по показателям здоровья между странами и в самих странах</b>		
	<b>3.1</b> Введение	71
	<b>3.2</b> Разрыв по показателям здоровья	72
	<b>3.3</b> Социально-экономические условия на макроуровне и здоровье	72
	<b>3.4</b> Социальная несправедливость, передающаяся от поколения к поколению	79
	<b>3.5</b> Развитие в раннем детстве, образование и здоровье	88
	<b>3.6</b> Другие социальные детерминанты здоровья детей	98
	<b>3.7</b> Работа, условия найма и безработица	
	<b>3.8</b> Пожилые люди	
	<b>3.9</b> Поведение в отношении здоровья и риски для здоровья	
	<b>3.10</b> Углубление несправедливых различий по показателям здоровья	
<b>Часть III Конкретные области действий, направленных на социальные детерминанты здоровья</b>		
<b>Глава 4 Этапы жизни</b>		
	<b>4.1</b> Исходные данные	
	<b>4.2</b> Стойкое повторение рисков для здоровья, переходящих от одного поколения к другому	
	<b>4.3</b> Развитие в детском возрасте	
	<b>4.4</b> Условия труда и найма и несправедливости в отношении здоровья	
	<b>4.5</b> Пожилые люди	



103	<b>Глава 5</b> <b>Общество в целом</b>	170	<b>7.4</b> Количественная оценка и целевые ориентиры
103	<b>5.1</b> Исходные данные	183	<b>Часть IV</b> <b>Осуществление стратегий и действий</b>
103	<b>5.2</b> Механизмы социальной защиты, доход и несправедливые различия в отношении здоровья	184	<b>Глава 8</b> <b>Реализация мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья</b>
110	<b>5.3</b> Местные сообщества	184	<b>8.1</b> Введение
121	<b>5.4</b> Социальное отчуждение, уязвимость и неблагополучие	184	<b>8.2</b> Системы эффективной реализации
130	<b>Глава 6</b> <b>Контекст на макроуровне</b>	191	<b>8.3</b> Упорное сохранение несправедливостей – какие уроки следует извлечь
130	<b>6.1</b> Исходные данные	196	<b>8.4</b> Системы достижения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты
131	<b>6.2</b> Расходы на социальные нужды	199	<b>8.5</b> Сокращение разрыва по показателям здоровья между странами Европы
133	<b>6.3</b> Актуальность глобальных стратегий	201	<b>8.6</b> Значение местных органов власти в осуществлении мер воздействия на социальные детерминанты здоровья
137	<b>6.4</b> Экономический ущерб от несправедливостей в отношении здоровья	202	<b>8.7</b> Активное участие и вовлечение местных сообществ
139	<b>6.5</b> Устойчивое развитие и здоровье	204	<b>Глава 9</b> <b>Рекомендации</b>
143	<b>6.6</b> Межпоколенческая справедливость	204	<b>9.1</b> Исходные данные
148	<b>Глава 7</b> <b>Стратегическое руководство, реализация и системы мониторинга</b>	205	<b>9.2</b> Частные рекомендации
148	<b>7.1</b> Исходные данные	207	Библиография
148	<b>7.2</b> Стратегическое руководство		
158	<b>7.3</b> Приоритеты общественного здравоохранения, профилактики и лечения нарушений здоровья		

Здоровье и благополучие – это важнейший ресурс, который крайне необходим всем нам и обществам, в которых мы живем, в сегодняшнем, все более сложном мире. На первый взгляд общие показатели здоровья населения в различных странах Европейского региона ВОЗ в течение последних десятилетий несомненно улучшились. Однако, при более пристальном рассмотрении, мы можем видеть, что улучшения в состоянии здоровья достигнуты не везде и не равным образом для всех граждан. Широко распространены несправедливые различия по показателям здоровья между обществами и их отдельными группами. Они отражают различия в условиях жизни людей и влияют на масштабы и тенденции в проявлениях несправедливости в отношении здоровья в сегодняшней Европе. Социальные неравенства в отношении здоровья являются прямым нарушением права человека на здоровье, они неправомерны и несправедливы.

Опираясь на европейские ценности и знания, мы можем и должны повысить уровень действий в поддержку здоровья и сократить масштабы несправедливости в отношении здоровья на нашем континенте. Именно по этой причине, вступив на пост Директора Европейского регионального бюро ВОЗ, я инициировала процесс разработки политики Здоровье-2020. Поставленная мной задача заключалась в том, чтобы, опираясь на ценности и фактические данные, разработать основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия.

Укрепление здоровья населения и повышение уровня его благополучия, сокращение несправедливых различий в отношении здоровья и развитие ориентированных на человека систем здравоохранения – это ключ к устойчивому и социально-справедливому развитию Европы. Ключевые стратегические задачи политики Здоровье-2020 всесторонним образом отражают это перспективное видение. Отраднo осознавать, что эта политика была успешно утверждена на шестьдесят второй сессии Регионального комитета, состоявшейся в Мальте в сентябре 2012 г.

В основе политики Здоровье-2020 лежит простая, однако жизненно важная идея: здоровье и благополучие имеют ключевое значение для человеческого, социального и экономического развития и всего будущего Европы. Здоровье – это фундаментальный жизненный ресурс индивидуумов, семей и сообществ. Его отсутствие разрушает потенциал, порождает отчаяние и приводит к истощению ресурсов. Путем разработки основ этой новой европейской политики здравоохранения Европейский регион и его государства-члены стремились привлечь внимание к вопросам здоровья и улучшить распределение показателей здоровья среди социальных групп. Для того, чтобы достичь этой цели, необходимо воздействовать на

коренные причины несправедливых различий в отношении здоровья как в странах, так и между странами. Такие действия следует рассматривать как приоритет в сегодняшнем европейском контексте, когда во многих странах отмечаются углубление или устойчивое сохранение несправедливых различий в отношении здоровья, рост бремени неинфекционных заболеваний и сокращение расходов на социальные нужды вследствие финансового кризиса. В этих условиях налицо острая необходимость укрепления и защиты здоровья, особенно для наиболее уязвимых сегментов населения. Европейскому региональному бюро ВОЗ принадлежит ключевая роль в решении этих проблем в качестве активного лидера и надежного партнера для совместных действий. Таково обоснование всех усилий, которые привели к созданию политики Здоровье-2020.

По моему поручению в рамках подготовки политики Здоровье-2020 был выполнен на заказной основе ряд исследований и научных обзоров. Один из наиболее важных из них – это Европейский обзор о социальных детерминантах здоровья и разрыву по показателям здоровья, подготовленный под руководством профессора Сэра Майкла Мармота и группы его сотрудников в Институте проблем социальной справедливости в отношении здоровья при Университетском колледже Лондона. Этот обзор был составлен силами консорциума, в который вошли свыше 80 научных работников и учреждений, работающих по вопросам политики, в тесном сотрудничестве с техническими подразделениями и программами Регионального Бюро. Я рада убедиться в том, что выводы и рекомендации Обзора использованы при разработке политики Здоровье-2020 и теперь опубликованы и широко доступны в странах Европы и на глобальном уровне. Я поздравляю Сэра Майкла и всех тех, кто внес свой вклад в подготовку этого уникального труда.

Работа над Обзором позволила собрать новые объективные данные о масштабах и причинно-следственных связях неравенств в отношении здоровья в Европейском регионе, а также о наиболее эффективных вмешательствах и стратегических подходах к их сокращению. Теперь мы знаем, что лежит в основе процветания и устойчивого благополучия общества и что позволяет людям оставаться здоровыми. Мы смогли более глубоко понять мощное влияние социальных детерминант как на здоровье, так и на болезнь. Мы лучше понимаем, как условия повседневной жизни влияют на здоровье на индивидуальном и популяционном уровнях. Мы знаем, что жители наших стран обладают далеко не равными возможностями для сохранения и

поддержания своего здоровья. Мы получили более достоверные свидетельства того, что современное бремя болезней коренится в современном обществе, в механизмах распределения и использования ресурсов и в том, как мы учитываем гендерные и другие социальные факторы, которые влияют на современные характеристики нездоровья и образа жизни. Мы составили гораздо более полное представление о том, что возможность жить в здоровых условиях тесно связана с правильным уходом и воспитанием в детстве, с образованием, достойной работой, жильем и достаточным доходом в течение всей жизни.

Я вижу свою цель во всемерном продвижении выводов настоящего обзора, чтобы повысить в масштабе Региона интерес и приверженность делу сокращения несправедливостей в отношении здоровья и их причин и укрепить существующие меры поддержки и эффективные действия. Обзор должен послужить сигналом к действиям для политических лидеров и ведущих специалистов и дать возможность активно способствовать развитию и распространению эффективной практики и стратегических инноваций среди всех тех, чья работа связана с улучшением и сокращением разрыва по показателям здоровья среди европейских государств-членов и в пределах самих стран.

Обзор оказал влияние на содержание политики Здоровье-2020, и ее цель – служить в качестве важного стимула для коллективных действий в целях использования новых возможностей для улучшения здоровья и повышения уровня благосостояния наших народов в масштабе всего Региона. Необходимо сократить существующие сегодня в странах Региона, часто весьма резкие, несправедливости в отношении здоровья. Итоговый полезный эффект политики Здоровье-2020 зависит от ее успешного осуществления в странах. Мерилом этого успеха будут ощутимые улучшения в показателях здоровья и справедливости в отношении здоровья среди жителей наших стран. Я уверена в том, что, опираясь на выводы этого крайне важного обзора, мы сможем внести существенный ценный вклад в коллективную работу на благо всех народов Региона. Мы должны действовать с учетом новых объективных данных, представленных в обзоре, в интересах улучшения здоровья живущих и будущих поколений. Это, одновременно, и открывающаяся перед нами возможность, и актуальный и нелегкий вызов.

**Zsuzsanna Jakab**

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



Осознавая важность сокращения несправедливости в отношении здоровья в глобальном масштабе, ВОЗ создала комиссию по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ). Охрана здоровья нередко отождествляется с медицинской помощью и общественным здравоохранением в сочетании с программами борьбы с болезнями. Однако к этим подходам требуется добавить еще один. В докладе КСДЗ 2008 года *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения* содержится вывод о том, что несправедливость в отношении здоровья определяется условиями, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, а также несправедливым распределением власти, властных полномочий, финансовых и других ресурсов, от которых зависят эти условия повседневной жизни. «Масштабы гибели людей из-за социальной несправедливости громадны», – говорится в докладе.

На основе выполненного ее силами синтеза фактических данных КСДЗ сформулировала рекомендации для действий. В своем комментарии, в качестве главы Комиссии, я отметил, что всех, кто работал под эгидой КСДЗ, объединяли три основных интереса: стремление к социальной справедливости, уважение к фактическим данным, и обеспокоенность в связи с недостаточной активностью действий, направленных на социальные детерминанты здоровья.

С тех пор ситуация изменилась. Все так же все, кто трудились над Европейским обзором, разделяют приверженность КСДЗ к социальной справедливости и фактическим данным. Однако сегодня налицо и осязаемый и весьма радующий интерес к применению концепции социальных детерминант здоровья в деле улучшения показателей здоровья и повышения уровня справедливости в отношении здоровья. Жужанна Якаб, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ, выступая с лидирующих европейских позиций и стремясь к воплощению своего перспективного видения в практические дела, инициировала составление настоящего обзора социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья. Опираясь на работу КСДЗ, мы рассматривали свою задачу как синтез фактических данных и формулирование рекомендаций, которые можно было бы применить во всех 53 богатых своим разнообразием странах, составляющих Европейский регион ВОЗ.

Имеются значительные и устойчивые несправедливости в отношении здоровья во всех странах Региона. В него входят страны, имеющие едва ли не самые лучшие в мире показатели здоровья и самые незначительные неравенства в отношении здоровья. Фактические данные свидетельствуют о том, что такая благоприятная ситуация связана с долгим и непрерывным периодом улучшений в жизни людей – когда общество сплоченно, растет изобилие, построено прочное социальное государство, обеспечиваются

высококачественные услуги образования и здравоохранения. Благодаря этому созданы условия для того, чтобы у людей была свобода вести такую жизнь, которую они могут с полным основанием высоко ценить. Как результат – замечательные достижения в показателях здоровья населения.

Однако не всем странам удалось в равной мере добиться такого уровня социального, экономического и медико-санитарного развития. Несмотря на то, что социальные и экономические обстоятельства во всех странах улучшились, различия сохраняются и здоровье людей страдает, особенно в странах восточной части Региона. Более того, даже в более богатых странах все заметнее становятся несправедливости в условиях жизни людей и снижение социальной мобильности и сплоченности. Вероятно, в результате таких изменений масштабы несправедливости в отношении здоровья не снижаются, а во многих странах даже возрастают.

В рамках подготовки обзора было сформировано 13 целевых групп для проведения анализа новых фактических данных о том, какие существуют пути в различных странах Региона для воздействия на социальные детерминанты здоровья. Результаты работы целевых групп, а также групп по составлению обзора в Институте изучения проблем справедливости в отношении здоровья при Университетском колледже Лондона и ВОЗ были подвергнуты дальнейшему анализу силами группы старших советников, которые использовали свои знания и опыт для того, чтобы претворить фактические данные в рекомендации, готовые для выполнения.

Глобальный финансовый кризис принес значительные трудности и лишения жителям ряда стран Региона. Поэтому сегодня еще более актуальной представляется необходимость воздействия на социальные детерминанты здоровья, что будет свидетельствовать о том, что приверженность делу справедливости в отношении здоровья сохраняется и наращивается. Об успехе социальной политики можно судить по степени ее позитивного воздействия на уровень справедливости в отношении здоровья – таков центральный аргумент данного обзора. Нашей целью было представить фактические данные и рекомендации для того, позволяющие проведение такой оценки. Велением времени являются политическая и социальная приверженность правительств, гражданского общества, транснациональных структур и академических учреждений, для того чтобы стало реальностью перспективное видение более справедливой Европы. Мы стоим на позициях оптимизма.

### **Michael Marmot**

Председатель, Европейский обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья

## Благодарности

Предлагаемый обзор был выполнен консорциумом во главе с Michael Marmot (Институт проблем социальной справедливости в отношении здоровья, Университетский колледж Лондона) при поддержке объединенного секретариата, состоявшего из сотрудников Института и Европейского регионального бюро ВОЗ. Содержание и структура обзора явились результатом работы 13 целевых групп, а общее руководство осуществлял совет в состав которого вошли старшие советники.

---

### Старшие советники

Guillem Lopez Casanovas	Университет Помпеу Фабра	Испания
Zsuzsa Ferge	Университет Этвоша	Венгрия
Ilona Kickbusch	Высший институт, Женева	Швейцария
Johan Mackenbach	Университет им. Эразма Роттердамского	Нидерланды
Tilek Meimanaliev	Проект по борьбе со СПИДом в Центральной Азии	Кыргызстан
Amartya Sen	Гарвардский университет	Соединенные Штаты Америки
Vladimir Starodubov	Министерство здравоохранения и социального развития	Российская Федерация
Tomris Turmen	Университет Анкары	Турция
Denny Vagero	Центр исследований по проблемам социальной справедливости в отношении здоровья	Швеция
Barbro Westerholm	Депутат Парламента	Швеция
Margaret Whitehead	Университет Ливерпуля	Соединенное Королевство

---

Представители по должности: от ВОЗ – Roberto Bertolini, Agis Tsouros и Erio Ziglio; от Европейской комиссии – Michael Hübel и Charles Price

---

## Председатели/сопредседатели целевых групп

Целевые группы предоставили фактические данные по вопросам воздействия на основные социальные детерминанты здоровья и по смежным проблемам. Ниже приведен состав целевых групп и их председателей/сопредседателей.

Целевые группы	Председатель/ Сопредседатель	Организация	Страна
Ранние годы жизни, образование и семья	Alan Dyson	Университет Манчестера	Соединенное Королевство
	Naomi Eisenstadt	Оxfordский университет	Соединенное Королевство
Занятость и условия труда	Johannes Siegrist	Университет Дюссельдорфа	Германия
Социальное отчуждение, неблагоприятные условия и уязвимость	Jennie Popay	Университет Ланкастера	Соединенное Королевство
ВВП, налогообложение, доходы и социальное обеспечение	Olle Lundeberg	Центр исследований по проблемам социальной справедливости в отношении здоровья	Швеция
Устойчивое развитие и сообщества	Anna Coote	Фонд новой экономики	Соединенное Королевство
Профилактика и лечение нарушений здоровья	Gauden Galea	Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ	
	Witold Zatonski	Противораковый центр и Институт онкологии	Польша
Гендерные аспекты	Maria Kopp	Университет им. Земмельвейса	Венгрия
Пожилые люди	Emily Grundy	Лондонская школа экономики	Соединенное Королевство
Экономика	Marc Suhrcke	Университет Восточной Англии	Соединенное Королевство
	Richard Cookson	Университет Йорка	Соединенное Королевство
Стратегическое руководство и механизмы реализации	Harry Burns	Главный государственный врач Шотландии	Соединенное Королевство
	Erio Ziglio	Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие, Европейское региональное бюро ВОЗ	
Глобальные влияния	Ronald Labonte	Университет Оттавы	Канада
Справедливость, равенство и права человека	Karien Stronks	Академический медицинский центр, Амстердамский университет	Нидерланды
Количественная оценка и целевые ориентиры	Martin Bobak	Университетский колледж Лондона	Соединенное Королевство
	Claudia Stein	Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, Европейское региональное бюро ВОЗ	

## **Секретариат Университетского колледжа Лондона**

Работа по составлению настоящего доклада проводилась под руководством Michael Marmot, координацию осуществлял Peter Goldblatt.

Вклад в написание и обзор материалов доклада внесли Jessica Allen, Ruth Bell, Ellen Bloomer, Angela Donkin, Ilaria Geddes и Mike Grady.

Ruth Bell и Peter Goldblatt при содействии David Bann, Sadie Boniface, Michael Holmes, Akanksha Katyal и Anne Scott координировали составление и анализ таблиц и графиков.

Общую поддержку оказывали Matilda Allen, Luke Beswick, Ria Galeote и Alex Godoy.

## **Секретариат ВОЗ**

Секретариат ВОЗ возглавил Agis Tsouros, члены – Johanna Hanefeld, Pirooska Ostlin, Asa Nihlen, Chris Brown, Isabel Yordi, Theadora Koller, Sarah Simpson, Erio Ziglio и Richard Alderslade.

Дополнительный вклад и замечания по докладу представили Vivian Barnekow, Roberto Bertollini, Matthias Braubach, Joao Breda, Pierpaolo De Colombani, Gauden Galea, Manfred Huber, Marijan Ivanuša, Matthew Jowett, Hans Kluge, Gunta Lazadane, Enrique Loyola, Marco Martuzzi, Leen Meulenbergs, Lars Moller, Arun Nanda, Jose Maria Moreno, Dinesh Sethi, Santino Severino, Claudia Stein и Brenda van der Bergh.

Кроме того ценную поддержку оказали следующие сотрудники ВОЗ: Connie Petersen, Antonella Biasiotto, Simone Tetz, Maria Ruano, Pamela Charlton, Mary Stewart Burgher, Anita Strandsbjerg.

Редакторы: Alex Mathieson и David Breuer.

Дизайн: John McGill и Lucienne Roberts.

## **Члены целевых групп**

Szilvia Adam, Университет им. Земмельвейса, Венгрия; Joan Benach, Университет Помпеу Фабра, Испания; Jovanka Bislimovska, Сотрудничающий центр ВОЗ, бывшая югославская Республика Македония; Chris Brown, Европейское региональное бюро ВОЗ; Tatjana Buzeti, Центр здравоохранения и развития Мурска Собота и Министерство здравоохранения, Словения; Candace Currie, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство; Espen Dahl, Колледж прикладных наук Университета Осло и Акерсхуса, Норвегия; Dorly Deeg, Университет VU, Нидерланды; Paul Dourgnon, Институт исследований и документации по экономике здравоохранения, Франция; Johan Fritzell, Центр исследований по проблемам социальной справедливости в отношении здоровья, Швеция; Dominic Harrison, Муниципальный совет Блэнберн и Дарвен, Соединенное Королевство; Aart Hendriks,

Лейденский университет, Нидерланды; James Higgins, Молодежный форум, Соединенное Королевство; Manfred Huber, Европейское региональное бюро ВОЗ; Martijn Huisman, Университет VU, Нидерланды; Umar Ikram, Академический медицинский центр, Амстердамский университет, Нидерланды; Bjarne Bruun Jensen, Центр по содействию укреплению здоровья Стено, Дания; Darya Khaltourina, Российская академия наук, Российская Федерация; Rohko Kim, Европейское региональное бюро ВОЗ; Katalin Kovacs, Институт демографических исследований, Венгрия; Anton Kunst, Амстердамский университет, Нидерланды; Roderick Lawrence, Женевский университет, Швейцария; Marco Martuzzi, Европейское региональное бюро ВОЗ; Martin Mckee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Edward Melhuish, Биркбек, Университет Лондона, Соединенное Королевство; Michael Murphy, Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство; Michal Musy, Центр экономического анализа, Польша; Joakim Palme, Университет Упсала, Швеция; Huseyn Pikhart, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство; George Ploubidis, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Jorma Rantanen, Университет Ювяскюля, Финляндия; Sanna Read, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Arne Ruckert, Университет Оттавы, Канада; Gyongyver Salavec, Университет им. Земмельвейса, Венгрия; Sarah Simpson, Европейское региональное бюро ВОЗ; Nicolas Sirven, Институт исследований и документации по экономике здравоохранения, Франция; Ola Sjöberg, Стокгольмский университет, Швеция; Selma Sogoric, Университет Загреба, Хорватия; Sylvie Stachenko, Европейское региональное бюро ВОЗ; Tamara Steger, Центрально-Европейский университет, Венгрия; Urszula Sulkowska, Мемориальный противораковый центр им. Марии Кюри-Склодовской, Польша; Gerdt Sundstrom, Университет Йонкопинга, Швеция; Julia Szalai, Центрально-Европейский университет, Венгрия; Andras Szekely, Университет им. Земмельвейса, Венгрия; Jukka Takala, Технологический университет Тампере, Финляндия; Brigit Toebes, Университет Гронингена, Нидерланды; Cleon Tsimbos, Университет Пирея, Греция; Cretien Van Campen, Нидерландский институт социальных исследований; Sridhar Venkatapuram, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство.

## **Члены Восточной сети, оказавшие помощь в составлении обзора**

Yulia Abrosimova, Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация; Baktygul Akkazieva, Национальный координатор сотрудничества с ВОЗ по вопросам национальных счетов здравоохранения, Кыргызстан;

Jane Falkingham, Университет Саутгемптона, Соединенное Королевство; Amiran Gamkrelidze, Центр аллергологии и иммунологии, Грузия; Assomidin Latipov, Проект СААР, Таджикистан; Martin Mckee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство.

### **Другие специалисты, внесшие вклад в работу целевых групп**

Baktygul Akkazieva, Национальный координатор сотрудничества с ВОЗ по вопросам национальных счетов здравоохранения, Кыргызстан; Vivian Barnekow, Европейское региональное бюро ВОЗ; Mel Bartley, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство; Sanjay Basu, Университет Калифорнии в Сан-Франциско, Соединенные Штаты Америки; Jenni Blomgren, Кела (ведомство социального страхования), Финляндия; Carme Borrell, Агентство общественного здравоохранения Барселоны, Испания; Tammy Bouce, Империял колледж Лондона, Соединенное Королевство; Jonathan Bradshaw, Университет Йорка, Соединенное Королевство; Harvey Brenner, Центр наук о здоровье, Университет Северного Техаса, Соединенные Штаты Америки; Kristie Carter, Университет Отаго, Новая Зеландия; Audrey Chapman, Университет шт. Коннектикут, Соединенные Штаты Америки; Michelle Collins, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Pierpaolo de Colombani, Европейское региональное бюро ВОЗ; Marc Mari Dell' Olmo, Агентство общественного здравоохранения Барселоны, Испания; Elia Diez, Агентство общественного здравоохранения Барселоны, Испания; Mariel Droomers, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Нидерланды; Terje Andreas Eikemo, Норвежский университет науки и технологии, Норвегия; Eric Emerson, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Sarah Escorel, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Ingemar Farm, Европейский форум людей с ограниченными возможностями, Бельгия; Tommy Ferrarini, Институт социальных исследований, Швеция; Amiran Gamkrelidze, Центр аллергологии и иммунологии, Грузия; Helen Gill, Европейское региональное бюро ВОЗ; Yevgeniy Goryakin, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Merce Gotsens, CIBER, Эпидемиология и общественное здравоохранение, Испания; Emma Halliday, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Rachel Hammonds, Институт тропической медицины, Бельгия; Mario Hernandez, Национальный университет Колумбии, Богота, Колумбия; Jennie Vacchus Hertzman, Центр исследований по проблемам социальной справедливости в отношении здоровья, Швеция; Heikki Hiilamo, Университет Тампере, Финляндия;

Paul Hunt, Университет Эссекса, Соединенное Королевство; Wiking Husberg, MOT, Российская Федерация; David Ingleby, Амстердамский университет, Нидерланды; Kinga Janik-Koncewicz, Мемориальный противораковый центр и институт онкологии им. Марии Кюри-Склодовской, Польша; Heidi Johnston, Международный научно-исследовательский центр по проблемам диарейных болезней, Бангладеш, Бангладеш; Lisa Jones, Университет Манчестера, Соединенное Королевство; Elena Jørgensen, Европейское региональное бюро ВОЗ; Matthew Jowett, Европейское региональное бюро ВОЗ; Florence Jusot, Университет Париж-Дофин, Франция; Olli Kangas, Университет Южной Дании, Дания; Rokho Kim, Европейское региональное бюро ВОЗ; Meri Koivusalo, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения, Финляндия; Gunta Lazadane, Европейское региональное бюро ВОЗ; Stavroula Leka, Университет Ноттингема, Соединенное Королевство; Vivian Lin, Университет Ла Тробе, Австралия; Marta Mańczuk, Мемориальный противораковый центр и институт онкологии им. Марии Кюри-Склодовской, Польша; Jane Mathieson, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Mari Matveinen, Европейское региональное бюро ВОЗ; Stefano Mazzuco, Падуанский университет, Италия; Martin Mckee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Silvia Meggiolaro, Падуанский университет, Италия; Antony Morgan, Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства, Соединенное Королевство; Joana Morrison, CIBER, Эпидемиология и общественное здравоохранение, Испания; Irma Munoz-Baell, Университет Аликанте, Испания; Carles Muntaner, Университет Торонто, Соединенные Штаты Америки; Gulgun Murzalieva, Центр анализа политики здравоохранения, Кыргызстан; Kenneth Nelson, Шведский институт социальных исследований, Стокгольмский университет, Швеция; Aasa Nihlen, Европейское региональное бюро ВОЗ; Gorik Ooms, Институт тропической медицины, Бельгия; Zeuper Og, Центр научных исследований и информации по экономике здравоохранения, Франция; Pirooska Ostlin, Европейское региональное бюро ВОЗ; Corinne Packer, Университет Оттавы, Канада; Laia Palencia, CIBER, Эпидемиология и общественное здравоохранение, Испания; Frank Pega, Университет Отаго, Новая Зеландия; Jitka Pikhartova, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство; Mariona Pons-Vigues, Агентство общественного здравоохранения Барселоны, Испания; Sue Rovall, Университет Ливерпуля, Соединенное Королевство; Susan Ramsay, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное



Королевство; Voika Rechel, Университет Восточной Англии, Соединенное Королевство; Jan Reinhardt, Швейцарский центр исследований по проблемам параплегии, Швейцария; Marilyn Rice, Консультант, Соединенные Штаты Америки; Laetitia Rispel, Университет Витватерсранда, Южная Африка; Bayard Roberts, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Lorenzo Rosso, Падуанский университет, Италия; Ellen Rosskam, Университет шт. Массачусетс, Соединенные Штаты Америки; Vivien Ruppels, Университет Оттавы, Канада; Philip de Winter Shaw, Эдинбургский университет, Соединенное Королевство; Katja Siling, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; María Skarphensdottir, Европейское региональное бюро ВОЗ; Jeppe Sorensen, Организация людей с ограниченными возможностями, Дания; David Stuckler, Кембриджский университет, Соединенное Королевство; Maria Stuttaford, Университет Варвика, Соединенное Королевство; Catriona Towriss, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Wim Van Damme, Институт тропической медицины, Бельгия; Suzanne Van De Vathorst, Университет им. Эразма Роттердамского, Нидерланды; Kjetil Van Der Wel, Университет Осло, Норвегия; Brandon Vick, Университет Фордхема, Соединенные Штаты Америки; Isabel Yordi Aguirre, Европейское региональное бюро ВОЗ; Mateusz Zatoński, Консультант, Польша.

### Рецензенты отчетов целевых групп

Angela Anning, Университет Лидса, Соединенное Королевство; Maurício Avendano, Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство; Fran Baum, Университет Флиндерса, Австралия; Tarani Chandola, Университет Манчестера, Соединенное Королевство; Finn Diderichsen, Копенгагенский университет, Дания; Arjan Gjonca, Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство; Myer Glickman, Бюро национальной статистики, Соединенное Королевство; Sofia Gruskin, Университет Южной Калифорнии, Соединенные Штаты Америки; Johanna Hanefeld, Европейское региональное бюро ВОЗ; Cristina Hernandez Quevedo, Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство; Ken Judge, Университет Бата, Соединенное Королевство; Tord Kjellstrom, Австралийский национальный университет, Австралия; Hans Kluge, Европейское региональное бюро ВОЗ; Daniel La Parra Casado, Университет Аликанте, Испания; Cecily Maller, Университет RMIT, Австралия; Chris Naylor, Фонд Короля, Соединенное Королевство; Kristina Orth-Gomer, Институт Каролинска, Швеция; Peter Paulus,

Университет Леуфана, Люнебург, Германия; Hуnek Pikhart, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство; Kumanan Rasthanan, ЮНИСЕФ, Соединенные Штаты Америки; Jan Rigby, Национальный университет Ирландии Мейнут, Ирландия; Elena Ronda, Университет Аликанте, Испания; Reiner Rugulies, Национальный научный центр по вопросам рабочей среды, Дания; Tom Shakespeare, Европейское региональное бюро ВОЗ; Richard Smith, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Devi Sridhar, Оксфордский университет, Соединенное Королевство; Juan Eduardo Tello, Европейское региональное бюро ВОЗ; Marcel Verwij, Университет Утрехта, Нидерланды; Helen Weatherly, Университет Йорка, Соединенное Королевство; Margaret Whitehead, Университет Ливерпуля, Соединенное Королевство; Gareth Williams, Кардиффский университет, Соединенное Королевство.

### Исходные материалы для примеров из практики

Материалы, использованные в примерах, представленных в главах 4-7, подготовил Peter Goldblatt, Институт проблем справедливости в отношении здоровья, Университетский колледж Лондона (Англия). Полный перечень исходных материалов приведен на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ<sup>1</sup>.

### Дополнительная поддержка

Подготовка настоящего доклада стала возможной благодаря поддержке со стороны Министерства здравоохранения Нидерландов, Департамента здравоохранения Правительства Норвегии, Министерства иностранных дел Испании и Департамента здравоохранения Соединенного Королевства (Англия), которые предоставили финансовую поддержку процессу обзора и подготовке отчетов соответствующих целевых групп. Также была получена поддержка от Министерства здравоохранения Италии и региона Венето (спонсирующей деятельность базирующегося в Венеции Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие), и региона Тоскана (Италия). Министерство здравоохранения и социальной политики Испании, коммуна Мальмё и Совет по научным исследованиям Швеции, Государственный медицинский и фармацевтический университет Республики Молдова, организация Health Action Partnership International (Международное партнерство для действий в поддержку здоровья) и Британская медицинская ассоциация (Соединенное Королевство) предоставили поддержку в проведении совещаний старших советников.

<sup>1</sup> Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Исходные материалы, использованные в примерах из практики [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, по состоянию на 30 мая 2014 г.).

## Список сокращений

### **АПРТ**

активные программы на рынке труда

### **ВВП**

валовой внутренний продукт

### **ЕКПЧ**

Конвенция о защите прав человека и основных свобод (Европейская конвенция по правам человека)

### **ЕС**

Европейский союз

### **ЕС-10**

страны, присоединившиеся к ЕС в мае 2004 г.

### **ЕС-12**

страны, присоединившиеся к ЕС в 2004 и 2007 гг.

### **ЕС-15**

страны, входившие в состав ЕС до 2004 г.

### **ЕС-25**

ЕС-15 плюс ЕС-10

### **ИРЧП**

индекс развития человеческого потенциала

### **ИСО**

Международная организация по стандартизации

### **КСДЗ**

Комиссия по социальным детерминантам здоровья

### **МВФ**

Международный валютный фонд

### **МЛУ-ТБ**

туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью

### **МОТ**

Международная организация труда

### **МПЗ**

Международная помощь в области здравоохранения

### **МСКО**

Международная стандартная классификация образования

### **НПО**

неправительственная организация

### **ОДРВ**

обучение и воспитание детей раннего возраста

### **ОПР**

официальная помощь в целях развития

### **ОЭСР**

Организация экономического сотрудничества и развития

### **ППС**

паритет покупательной способности

### **ПРООН**

Программа развития ООН

### **СНГ**

Содружество Независимых Государств

### **ССЗ**

сердечно-сосудистые заболевания

### **СЦВЕ**

страны Центральной и Восточной Европы

### **ТБ**

туберкулез

### **ФАО**

Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций

### **ЦСЖ**

ценность статистической жизни

### **ШДС**

шкала достатка семьи (HBSC)

### **ЮНЕСКО**

Организация ООН по вопросам образования, науки и культуры

### **ЮНИСЕФ**

Детский фонд ООН

### **СВА**

cost–benefit analysis [анализ «затраты–выгода»]

### **СЕА**

cost–effectiveness analysis [анализ «затраты–эффективность»]

### **EU–SILC**

EU Statistics on Income and Living Conditions [Статистика ЕС по уровням дохода и условиям жизни]

### **ФТТ**

financial transaction tax [налог на финансовые операции]

### **HBSC**

Health Behaviour in School-aged Children [Опросное исследование по поведению детей школьного возраста в отношении здоровья]

### **HLY**

healthy life years [годы здоровой жизни]

### **MICS**

Кластерное обследование по множественным показателям (Multiple Indicator Cluster Survey, ЮНИСЕФ)

### **PISA**

Programme for International Student Assessment [Международная программа по оценке образовательных достижений учащихся]

## Резюме

Настоящее исследование по проблемам, связанным с несправедливыми различиями по показателям здоровья в 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ и между ними, было заказано в рамках разработки основ новой европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020 (1). В настоящее время достигнуто гораздо большее понимание степени и социальных причин этих неравенств, особенно после выхода в свет в 2008 г. доклада Комиссии по социальным детерминантам здоровья (2). Это европейское исследование опирается на фактические данные, полученные в глобальном масштабе.

Имеются веские причины, по которым проведенный обзор был посвящен положению дел именно в Европе. Как известно, в Европейском регионе уровень несправедливостей в отношении здоровья высок, а характерное для Региона большое разнообразие условий создает возможности для того, чтобы провести анализ вопросов политики и предложить стратегические рекомендации, соответствующие конкретным условиям в странах с низкими, средними и высокими доходами. Результаты обзора однозначно свидетельствуют: при правильном выборе стратегического курса прогресс может быть достигнут во всех странах, в том числе и с низким уровнем доходов.

Обзор приходится на важный момент в истории Европы. Регион включает страны, имеющие едва ли не самые лучшие в мире показатели здоровья и самые незначительные социальные неравенства в отношении здоровья. Фактические данные свидетельствуют о том, что такая благоприятная ситуация связана с долгим и непрерывным периодом улучшений в жизни людей – когда общество сплоченно, растет изобилие, построено прочное социальное государство, обеспечивают высококачественные услуги образования и здравоохранения. Благодаря этому созданы

условия для того, чтобы у людей была свобода вести такую жизнь, которую они могут с полным основанием высоко ценить. Как результат – замечательные достижения в показателях здоровья населения.

Однако не всем странам в полной мере достались плоды такого социального и экономического и развития и прогресса в области здравоохранения. Хотя во всех странах социально-экономические условия и улучшились, различия сохраняются, и от этого страдает здоровье (рис. Р-1). Более того, даже среди самых богатых стран Региона все заметнее становятся несправедливые различия в условиях жизни людей и снижение социальной мобильности и социальной сплоченности. Вероятно, в результате таких изменений масштабы несправедливости в отношении здоровья не снижаются, а во многих странах даже возрастают. Экономический кризис, начавшийся в 2008 г. и оказавшийся глубже и длительнее, чем предсказывало большинство экспертов, усугубил эту тенденцию и обнажил резкие социальные и экономические неравенства внутри стран и между ними.

Подходы с позиции прав человека помогают уделять первоочередное внимание улучшению здоровья и сокращению несправедливостей. Для достижения этих целей требуются решительные действия, направленные на изменение социальных детерминант здоровья, что является главной стратегической задачей. Неравенства в отношении здоровья широко распространены, упорно сохраняются, неоправданны и несправедливы, и их преодоление должно стать задачей первостепенной важности на всех уровнях стратегического руководства в Регионе. Для того, чтобы защитить нынешнее и будущие поколения, осуществлять необходимые действия нужно на протяжении всей жизни людей и в более широких социальных и экономических сферах.

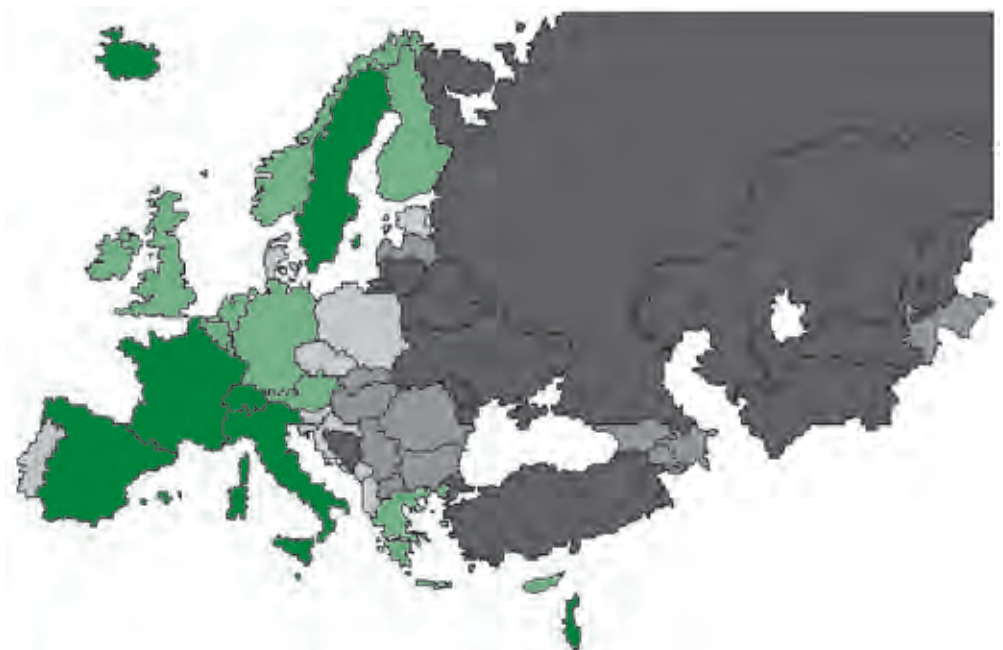
### Рисунок Р-1

**Ожидаемая продолжительность жизни в странах Европейского региона, 2010 г. (или последний год с наличием данных)**

**Ожидаемая продолжительность жизни – квинтили:**

- Верхний
- Второй
- Третий
- Четвертый
- Самый низкий

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).



Данный обзор помогает понять, что находится в пределах возможного и что дает положительный эффект, учитывая конкретные обстоятельства и условия в отдельных странах. Содержащиеся в нем рекомендации носят практический и целенаправленный характер. Один из подходов к действиям, возможный для всех, состоит в обеспечении всеобщего охвата услугами медико-санитарной помощи. Другой подход – уделить внимание поведенческим факторам, таким как курение, характер питания, потребление алкоголя, которые являются причинами значительной доли этих несправедливостей в отношении здоровья, но в свою очередь являются социально детерминированными. Положения обзора поддерживают оба эти подхода. Но рекомендации в обзоре идут

дальше – они распространяются на причины причин, то есть на условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, и на несправедливые различия в отношении власти, денег и ресурсов, порождающие эти условия.

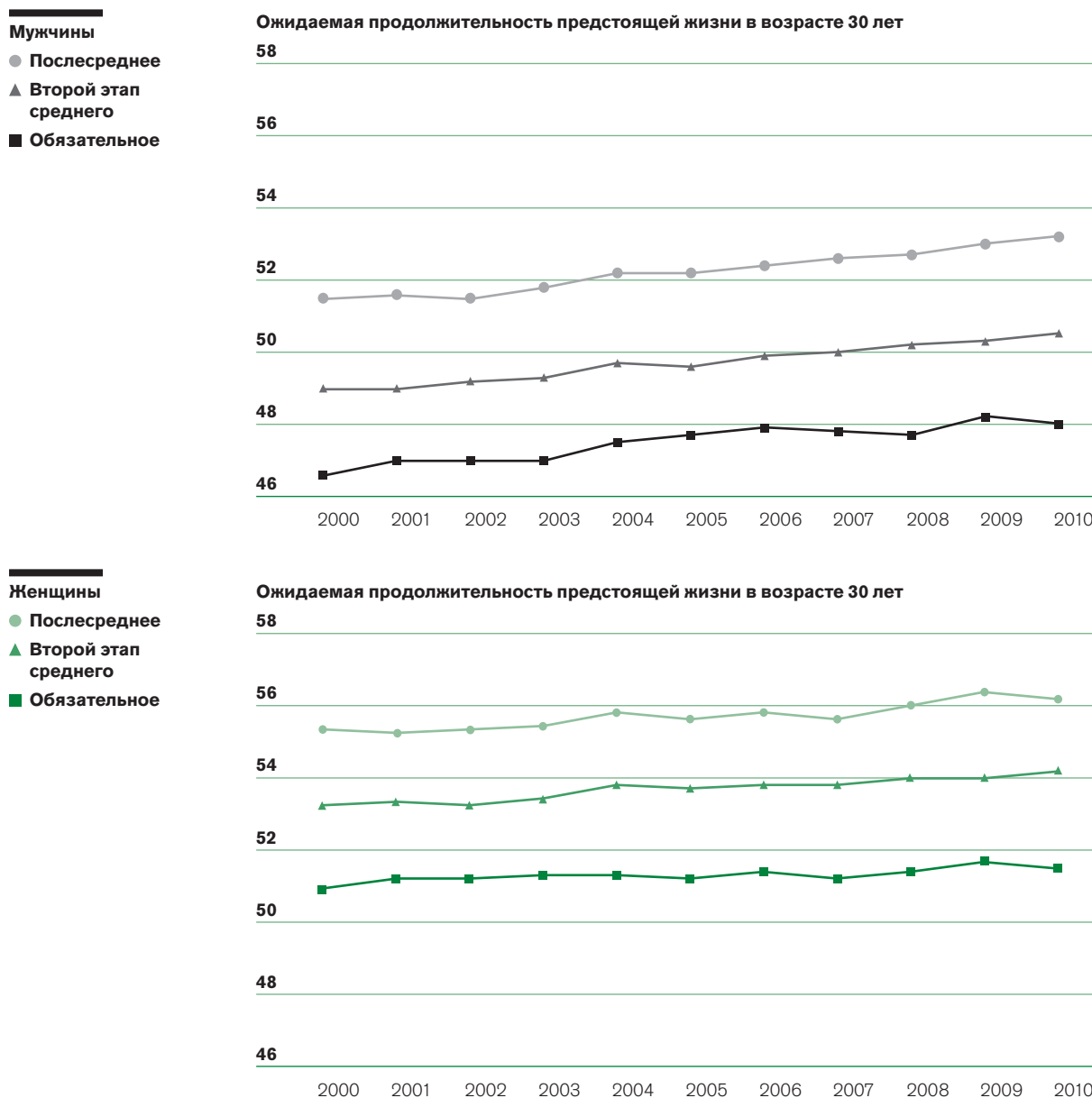
На рисунке Р-1 показана ожидаемая продолжительность жизни в странах, которая является одной из мер различий в отношении здоровья в Регионе. Разброс между самыми высокими и самыми низкими страновыми показателями составляет 17 лет у мужчин и 12 лет у женщин. Большинство стран в самом низком квинтиле находятся в восточной части Региона.

Также нужно иметь в виду, что несправедливости в отношении здоровья не ограничиваются плохим состоянием здоровья у людей в бедных странах и хорошим здоровьем у всех остальных. На рисунке Р-2 показано, как несправедливости в отношении здоровья сохраняются даже в некоторых наиболее богатых странах.

### Рисунок Р-2

**Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения Швеции, 2000–2010 гг., в разбивке по уровню образования, мужчины и женщины**

Источник: Statistics Sweden (4).



Для изучения проблемы этих неравенств в отношении здоровья внутри стран и между странами Европейское региональное бюро ВОЗ заказало проведение данного обзора социальных детерминант здоровья и разрыва в показателях здоровья. Выводы и рекомендации этого обзора были использованы при разработке политики Здоровье-2020 (1).

### **Неравенства в отношении здоровья, которые можно предотвратить, носят несправедливый характер: необходимы действия в масштабе всего общества**

Систематические различия в отношении здоровья между социальными группами являются несправедливыми, если их можно избежать разумными средствами. Поэтому в данном обзоре для описания таких предотвратимых неравенств, используется термин «несправедливости в отношении здоровья» или «несправедливые различия по показателям здоровья» (health inequities).

Анализ показывает, что для достижения прогресса в обеспечении справедливости в отношении здоровья нужны действия по изменению социальных детерминант здоровья, предпринимаемые на всех уровнях и во всех сферах государственного управления. Несомненно, министрам здравоохранения принадлежит немаловажная роль в обеспечении всеобщего доступа к высококачественным медицинским услугам. Но они также должны выступать лидерами в отстаивании аргументов о том, что здоровье является одним из результатов стратегий, осуществляемых в других областях. Связь между социальной политикой и справедливостью в отношении здоровья настолько тесна, что степень несправедливости в отношении здоровья показывает, насколько полно общество удовлетворяет потребности своих граждан. Здоровье – это не просто показатель хорошо поставленной работы: это еще и благо, высоко ценимое гражданами и обществом.

В обзоре выдвигаются морально-этические аргументы в пользу действий, направленных на социальные детерминанты здоровья – социальная несправедливость убивает и причиняет страдания. Есть также и убедительный экономический аргумент. Издержки служб здравоохранения, ущерб в виде снижения производительности труда и потери доходов государства вследствие несправедливостей в отношении здоровья настолько велики, что ни одно общество не может позволить себе бездействовать. Преодоление несправедливостей в отношении социальных детерминант здоровья также приводит и к другим улучшениям в общественном благополучии – к повышению социальной сплоченности, активизации усилий по смягчению последствий изменения климата и улучшению образования.

### **Области действий – акцент на приоритеты**

Обзор опыта стран Европейского региона со всей очевидностью показывает, что страны должны иметь перед собой две четкие цели: улучшение среднего уровня здоровья и сокращение несправедливостей в отношении здоровья, для чего необходимо стремиться к повышению уровня здоровья людей, находящихся в менее благоприятном положении, до уровня наиболее обеспеченных. Повышение уровней и справедливое распределение социальных детерминант должно привести к достижению обеих целей. Точно так же, для сокращения разрыва в состоянии здоровья населения между странами нужно поднять уровень стран с наихудшими показателями здоровья до уровня стран, имеющих самое здоровое население. Необходимо осуществлять стратегии двух типов: внутри каждой страны – действия, направленные на социальные детерминанты здоровья с целью повышения среднего уровня здоровья населения и сокращения несправедливостей, и на между-народном уровне – действия, направленные на устранение причин несправедливых различий между странами.

Для проведения обзора было сформировано 13 целевых групп, которые изучили европейскую и мировую литературу, касающуюся социальных детерминант здоровья и стратегий по повышению справедливости в отношении здоровья внутри стран и между ними. На основании собранных фактических данных рекомендации, содержащиеся в обзоре, сгруппированы в четыре темы: все этапы жизни, общество в целом, более широкий контекст на макроуровне и системы (рис. Р-3). Каждая из вышеуказанных тем требует активных действий.

**Рисунок Р-3**  
**Широкие темы**





Внутри каждой из этих тем можно выделить следующие главнейшие приоритеты для практических действий:

## **A Все этапы жизни**

Наиболее приоритетная задача для стран – обеспечить каждому ребенку наиболее благоприятный жизненный старт. Для этого требуется, как минимум, обеспечить полноценную социальную и медико-санитарную защиту женщин, будущих матерей и молодых семей и добиться значительного прогресса в обеспечении всеобщего доступа к высоко-качественным и приемлемым по стоимости услугам образования и заботы о детях раннего возраста.

Акцент на хороший жизненный старт конечно не означает, что действия на последующих этапах жизни – в трудоспособном и затем в пожилом возрасте – менее существенны. Напротив, они очень важны как для того, чтобы поддерживать и усиливать повышение профессиональных навыков и расширение прав и возможностей, обретенных благодаря хорошему началу жизни, так и для достижения большей справедливости в отношении здоровья среди взрослого населения, живущего в каждой стране. В частности, очень важно снижать уровни стресса на рабочем месте, сокращать риск длительного отсутствия трудоустройства с помощью активных программ улучшения ситуации на рынке труда, а также устранять причины социальной изоляции.

## **B Общество в целом**

Самые эффективные действия для достижения большей справедливости в отношении здоровья на уровне всего общества – те, что создают и укрепляют социальную сплоченность и взаимную ответственность. В частности, наиболее ощутимые и практические действия заключаются в том, чтобы обеспечить уровень и распределение социальной защиты, достаточные для удовлетворения потребностей людей. Во многих странах для этого нужно повысить уровень социального обеспечения. Во всех странах это требует более рационального использования существующих мер социального обеспечения, например, достижения прогресса в увеличении доли людей, имеющих тот минимальный уровень жизни, который необходим для участия в жизни общества и сохранения здоровья.

Чрезвычайно важно поддерживать меры по укреплению социальной солидарности и повышению устойчивости сообществ к воздействию внешних негативных факторов, что требует подхода, построенного на принципе участия всего общества в создании на местном уровне партнерств с теми, кого затрагивают несправедливость и процессы социального отчуждения – при активном участии граждан-

ского общества и ряда публичных организаций. Центральное место в этом подходе занимает расширение полномочий и возможностей – создание действенных механизмов, дающих людям, терпящим несправедливость, возможность реально участвовать в принятии решений, которые влияют на их жизнь, а также признание их основных прав, включая право на здоровье.

## **C Контекст на макроуровне**

Жизнь, права человека и здоровье людей в Европейском регионе находятся под влиянием ряда общих факторов, действующих как внутри стран, так и на международном уровне. В краткосрочном и среднесрочном плане приоритетной задачей является преодоление негативных последствий для здоровья людей, обусловленных экономическим кризисом. В дальнейшем же при формировании экономической и налогово-бюджетной политики в европейских странах приоритетом должно стать признание последствий пакетов мер жесткой экономии для здоровья и социальной защиты населения. В переговорах о таких пакетах мер должны быть услышаны мнения министров, отвечающих за здравоохранение и социальную защиту населения. На международном уровне право голоса в таких вопросах также должно быть предоставлено ВОЗ, Детскому фонду ООН (ЮНИСЕФ) и Международной организации труда (МОТ).

Одной из основных движущих сил политики в области охраны окружающей среды является социальная справедливость среди поколений. Так же должно быть и в стратегиях общества, касающихся охраны здоровья. Чрезвычайно важно обеспечить согласованность подходов к политике и практике в области охраны окружающей среды, социального развития и экономики.

## **D Системы**

Улучшений здоровья и его социальных детерминантах невозможно достичь без существенной переориентации систем оказания услуг на общегосударственный подход и принцип участия всего общества. Исходной точкой является система здравоохранения – то, что делает она сама и как влияет на других, чтобы достигать улучшения здоровья и повысить уровень справедливости. Для этого необходимо добиться большей согласованности действий всех секторов (политика, инвестиции и услуги) и заинтересованных сторон (население, частный сектор, добровольные организации) на всех уровнях государственного управления (транснациональный, национальный, территориальный и местный). Приоритетом является всеобщий доступ к медико-санитарной помощи, а там, где он уже достигнут, его

нужно защищать, и он должен поступательно распространяться на все страны в Регионе.

Меры по профилактике болезней должны включать сокращение непосредственных причин несправедливых различий внутри стран и между ними – употребления алкоголя, курения и ожирения. Действенные стратегии не ограничиваются предоставлением информации, а включают налогообложение и нормативно-правовое регулирование. Фактические данные показывают, что самый правильный путь устранения названных факторов – это воздействие на «причины причин»: нужно, чтобы у людей были необходимые навыки и возможности полностью распоряжаться своей жизнью и, соответственно, изменять поведение.

Но ничего не произойдет без мониторинга и адекватной оценки. Рекомендуется, чтобы во всех 53 странах Региона были приняты четкие стратегии воздействия на социальные детерминанты здоровья в целях устранения негативных факторов, обуславливающих несправедливости в отношении здоровья, и сокращения их выраженности. Странам следует регулярно проводить критические оценки этих стратегий. Результаты оценок должны доводиться до сведения ВОЗ и периодически обсуждаться на региональных совещаниях.

## Новые подходы

В Европейском обзоре использованы выводы и рекомендации Комиссии по социальным детерминантам здоровья (2): истоками социальных несправедливостей в отношении здоровья являются условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, а также неравенства властных полномочий и распределения ресурсов, порождающие эти условия повседневной жизни. Прямой задачей данного обзора было собрать новые факты и выработать новые идеи, которые можно было бы применить в условиях обширного разнообразия стран, составляющих Европейский регион, с их разными уровнями национального дохода и социального развития, разной историей, политикой и культурой.

Во вставке Р-1 в обобщенном виде представлены принятые в обзоре специальные подходы к пониманию и продвижению справедливости в отношении здоровья в Европе.

В результате проведенного обзора возникло несколько новых тем.

- В нашем подходе к действиям по изменению социальных детерминант здоровья центральное место занимают права человека; в правах человека воплощены основные свободы, и для их защиты нужны действия на уровне всего общества.
- Помимо противодействия вредоносным влияниям, важно использовать ресурс устойчивости

граждан и сообществ к внешним негативным воздействиям; здесь центральная роль принадлежит расширению прав и возможностей.

- Становится очевидным, что единственно верным подходом к планированию действий по изменению социальных детерминант здоровья является подход, охватывающий все этапы жизни; хотя в обзоре подчеркивается важность раннего детства, нужно принимать меры на каждом этапе жизни, и в обзоре содержатся настоятельные рекомендации в отношении трудоспособного и пожилого возрастов.
- Важно защитить будущие поколения от неизбежного повторения социальных и экономических несправедливостей, от которых страдали предыдущие поколения.
- Помимо справедливости внутри поколений, большое значение имеет справедливость между поколениями.
- Необходимо делать особый акцент на совместные действия по изменению социальных детерминант здоровья, укреплению социальной сплоченности и обеспечению устойчивого развития; все это подразумевает прочную приверженность принципам социальной справедливости.
- При принятии мер по преодолению несправедливости в отношении здоровья в качестве стратегии для установления приоритетов следует принять принцип пропорционального универсализма.

Регион не должен иметь столь большие различия по показателям здоровья, испытывать депрессию из-за мрачных экономических перспектив и проявлять несостоятельность в отношении своих амбициозных планов в области охраны окружающей среды. Результаты обзора показывают, что Регион, напротив, мог бы двигаться к справедливости в отношении здоровья, устойчивому процветанию и социальной сплоченности во всех странах. Для этого нужно, чтобы все 53 государства-члена Европейского региона действовали сообща и принимали взаимную ответственность за достижение таких перемен.

## Действия – делать хотя бы немного, делать больше, делать лучше

Таков был один из главных тезисов, вытекающих из результатов работы целевых групп, созданных для того, чтобы проанализировать, какие меры могут дать положительный эффект в разных странах Европейского региона – начинать действовать, делать больше, делать лучше.

Иными словами, для стран, реально не располагающих стратегиями воздействия на социальные детерминанты здоровья, позитивное значение будут иметь любые практические шаги в данном

## Вставка Р-1

### Ключевые понятия, применяемые при рассмотрении вопросов и продвижении принципов справедливости в отношении здоровья

#### ■ Социальные детерминанты здоровья

(social determinants of health) – мы должны улучшать условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся – это ключевые детерминанты справедливости в отношении здоровья. В свою очередь эти условия повседневной жизни находятся под влиянием структурных факторов, таких как экономические механизмы, распределение власти, степень гендерного равенства, основы проводимой политики и общественные ценности.

■ **Внимание ко всем этапам жизни** (life-course approach) в контексте справедливости в отношении здоровья. На протяжении всей жизни происходит накопление благоприятных и неблагоприятных воздействий. Принцип внимания ко всем этапам жизни начинается с очень важных ранних периодов – беременности и развития ребенка в раннем детстве – и продолжается далее, охватывая школьные годы, переход к трудовой жизни, трудоустройство и условия труда, жизненные обстоятельства пожилых людей.

■ Наличие **социального градиента по показателям здоровья** (social gradient in health) означает, что по мере улучшения социально-экономического положения людей и/или сообществ их здоровье также прогрессивно улучшается. Важно разрабатывать такие стратегии, которые действуют по всему градиенту, и направлять усилия на тех, кто находится в нижней части градиента, и на наиболее уязвимых членов общества. Для достижения этих двух целей необходимы стратегии, которые носят универсальный характер, но осуществляются на том уровне и с такой интенсивностью действий, которые пропорциональны имеющимся потребностям (пропорциональный универсализм).

■ Что касается наиболее обездоленных, важно направлять меры воздействия на **процессы, приводящие к социальному отчуждению** (processes of exclusion), а не сосредоточивать воздействия только на отдельных характеристиках маргинализированных групп. В таком подходе кроется большой потенциал, который можно использовать при решении социальных и медицинских проблем народностей рома и нелегальных мигрантов, а также проблем людей, страдающих от не столь крайних форм социального отчуждения и попеременно попадающих в условия уязвимости и выбирающихся из них.

■ Необходимо опираться на социальные ресурсы – **устойчивость к негативным воздействиям, возможности и потенциал граждан и сообществ** (resilience, capabilities and strength of individuals and communities) – и устранять и минимизировать опасные факторы и риски, которым они подвергаются.

■ Большое значение имеет **гендерная справедливость** (gender equity) – все **социальные детерминанты здоровья** влияют по-разному на мужчин и женщин. Помимо биологических различий между полами, существуют также коренные социальные различия в том, как общество относится к женщинам и к мужчинам и какими они обладают ресурсами и устойчивостью к неблагоприятным воздействиям. Во всех обществах, хотя и в разной степени, эти гендерные отношения влияют на здоровье и ими должны определяться меры по сокращению несправедливостей.

■ Большое внимание уделялось и будет впредь уделяться **справедливости в масштабах поколений** (equity within generations). Соображения устойчивого развития и необходимость помнить о том, что социальная несправедливость может затронуть будущие поколения, означают, что необходимо уделять особое внимание соблюдению **межпоколенческой справедливости** (intergenerational equity) и оценивать воздействие мер и стратегий в отношении несправедливости на будущие поколения и смягчать возможные риски.

направлении. Там, где определенные стратегии имеются, данный обзор показывает, как можно их улучшить, чтобы более эффективно решать проблему масштабных и стойко сохраняющихся несправедливостей в отношении здоровья. В самых богатых странах Европы вопрос преодоления несправедливых различий не снят с повестки дня.

На основании фактических данных исследований, собранных целевыми группами, в обзоре даются рекомендации, которые относятся ко всем странам Региона, но приводится и множество

конкретных примеров того, как эти рекомендации можно применять в разных условиях, существующих в странах. Одно из основных положений обзора – расширение прав и возможностей – означает не навязывание странам решений со стороны, а использование странами, провинциями и городами научно обоснованных рекомендаций, содержащихся в этом докладе, для того, чтобы самим разрабатывать стратегии и программы, соответствующие специфике каждого из 53 государств-членов – более того, специфике городов и районов в этих странах.

## **Социальные детерминанты, права и свободы человека**

Ведутся оживленные дебаты о том, что иногда изображается как противоречие между действиями по изменению социальных детерминант и свободой личности. Данный обзор содержит призыв к социальному действию, но при этом в принятом здесь подходе свобода и ответственность личности отнюдь не игнорируются, а развиваются идеи Амартьи Сена о свободах, позволяющих людям вести такую жизнь, которую они имеют основание ценить (5). Более широкие воздействия общества на социальные детерминанты индивидуального здоровья имеют основополагающее значение для того, чтобы люди могли достичь такого уровня возможностей, который ведет к хорошему здоровью.

На ресурсы и способности индивида, позволяющие ему быть здоровым, влияют социальное и экономическое устройство общества, коллективные ресурсы, предоставляемые сообществами, частью которых он является, и институты государства всеобщего благоденствия. Подходы с позиции защиты прав человека способствуют реализации этих ресурсов. Из права на здоровье вытекают права на справедливость в социальных детерминантах здоровья. Sridhar Venkatapuram (6) трактует право на здоровье как моральное притязание на «способность быть здоровым», которая в значительной степени определяется социальными детерминантами здоровья.

## **Действия в условиях «экономических заморозков»**

В обзоре выдвигаются нравственные аргументы в пользу необходимости действовать. Во многих областях эти нравственные аргументы идут рука об руку с экономическими: инвестиции в развитие в раннем детстве и в образование могут удовлетворять требованиям, касающимся как экономической эффективности, так и справедливости. Как отмечалось в исследовании, сопровождавшем разработку политики Здоровье-2020, профилактика относится к категории «выгодных покупок» (good buy) (7). Кроме того, действия, предпринимаемые в отношении социальных детерминант здоровья, дают и другие выгоды обществу, которые могут в свою очередь принести более непосредственные выгоды для экономики. Например, среди более сплоченного в социальном отношении и образованного населения будет, скорее всего, ниже уровень преступности и гражданских беспорядков, выше уровень квалификации рабочей силы и больше возможностей для того, чтобы люди жили такой жизнью, ценить которую у них будут все основания, а также имели более высокий уровень здоровья и справедливости в отношении здоровья.

Нынешние экономические трудности, с которыми сталкиваются страны, – это причина для действий, а не для бездействия в отношении социальных детерминант здоровья. Поразивший Европу экономический кризис обнажает суровые реалии, на фоне которых нужно настойчиво вести эту работу. Часто утверждают, что для преодоления этих серьезных экономических трудностей нужно уменьшить инвестиции в здравоохранение и в его социальные детерминанты. Однако фактические данные, изложенные в обзоре, совершенно ясно показывают: инвестирование средств в развитие в раннем детстве, в активные стратегии на рынке труда, социальную защиту, обеспечение жильем и смягчение изменения климата поможет защитить население от неблагоприятных воздействий экономического кризиса и заложить основу для более здорового будущего.



##### Рекомендация 1(а).

**Обеспечить необходимые условия для надлежащего ухода за детьми и их воспитания, для формирования благоприятных семейных отношений при соблюдении гендерного равенства, а также для предоставления адекватной социальной поддержки и защиты здоровья.**

##### Конкретные действия

(i) Обеспечить общедоступные, недорогостоящие и высококачественные услуги охраны сексуального и репродуктивного здоровья для всех нуждающихся (особенно для женщин, молодых девушек и подростков обоего пола). Это включает доступ к современным средствам контрацепции и помощи во время беременности и родов. Помимо обеспечения безопасных родов, что является одним из основных прав женщин, такие услуги помогают снизить распространенность курения в период беременности и повысить процент грудного вскармливания и способствуют формированию навыков ухода за ребенком. При оказании таких услуг необходимо заблаговременно выявлять семьи, входящие в группы риска, и направлять их в соответствующие службы.

(ii) Добиваться того, чтобы стратегии, направленные на сокращение социальных и экономических несправедливостей, служили интересам женщин детородного возраста и семей с детьми раннего возраста.

(iii) Рекомендовать министрам здравоохранения активно отстаивать курс на создание таких систем социальной поддержки, которые предусматривают защиту доходов населения, достаточные льготы и пособия и прогрессивное налогообложение в целях сокращения масштабов бедности среди семей с детьми и пенсионеров.

(iv) Добиваться того, чтобы стратегии и услуги, касающиеся родительского ухода за детьми, способствовали расширению прав и возможностей женщин, имеющих детей, распоряжаться своей жизнью, поддерживали здоровье и развитие детей и способствовали повышению роли мужчин в уходе за детьми и в их воспитании. В частности, укрепить меры политики в области трудоустройства, ориентированные на семью, путем введения более гибкого графика работы – без перехода на использование негарантированных контрактов – и обеспечения ценовой доступности служб по уходу за детьми, чтобы помочь родителям совмещать работу с выполнением родительских обязанностей.

## Стойкое повторение рисков для здоровья, переходящих от одного поколения к другому

На развитие детей в раннем возрасте, шансы в дальнейшей жизни и, в конечном счете, на несправедливости в отношении здоровья большое влияние оказывают социально-экономическое положение их родителей и более старших родственников, место жительства, культура и традиции, образование и наличие работы, доходы и благосостояние, образ жизни и поведение, а также генетическая предрасположенность. Такие состояния, как ожирение и артериальная гипертензия, а также поведение, создающее угрозу для здоровья, например курение, повторяются в последующих поколениях. Для того, чтобы достичь устойчивого снижения несправедливых различий в отношении здоровья, необходимы действия, которые помешали бы относительно и абсолютно неблагоприятным условиям жизни родителей губительным образом отражаться на жизни их детей, внуков и последующих поколений. Самые действенные средства разорвать этот порочный круг неблагоприятных условий кроются в начале жизни. В рекомендациях обзора рассматриваются ключевые факторы, способствующие стойкому повторению несправедливостей в отношении здоровья.

Взаимодействие гендерных несправедливостей и других социальных детерминант повышает уязвимость женщины и ее подверженность риску нарушений сексуального и репродуктивного здоровья. Показателями таких несправедливостей являются плохое здоровье матери, недостаточный доступ к средствам контрацепции и насилие на гендерной почве.

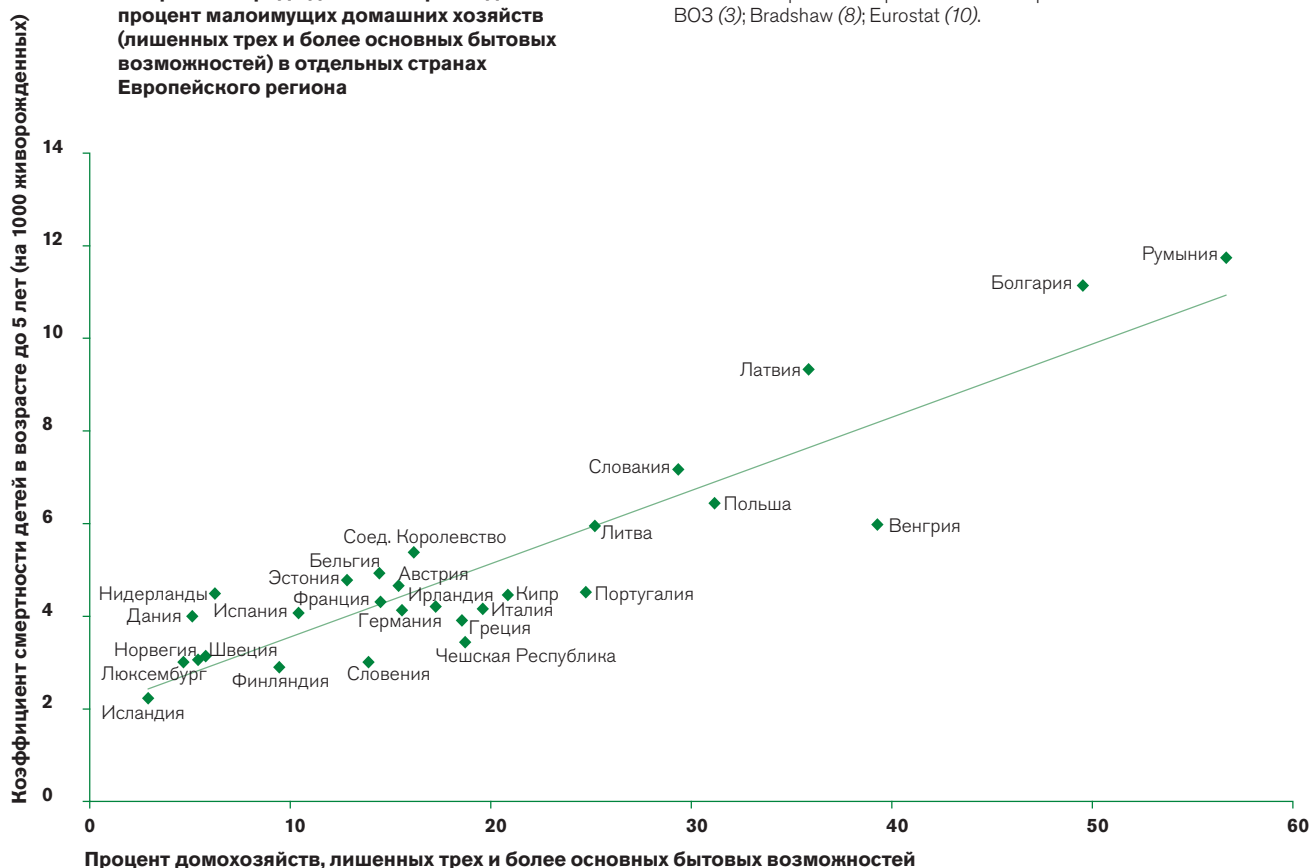
В качестве иллюстрации раннего влияния стойких повторений несправедливости на здоровье на рисунке Р-4 показано, что чем больше в стране малообеспеченных и неблагополучных семей, тем выше вероятность смерти ребенка до наступления возраста 5 лет (9). Обездоленность в раннем возрасте также коррелирует с другими нарушениями здоровья, плохим питанием и отставанием в физической, социальной, эмоциональной, когнитивной и языковой сферах развития. Все это оказывает влияние на реализацию возможностей и здоровье в течение всех предстоящих лет жизни.



Рисунок Р-4

Смертность среди детей в возрасте до 5 лет и процент малоимущих домашних хозяйств (лишенных трех и более основных бытовых возможностей) в отдельных странах Европейского региона

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3); Bradshaw (8); Eurostat (10).



## Развитие в детском возрасте

### Рекомендация 1(б).

**Обеспечить всеобщий доступ к высококачественным и приемлемым по стоимости услугам ухода, воспитания и образования в раннем детском возрасте.**

#### Конкретные действия

- (i) Обеспечить всеобщий доступ к высококачественным, приемлемым по стоимости услугам ухода, воспитания и образования в раннем детском возрасте как фундамент для устранения социальных несправедливостей в получении образования, снижения нищеты и содействия гендерному равенству.
- (ii) Приложить особые усилия к тому, чтобы образовательными услугами были охвачены дети, подверженные множественным рискам социального отчуждения, в частности:
  - (а) с ограниченными физическими или психическими возможностями;
  - (б) из семей мигрантов;
  - (в) представители этнических меньшинств, таких как рома.

Начиная с самого раннего возраста, действия, способствующие физическому, познавательному, социальному и эмоциональному развитию, жизненно важны для всех детей и должны усиливаться на протяжении всего детства и подросткового периода. Дети, имеющие позитивное начало жизни, чаще всего хорошо успевают в школе и во взрослом возрасте получают более высокооплачиваемую работу и обладают лучшим соматическим и психическим здоровьем.

Благоприятное начало жизни характеризуется следующим: мать имеет возможность репродуктивного выбора, здорова во время беременности, ребенок рождается с нормальной массой тела, испытывает теплое и чуткое отношение в грудном возрасте, имеет доступ к качественной медико-санитарной помощи и образованию с раннего возраста и живет в стимулирующей развитие среде, которая позволяет ребенку в безопасности играть на открытом воздухе. Фактические данные показывают, что высококачественные услуги, оказываемые детям в раннем возрасте и влияющие на выполнение родительских функций по воспитанию и уходу за ребенком, могут компенсировать воздействие социальных неблагоприятных факторов на развитие ребенка в раннем возрасте. Ввиду особенностей этапа раннего детства, услуги, поддерживающие этот этап развития, затрагивают разные поколения и предполагают

мультидисциплинарное участие, включая здравоохранение, образование и социальное обеспечение, и нацелены на родителей и на самих детей. В большинстве стран такая поддержка, как правило, начинается не через систему образования, а через службы здравоохранения и детские дошкольные учреждения.

Системы, стимулирующие такой благоприятный жизненный старт, включают стратегии, предусматривающие обеспечение безупречной медико-санитарной помощи до и после рождения, систему занятости и социальной защиты, признающую риски, создаваемые нищетой и стрессом в раннем возрасте, хорошую организацию отпусков родителей, поддержку материнства и отцовства и высококачественное образование и уход в раннем возрасте.

Для того, чтобы закрепить хорошее начало на протяжении всего детства и подросткового периода, необходимо сосредоточить главное внимание на навыках родителей в воспитании и уходе за ребенком, занятости и социальной защите родителей, разумном сочетании работы и семейной жизни женщин и мужчин, равноправном образовании и социальной поддержке для мальчиков и девочек на всем протяжении детства, на хороших системах развития навыков жизни и работы у молодых людей как в отрочестве, так и в раннем детстве.

На рисунке Р-5 иллюстрируются различия между странами и между наиболее богатыми и наиболее бедными категориями населения в каждой стране в участии детей в образовательных программах для детей раннего возраста: дети наиболее бедных родителей участвуют реже, чем дети наиболее богатых.

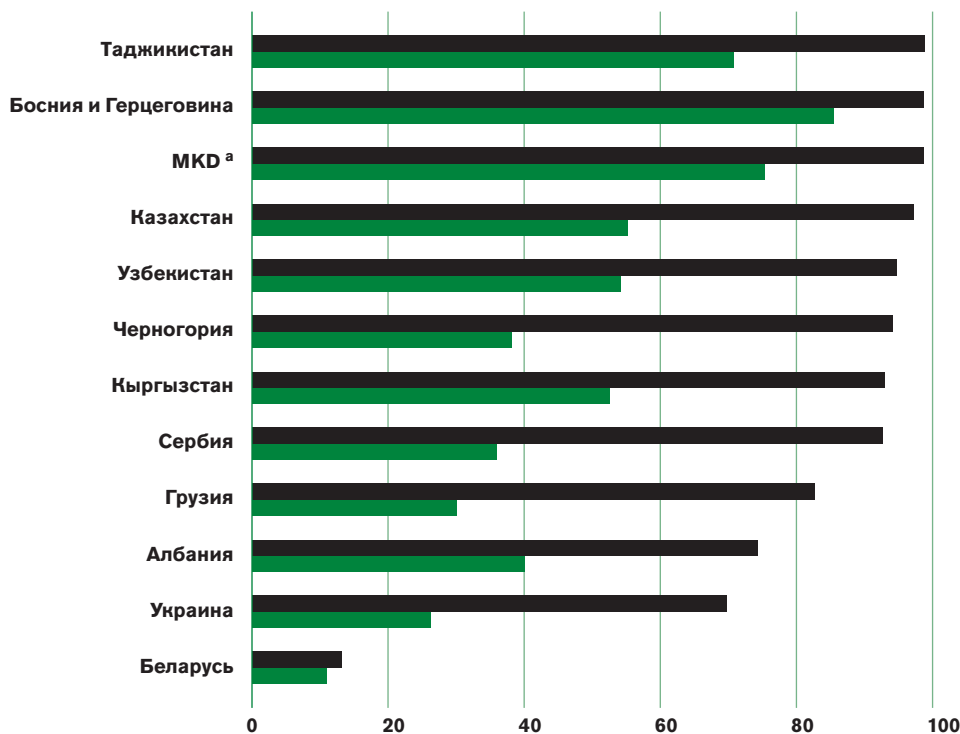
#### Рисунок Р-5

**Дети в возрасте 36–59 месяцев в квинтилях населения с самым низким и самым высоким уровнем доходов, не участвующие ни в одной из форм образовательных программ для детей раннего возраста, в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии, 2005/2006 гг.**

■ Самые бедные 20%  
■ Самые богатые 20%

Источник: UNICEF (11).

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).



## Детская бедность

В значительной части Региона большое влияние на итоговые показатели здоровья и другие аспекты на протяжении всей жизни оказывает относительная бедность в детстве, по-прежнему остающаяся на высоком уровне. В странах восточной части Региона, несмотря на 10–15 лет экономического роста до наступления нынешнего спада, детская бедность оставалась на приблизительно одинаковом уровне (12). Главная причина, по которой дети ничего не выиграли от этого экономического роста, заключается в том, что средние расходы на выплату семьям пособий в этой части Региона были, по состоянию на 2007 г., менее 1% валового внутреннего продукта, по

сравнению со средним уровнем 2,25% в странах, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (13).

Проведенное в 2009 г. в Европейском союзе обследование уровней доходов и условий жизни показало, что в западной части Региона – на территории ЕС – несмотря на более высокий средний уровень расходов по сравнению с восточной частью Региона существует громадный разброс показателей детской бедности: от 10% до 33% (см. рис. Р-6) (12). Внутри стран этот показатель в период 2005–2009 гг. изменился на один процентный пункт или более в 20 странах из всех, показанных на рисунке, причем в 11 странах он увеличился.

### Рисунок Р-6

**Показатели детской бедности<sup>а</sup> в отдельных европейских странах в 2009 г. и изменения, происшедшие с 2005 г.**

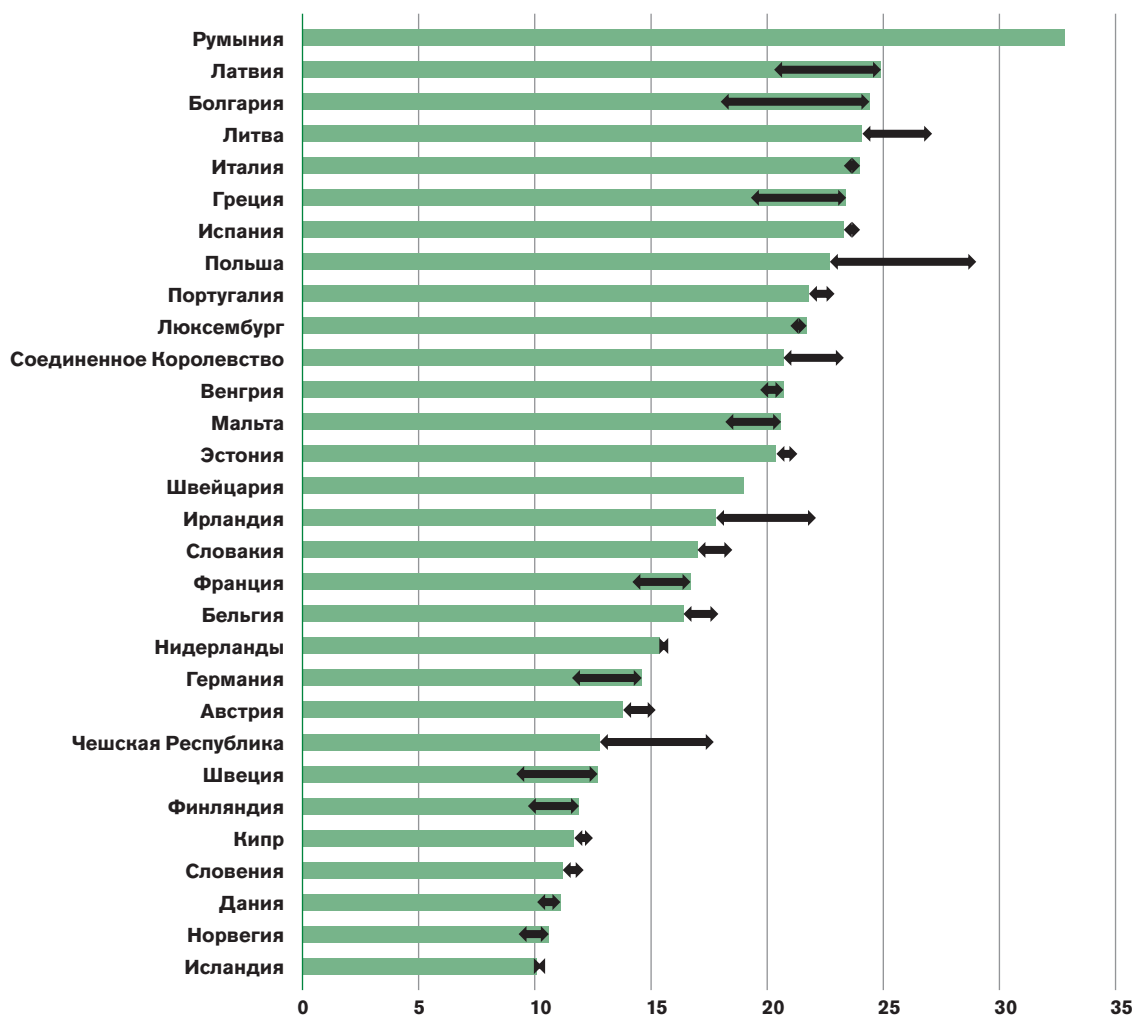
■ Показатель детской бедности в 2009 г.

◆ Разница между 2005 г. и 2009 г.

<sup>а</sup> Критерий – <60% от медианного уровня доходов.

Примечание: Цветные полоски обозначают уровни детской бедности в 2009 г. Там, где стрелки находятся справа от полосок, это значит, что показатели бедности в период с 2005 по 2009 гг. снизились; когда стрелки находятся слева от конца полосы, это указывает на то, что в период с 2005 по 2009 гг. показатели бедности увеличились.

Источник: Bradshaw (8).



## Трудоустройство, условия труда и несправедливые различия в отношении здоровья

### Рекомендация 1(с).

**Устранить воздействие нездоровых и небезопасных условий труда и усилить меры по обеспечению здоровых условий на рабочем месте, доступа к трудоустройству и возможностям заниматься достойным трудом.**

#### Конкретные действия

(i) Улучшить психосоциальные условия тех видов труда, где имеет место нездоровый стресс.

(ii) Снизить бремя производственного травматизма, профессиональных заболеваний и других рисков для здоровья, для чего обеспечить соблюдение требований национального законодательства и нормативов с целью устранения угроз здоровью на рабочем месте.

(iii) Поддерживать существующие или создать новые службы гигиены труда, финансируемые из государственного бюджета и не зависящие от нанимателей.

(iv) На международном уровне активизировать и расширить деятельность по передаче национальным структурам знаний и навыков в области охраны здоровья и безопасности на рабочем месте от европейских и других международных организаций, учреждений и сетей.

(v) В странах с низким и средним уровнем доходов отдавать приоритет тем мерам по обеспечению экономического роста (в соответствии со стратегией в области охраны окружающей среды и устойчивого развития), которые считаются наиболее действенными для сокращения масштабов бедности, улучшения образования и снижения уровней безработицы. Для этого необходимо инвестировать средства в обучение кадров, улучшение инфраструктуры и технологии и расширять возможности трудоустройства и получения достойной работы во всех основных секторах рабочей силы.

(vi) В странах с высоким уровнем доходов обеспечить высокий уровень занятости населения в соответствии с принципами устойчивой экономики и без ущерба для стандартов достойной работы и обеспечения основных форм социальной защиты.

(vii) Защищать трудовые права наиболее уязвимых и усилить профилактические меры в интересах этих людей, особенно лиц, не имеющих гарантированной занятости, низкооплачиваемых работников, работающих неполный рабочий день, безработных и трудящихся из числа мигрантов.

(viii) Сдерживать рост безработицы среди молодежи, для чего создавать возможности для устройства на работу и добиваться, чтобы молодые люди получали достойную работу, в частности обеспечивая им образование, обучение и проводя активные стратегии на рынке труда.

Занятость и достойная работа имеют огромное значение для здоровья населения и неравенств в отношении здоровья, что проявляется в нескольких взаимосвязанных формах.

■ От участия в рынке труда или исключения из него зависит широкий спектр жизненных возможностей, определяемых главным образом получением регулярной заработной платы и обретением социального статуса.

■ Материальные лишения вследствие безработицы или низкооплачиваемой работы и ощущение несправедливости в оплате труда – например, высокий уровень различий в заработной плате внутри организации – способствуют нарушению соматического и психического здоровья.

■ Для социального статуса и социальной идентичности людей большое значение имеет положение человека на работе, и любые угрозы социальному статусу вследствие нестабильности или потери работы негативно сказываются на здоровье и благополучии.

■ Неблагоприятная психосоциальная обстановка на работе, определяемая повышенными требованиями к работникам и низким уровнем их самостоятельности или несоответствием между затрачиваемыми усилиями и получаемым вознаграждением, коррелирует с ростом заболеваемости, обусловленной стрессом; в подобной подверженности неблагоприятным факторам имеется социальный градиент (рис. P-7).

■ Дискриминация, злоупотребления и несправедливое отношение, которым могут подвергаться работники, усугубляют стресс и конфликты, особенно во время на высокой конкуренции и растущих опасений потерять работу.

■ Отрицательное влияние на здоровье работающих могут оказывать физические, эргономические и химические опасные факторы на рабочем месте, физически тяжелая или опасная работа, продолжительное или ненормированное рабочее время, временные контракты, посменная работа и длительная сидячая работа.

Уровни безработицы в Европейском регионе высоки и существенно различаются в зависимости от страны, возраста, пола, статуса проживания (мигранты) и уровня образования. В последнее время они значительно возросли в странах, наиболее серьезно пострадавших от экономического спада и кризиса, таких как Испания и Греция. Широкие различия в Регионе проиллюстрированы на рисунках P-8 и P-9.

Имеются полные и всесторонние научные данные, доказывающие увеличение рисков для здоровья, возникающих вследствие ненадежного трудоустройства, которое влечет за собой повышенный риск потери работы, и вследствие самой безработицы, особенно длительной.

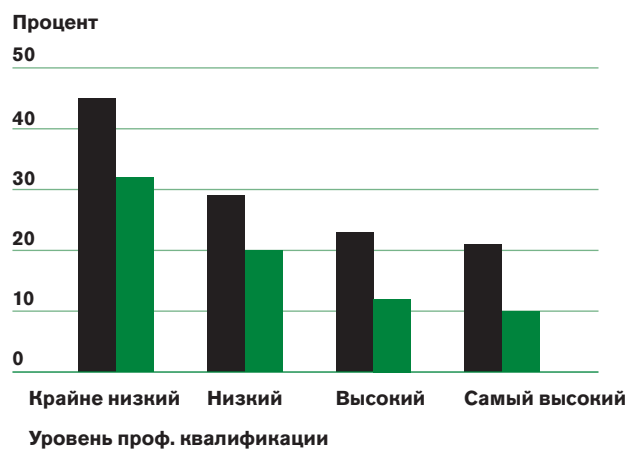
Содержащиеся в обзоре рекомендации направлены на устранение причин несправедливостей в отношении нездоровья, связанного с условиями труда и безработицей.

**Рисунок P-7**

**Психосоциальный стресс и уровни профессиональной квалификации: SHARE, 2004/2005 гг.**

■ **Несоответствие между затрачиваемыми усилиями и вознаграждением**  
 ■ **Низкая степень влияния на условия труда**

Источник: Wahrendorf et al. (15); SHARE (16).

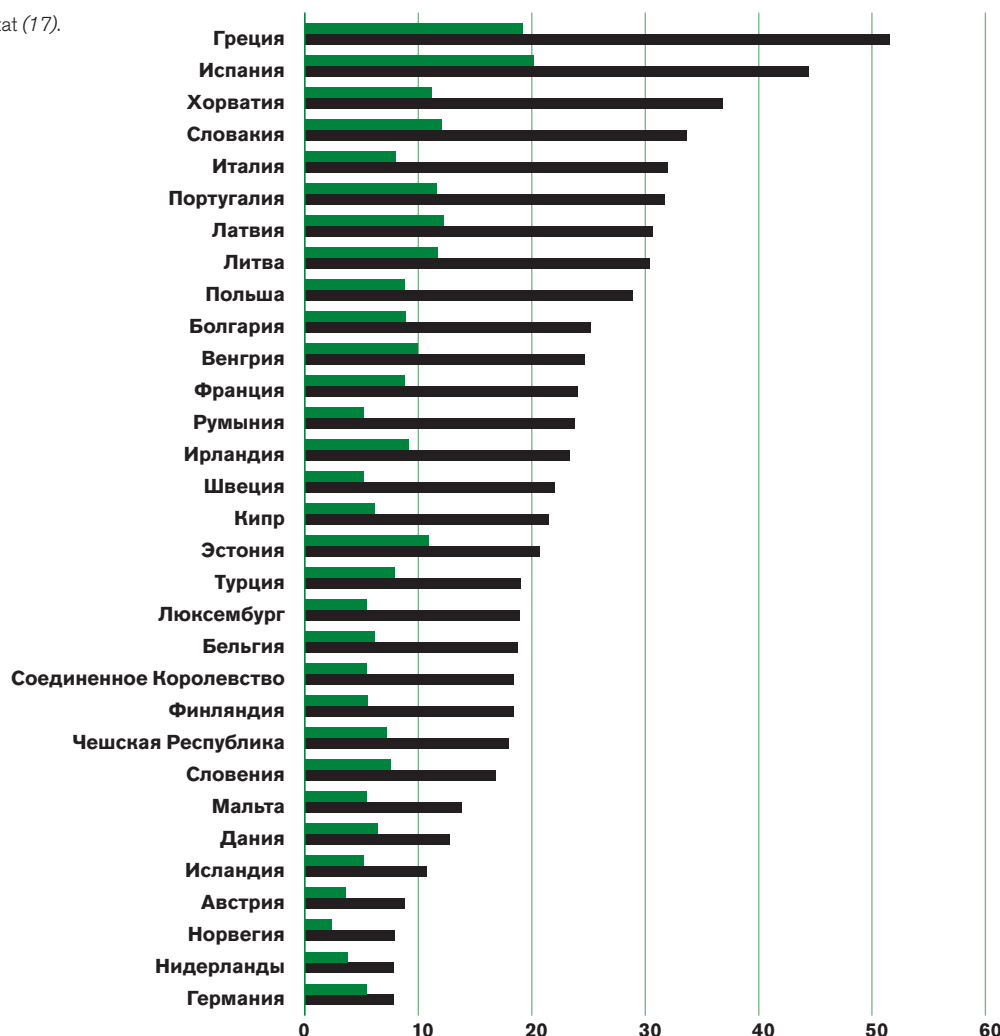


**Рисунок P-8**

**Уровни безработицы среди женщин в отдельных странах Европейского региона, в разбивке по возрасту, 2011 г.**

■ **Возраст от 25 до 74 лет**  
 ■ **Младше 25 лет**

Источник: Eurostat (17).





### Рисунок Р-9

Уровень безработицы среди молодежи в возрасте 15–24 лет и общая безработица в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ, 2010 г. (или последний год с наличием данным)

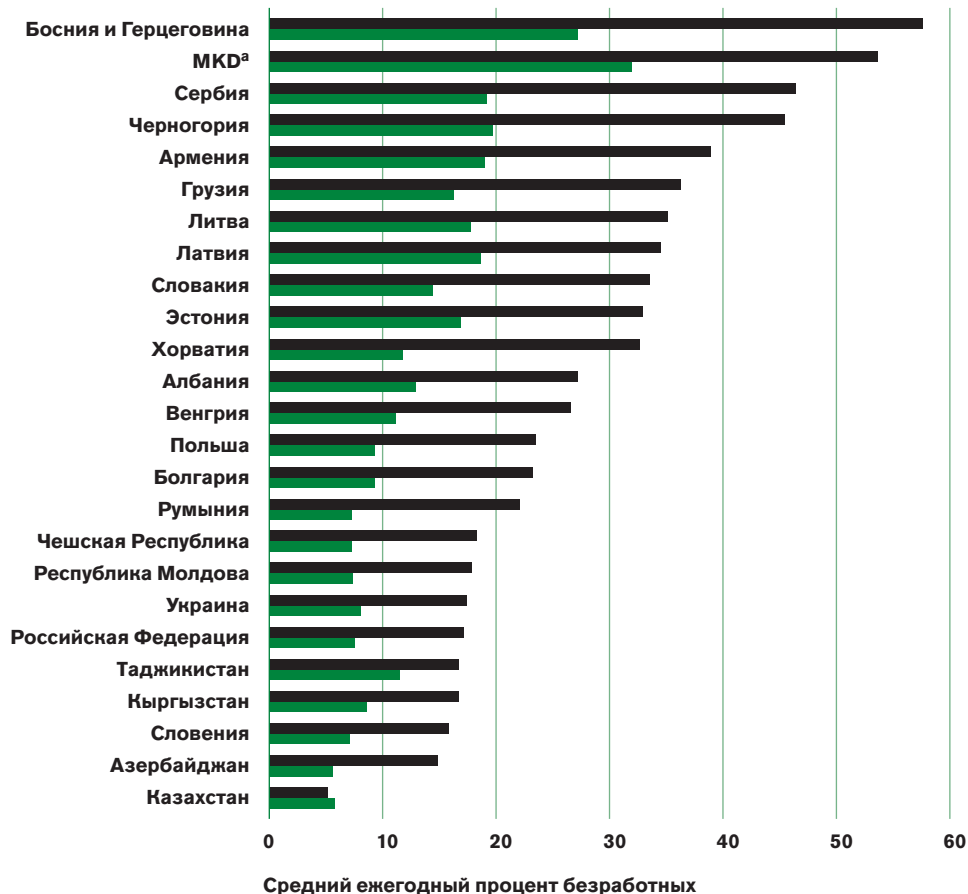
■ Среди лиц в возрасте 15–24 лет

■ Всего

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Примечание: данные по Таджикистану – за 2009 г., данные по Албании – за 2008 г.

Источник: TransMonEE (18).



### Пожилые люди

#### Рекомендация 1(d).

**Принять согласованные и действенные меры на межсекторальном уровне по устранению несправедливостей в пожилом возрасте как в целях профилактики и лечения хронических заболеваний, так и для улучшения показателей выживания и благополучия по всему социальному градиенту.**

#### Конкретные действия

(i) Сосредоточить действия на на таких вопросах, как дискриминация по возрастному признаку, право на работу, социальная изоляция, жестокое обращение, условия жизни (включая жилищные условия, получение социальных пособий и достаточное пенсионное обеспечение), возможности для физической активности и доступ к медико-санитарной и социальной помощи.

(ii) Уделить особое внимание социальным, экономическим и медицинским проблемам женщин пожилого возраста, имеющих в старости больше нарушений соматического и психического здоровья, подвергающихся большему риску бедности и дольше живущих с ограниченными возможностями, и принять меры по их решению.

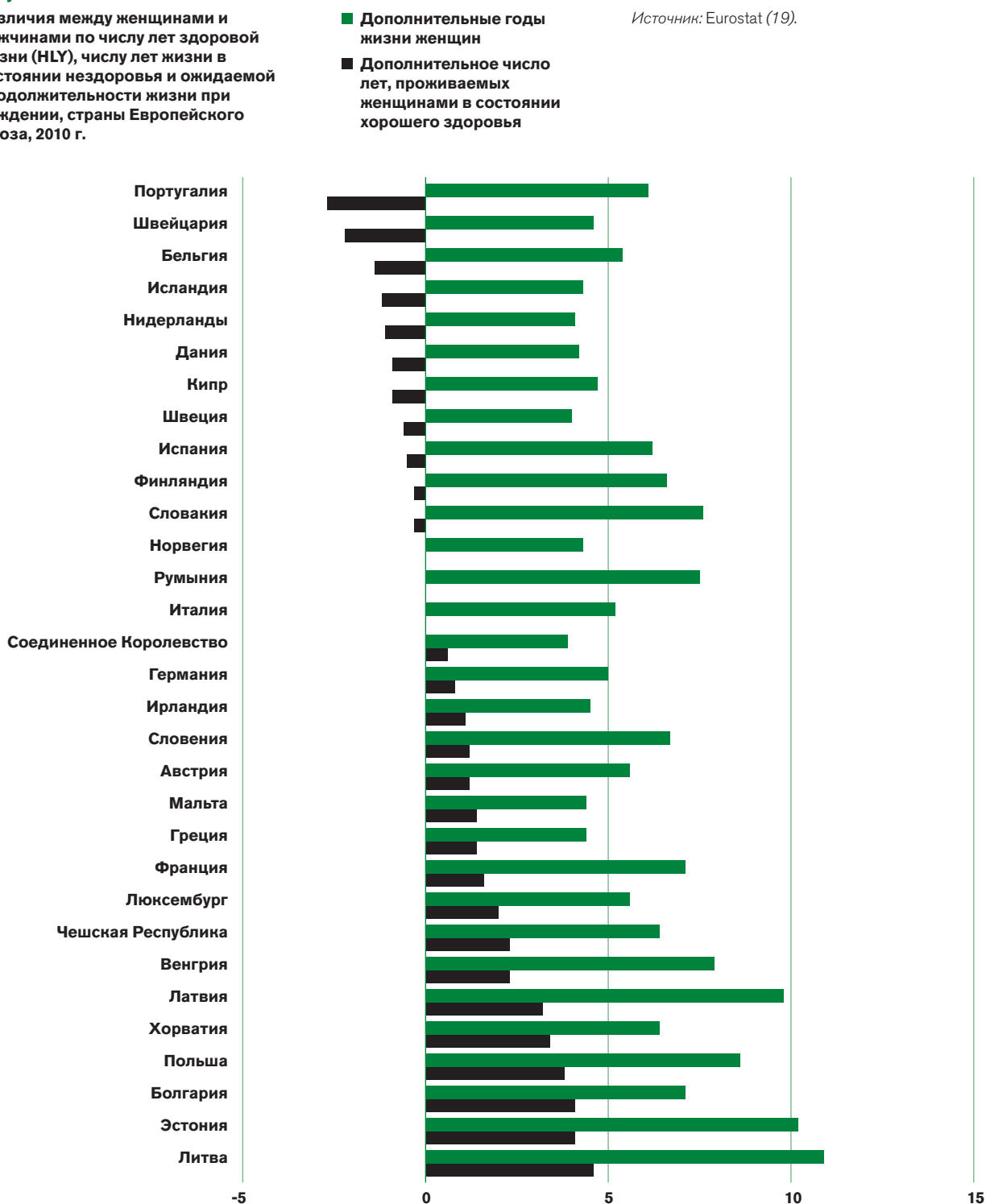
Для Европейского региона – где старение населения происходит наиболее интенсивно – понимание коренных детерминант здоровья и несправедливостей в отношении здоровья среди пожилых людей является одним из важнейших приоритетов. Для того, чтобы способствовать здоровой, активной и самостоятельной жизни в старости, нужны действенные стратегии, предусматривающие меры ранней профилактики для отсрочки наступления возрастных ограничений психических и физических возможностей. Пропорционально большее внимание при разработке таких программ профилактики необходимо уделять лицам пожилого возраста, имеющим более низкие доходы. Кроме того, все стратегии – и те, что направлены на преодоление социальных и экономических несправедливостей в целом, такие как программы перераспределения благ, и те, что сосредоточены на устранении финансовых барьеров в доступе к помощи – должны разрабатываться с расчетом на сокращение несправедливостей в отношении пожилых людей.

На рисунке Р-10 показано, как варьируются между странами Региона гендерные различия по ожидаемой общей продолжительности жизни и продолжительности здоровой жизни. На рисунке показано, что в каждой стране женщины живут дольше, чем мужчины, но больше лет живут в состоянии нездоровья. В Португалии, например, женщины живут на 6 лет дольше, чем мужчины, но

**Рисунок P-10**

Различия между женщинами и мужчинами по числу лет здоровой жизни (HLY), числу лет жизни в состоянии нездоровья и ожидаемой продолжительности жизни при рождении, страны Европейского союза, 2010 г.

Источник: Eurostat (19).



на 8 лет больше живут с нарушениями здоровья. В отличие от этого, в Эстонии женщины живут на 11 лет дольше, чем мужчины, но только на 6 лет больше в состоянии нездоровья.

Помимо того, что нужно сосредоточить больше усилий на устранении причин меньшей продолжительности жизни среди мужчин в Регионе, особое внимание необходимо уделить женщинам пожилого возраста, у которых больше нарушений здоровья и которые подвержены большему риску бедности в старости из-за того, что они живут дольше и их

предшествующая жизнь протекала в других условиях. Фактором, наиболее последовательно объясняющим различия в состоянии здоровья и ограничениях возможностей между мужчинами и женщинами, является хроническая, а не острая заболеваемость. Среди женщин также больше распространены многие возрастные нарушения психического здоровья. Из-за своего возраста пожилые люди могут подвергаться дискриминации или пренебрежительному отношению и социальной изоляции. Социальная изоляция – это достоверный прогностический показатель смертности.

### Механизмы социальной защиты, доход и несправедливые различия в отношении здоровья

#### Рекомендация 2(а).

**Повысить уровень и улучшить распределение мер социальной защиты в соответствии с потребностями, чтобы улучшить состояние здоровья и преодолеть несправедливости в отношении здоровья.**

#### Конкретные действия

(i) Обеспечить прогрессивный рост ассигнований на социальную защиту населения в соответствии с потребностями путем пропорционального увеличения финансирования в странах с его исходно более низкими уровнями и с менее развитыми системами, руководствуясь следующими принципами:

- *Делать хотя бы немного (Do something):* в странах с низким уровнем финансирования и стремления обеспечить социальную защиту населения – осуществить хотя бы незначительные программные улучшения.
- *Делать больше (Do more):* в странах со средне-высоким развитием механизмов социальной защиты – предпринять дальнейшее повышение уровня программ социальной защиты.
- *Делать лучше (Do better):* в наиболее развитых социальных государствах, в которых, однако, произошло снижение перераспределяющего и защитного потенциала государства – повысить уровни социальной защиты в целом и для более уязвимых групп населения.

(ii) Обеспечить более эффективное использование ресурсов, выделяемых на цели социальной защиты.

(iii) Необходимо разработать международный механизм для проведения стандартизированных многоаспектных, в том числе по возрастным расчетам на основе конкретных потребностей групп населения с учетом условий общества, в котором они живут. В отличие от значений черты бедности, в данном случае унифицированных минимальных значений для стран не имеется.

(iv) Принять принцип гендерной справедливости в подходе к преодолению социальных и экономических несправедливостей, проявляющихся в том, что женщины несоразмерно чаще работают на неполной ставке, получают меньшую заработную плату за равный с мужчинами труд и выполняют неоплачиваемую работу по уходу.

## Социальная защита

Стратегии социальной защиты могут создавать своеобразный амортизатор на случай потери заработка и предусматривать перераспределение доходов как на протяжении жизни одного человека, так и между людьми. Граждане и семьи также могут пользоваться общественными ресурсами, которые обеспечиваются институтами социально-ориентированного государства. И то и другое важно для здоровья и благополучия. Вот почему ресурсы социальной поддержки, необходимые для приемлемого качества жизни, включая экономические ресурсы, условия труда, жилищные условия, образование и знания, составляют ключевые социальные детерминанты здоровья.

Чем меньше достижения людей в плане индивидуальных ресурсов, тем важнее для них иметь возможность пользоваться коллективными ресурсами: стратегии социального обеспечения, в соответствии с которыми предоставляются более щедрые государственные социальные выплаты и более качественные услуги, с большей вероятностью улучшают общественное здоровье и уменьшают несправедливости в отношении здоровья. Серьезную проблему в Европейском регионе представляют не только низкие доходы из-за безработицы, но и работа, при которой заработка слишком мало для того, чтобы вести здоровую жизнь.

Как правило, люди с низким уровнем образования выигрывают больше от повышения уровня государственных социальных пособий, чем люди, имеющие среднее и высшее или неполное высшее образование. Как в абсолютном, так и в относительном выражении несправедливости в отношении здоровья, обусловленные уровнем образования, уменьшаются с ростом социальных расходов, причем влияние роста расходов на эти несправедливости для женщин проявляется сильнее, чем для мужчин.

В тех странах, где нынешние уровни социальных расходов и социальных прав находятся в диапазоне от низких до умеренных, даже **самые незначительные улучшения в законодательно устанавливаемых социальных правах и в социальных расходах коррелируют с улучшением здоровья** (рис. Р-11). Это позволяет утверждать, что страны с наименее развитыми системами социальной защиты могут легче других добиться улучшений в показателях здоровья. Даже скромные увеличения будут иметь большое значение в наиболее бедных странах Региона.

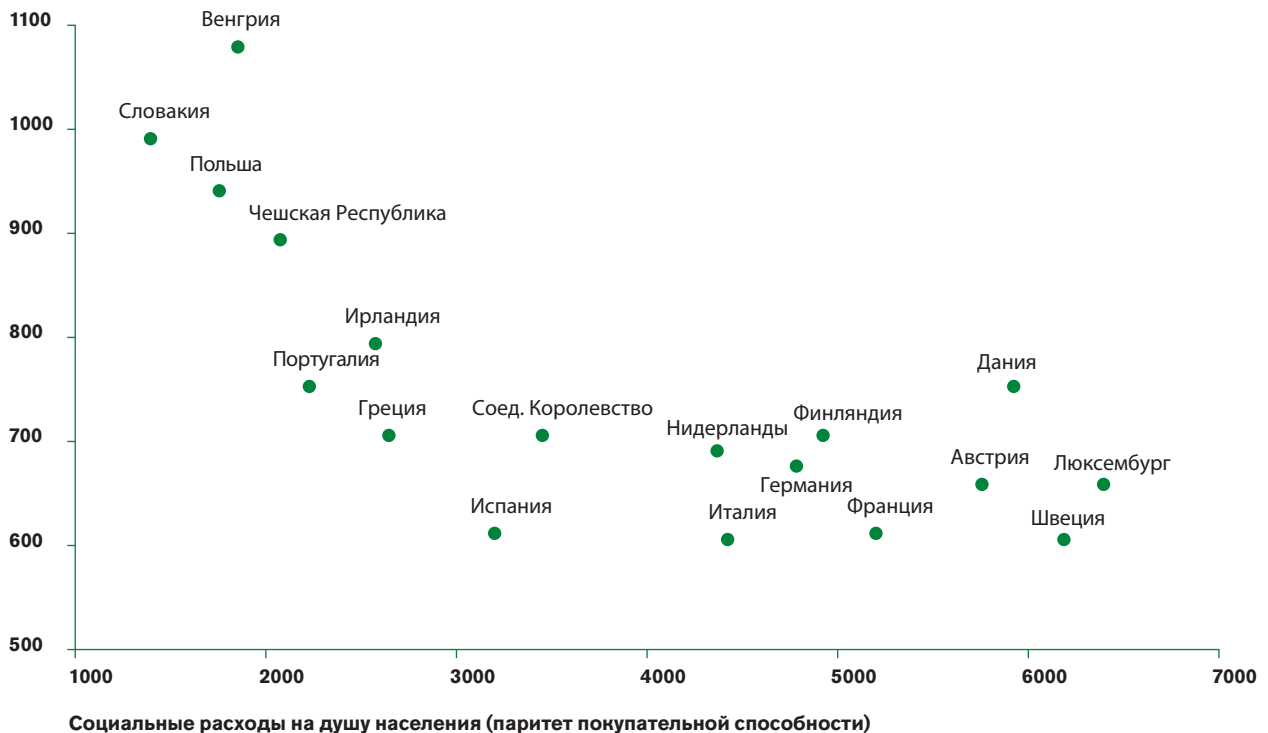
Цель совместной инициативы Организации Объединенных Наций по минимальным мерам социальной защиты (ММСЗ) состоит в том, чтобы обеспечить базовый уровень социальной защиты и достойную жизнь как необходимость и обязанность в соответствии с правовыми инструментами по правам человека (20). Одной из главных целей

## Рисунок Р-11

Расходы на социальное обеспечение в сравнении с показателем смертности от всех причин в 18 странах Европейского региона, 2000 г.

Источник: Stuckler et al. (21).

Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин на 100 000 населения



политики в Европейском регионе должно быть поддержание минимальных уровней, необходимых для здоровой жизни.

## Гендер

На риски для здоровья, которым подвержены мужчины и женщины на протяжении всей жизни, значительное влияние оказывают выполняемые ими социальные и экономические роли. Для женщин специфическим источником психосоциального стресса на протяжении жизни является одновременное выполнение обязанностей по уходу за детьми, больными и престарелыми в семье, оплачиваемая работа и ведение домашнего хозяйства. На здоровье мужчин чаще влияют условия труда. Гендерные нормы порой подталкивают мужчин к рискованным поступкам и другим формам поведения, таким как насилие, в результате которых подвергается угрозе здоровье и благополучие как мужчин, так и женщин.

Изменения в обществе и экономике влияют на гендерные роли, однако общественные нормы и ценности могут ограничивать степень адаптации людей, которых эти изменения затрагивают.

Сочетанный эффект этих факторов состоит в изменении показателей здоровья и гендерного разрыва в их значениях; примером является наблюдаемый сегодня разрыв в 13 лет в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в Российской Федерации (3). Поэтому, хотя различия в показателях смертности и заболеваемости между мужчинами и женщинами хорошо известны и документально зафиксированы, масштабы этих различий варьируются в Европейском регионе в широких пределах и во многих странах меняются. Правильной реакцией на это представляется принятие в подходе к преодолению социальных и экономических несправедливостей принципа гендерной справедливости.

### Рекомендация 2(b).

**Добиться объединения усилий по сокращению несправедливостей в отношении местных детерминант здоровья путем развития и укрепления сотрудничества и партнерства с теми, кого затрагивает несправедливость, с гражданским обществом и широким спектром заинтересованных сторон в обществе.**

#### Конкретные действия

- (i) Добиваться того, чтобы местные лидеры выступали поборниками партнерства и действий на межсекторальном уровне.
- (ii) Обеспечить, чтобы при осуществлении всех действий применялись обоснованные методы и принципы открытости, предусматривающие вовлечение общественности и участие местных сообществ сообразно с местными условиями и спецификой, в целях расширения прав и возможностей сообществ и повышения устойчивости к неблагоприятным воздействиям.
- (iii) Добиваться расширения сферы деятельности партнерств, включая использование местных знаний, ресурсов и активов сообществ и вовлеченных агентств в целях развития сотрудничества и поддержки деятельности сообществ с учетом разнообразных местных условий. Инфраструктурные ресурсы, такие как школы, медицинские и общественные центры, следует использовать в качестве базы для организации деятельности различных других служб.
- (iv) В природоохранных стратегиях отдавать приоритет мерам, помогающим улучшать здоровье и распространяющимся на все группы населения, которые могут быть затронуты несправедливостью, в частности на маргинализованные слои населения (например, бездомные, беженцы) или уязвимые группы (например, молодежь и пожилые люди).
- (v) Принимать стратегии по улучшению качества воздуха и снижению рисков, создаваемых загрязняющими веществами в воздухе для здоровья всех групп населения по всему социальному градиенту.

Жизнь местных сообществ находится под влиянием комплексных взаимоотношений между различными факторами природной, искусственной и социальной среды. Чем ниже уровень людей на социально-экономическом градиенте, тем вероятнее, что они будут жить в районах, где искусственная среда имеет более низкое качество и в меньшей степени способствует позитивному поведению людей в отношении собственно-

го здоровья и положительным показателям здоровья и где с большей вероятностью происходит воздействие на людей вредных для здоровья факторов окружающей среды (22).

Люди, живущие в районах с высоким уровнем материальных лишений, чаще страдают от табачного дыма, биологического и химического загрязнения, свалок опасных отходов, загрязнения воздуха, наводнений, нехватки санитарных удобств и воды, шумового загрязнения и дорожного движения (23). Они реже живут в приличных жилищах и в дружелюбном окружении, в местах с высоким социальным капиталом, где человек чувствует себя защищенным от преступности и беспорядков, где обеспечен доступ к зеленым зонам и имеются приемлемые варианты передвижения и возможности для здоровой жизни.

Люди с низким уровнем доходов реже имеют средства и ресурсы для ослабления рисков и влияния опасных факторов окружающей среды и для преодоления препятствий, создаваемых неблагоприятными окружающими условиями, мешающими обеспечить менее вредные условия и получить доступ к жизненным возможностям.

То, с какими социальными отношениями сталкиваются люди, влияет на несправедливости в отношении здоровья. Критическими факторами здесь являются возможность контролировать ресурсы и влиять на принятие решений и доступ к социальным ресурсам, включая социальные сети, а также возможности местных сообществ и их устойчивость к неблагоприятным воздействиям. Было определено, что катализатором координации действий и сотрудничества является социальный капитал, который служит важнейшим средством достижения более высоких итоговых социальных и экономических показателей. Однако в факторах, коррелирующих с сильными социальными сетями и социальным капиталом, нет достаточной последовательности. Хотя это и является аргументом против чрезмерного обобщения, некоторые фактические данные указывают на то, что социальные сети обычно оказываются сильнее в странах с более высоким уровнем бедности, социальный капитал обычно легче наращивается в странах с относительно сильными демократическими институтами и действенными правовыми системами, а созданию сильных демократических институтов способствует сильное гражданское общество (24).

На распределение бремени и благ, создаваемых окружающей средой и воздействующих на здоровье и несправедливости, влияет качество окружающей среды – то, как планируются, проектируются, застраиваются и организуются места и пространства (табл. P-1). Наряду с другими факторами огромное значение для здоровья имеет качество инфраструктуры, в том числе водоснабжение и санитария. Сообщества иммигрантов и обитатели трущоб в различных странах Европейского региона часто живут в условиях наи-



большого загрязнения окружающей среды (25). В центральной и восточной частях Региона главный вклад в экологическую несправедливость вносят опасные отходы и химические вещества (26). В последнее время в ряде стран восточной части Региона ухудшился доступ к безопасной воде, хотя в целом ситуация в данной области улучшается (27). Хотя доступ

к санитарно-техническим удобствам чаще ограничен у людей, живущих в сельских районах, (28), от засух, поражающих системы водоснабжения, больше всего страдают самые бедные группы населения в городах (29). Улучшение экологии стало в восточной части Региона одним из пунктов, вокруг которого объединяется гражданское общество.

**Таблица Р-1**

**Низкое качество искусственной окружающей среды сказывается на здоровье: краткий обзор воздействий, популяционная атрибутивная фракция от неудовлетворительных жилищных условий**

Источник: Braubach et al. (30).

Неблагоприятный воздействующий фактор	Показатели здоровья	Зависимость «воздействие–риск»	Популяционная атрибутивная фракция (%)
Плесень	Смертность от астмы и DALY <sup>a</sup> среди детей (0–14 лет)	OP <sup>b</sup> = 2,4	12,3
Сырость	Смертность от астмы и DALY среди детей (0–14 лет)	OP = 2,2	15,3
Отсутствие защитных приспособлений на окнах	Смертность от травм и DALY среди детей (0–14 лет)	OP = 2,0	33–47
Отсутствие детекторов дыма	Смертность от травм и DALY (все возрасты)	OP = 2,0	2–50
Скученность проживания	Туберкулез	OP = 1,5	4,8
Холод в помещении	Избыточная смертность в зимнее время	Повышение смертности на 0,15% на каждый °C	30
Шум от дорожного движения	Ишемическая болезнь сердца, включая инфаркт миокарда	OP = 1,17 на каждые 10 дБ(A)	2,9
Радон	Рак легких	OP = 1,08 на каждые 100 Бк/м3	2–12
Табачный дым в жилой окружающей среде	Инфекции нижних дыхательных путей, астма, ишемическая болезнь сердца и рак легких	Оценки риска колеблются в пределах от 1,2 до 2,0; ОШ <sup>c</sup> = 4,4	Оценки колеблются от 0,6% до 23%
Свинец	Задержка умственного развития, сердечно-сосудистые заболевания, поведенческие нарушения	Летальность 3%	66
Угарный газ в помещении	Головная боль, тошнота, сердечно-сосудистая ишемия/недостаточность, судороги, кома, потеря сознания, смерть	Частота ОНО/УНО 3–40%	50–64
Формальдегид	Нарушения со стороны нижних дыхательных путей у детей	ОШ = 1,4	3,7
Использование твердого топлива в помещении	ХОБЛ <sup>e</sup> , ALRI <sup>f</sup> , рак легких	OP = 1,5–3,2	6–15

<sup>a</sup>DALY – годы жизни с поправкой на инвалидность (число утраченных лет здоровой жизни)

<sup>b</sup>OP – относительный риск

<sup>c</sup>ОШ – отношение шансов

<sup>d</sup>ОНО/УНО – отдаленные или устойчивые нейрокогнитивные осложнения

<sup>e</sup>ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

<sup>f</sup>ALRI – острые инфекции нижних дыхательных путей

**Рекомендация 2(с).**

**Принять меры, направленные на создание систем и процессов в обществе, способствующих повышению его устойчивости, сплоченности и открытости, уделяя особое внимание группам, наиболее тяжело затронутым процессами отчуждения.**

**Конкретные действия**

(i) Воздействовать на социальные детерминанты здоровья и благополучия в среде людей, подверженных процессам, ведущим к социальному отчуждению:

- избегать чрезмерного акцентирования на индивидуальных особенностях и поведении людей, подвергшихся социальному отчуждению;
- направлять основные усилия на осуществление таких действий по всему социальному градиенту в отношении здоровья, которые соразмерны потребностям, а не различиям в здоровье между наиболее и наименее благополучными группами.

(ii) Вовлекать людей и группы, исключенные из жизни общества, в разработку и реализацию политики и мероприятий, создавая для этого эффективные механизмы, которые дают им реальное право голоса в принятии решений, касающихся их жизни, и признавая их основные права (такие как право на здоровье, образование, работу и жилье).

(iii) Разрабатывать стратегии, в которых:

- действия направлены на раскрепощение потенциала, имеющегося в организациях, профессиональных и в самих уязвимых группах, для достижения долгосрочных улучшений в жизнестойкости и условиях жизни людей, подвергшихся социальному отчуждению;
- соответственно снижен акцент на краткосрочные проекты оказания социальной помощи;
- предусматривается расширение прав и возможностей групп, находящихся в неблагоприятных условиях, в их отношениях с системами общества, с которыми они соприкасаются;
- предусмотрены трансграничные меры в отношении процессов отчуждения, имеющих международный характер (например по отношению к сообществам рома и нелегальным мигрантам).

С точки зрения социальных детерминант здоровья, важно понимать социальное отчуждение, уязвимость и устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям как динамичные многомерные процессы, действующие через властные отношения. Ранее в подходах к проблеме отчуждения очень часто упор делался на характерные признаки отдельных групп, исключенных из жизни общества.

Признание того факта, что процессы исключения из жизни общества и проявления уязвимости в разных группах и разных моделях общества со временем изменяются, подводит к мысли о том, что действия необходимо строить на учете существования континуумов включения и исключения и уязвимости. Этим не отрицается существование крайних состояний отчуждения, но это помогает избежать стигматизации, изначально заложенной в подходе, при котором на определенные группы навешиваются ярлыки «отверженных», «неблагополучных» и/или «уязвимых». Подобный подход с позиции существования континуума также должен улучшить понимание процессов, ведущих к отчуждению, и того, как можно повернуть их вспять и перенести акцент с пассивных жертв на возможность сделать группы, живущие в неблагоприятных условиях, устойчивыми перед лицом уязвимости. В обзоре рассматриваются два важных примера: уязвимость среди этнических сообществ рома и среди нелегальных мигрантов – людей, не имеющих разрешения на проживание или работу в стране своего пребывания.

**Рома**

Подверженность живущих в Европе рома действию мощных процессов социального, экономического, политического и культурного отчуждения, включая всевозможные предрассудки и дискриминацию, отрицательно влияет на соблюдение по отношению к ним основных прав человека и их самоопределение. Успехов в деле уменьшения социальных несправедливостей, которые испытывают рома, достигнуто немного. Такая ситуация ведет к грубым формам несправедливости в отношении здоровья и благополучия сообществ рома по сравнению с другими группами населения в Регионе.

Наглядным примером согласованных усилий в решении данной проблемы служит Десятилетие интеграции народности рома – обязательство правительств 12 европейских стран улучшить социально-экономическое положение рома и обеспечить их вовлечение в жизнь общества. В ходе осуществления этой инициативы устойчивых положительных результатов во всех областях политики не было достигнуто ни в одной стране. Однако в ряде конкретных инициатив позитивные результаты все же были получены: так, рома приняли активное участие в проектах жилищного строительства в Венгрии и в создании центров и кооперативов по переработке вторичного сырья в Сербии.

Факторы, тормозящие прогресс и реализацию действий, включают: сложность механизмов финансирования; отсутствие данных для целей мониторинга и оценки; дефекты в системах стратегического руководства и подотчетности; недостаточное участие самих рома и гражданского общества; отсутствие политической воли. Для преодоления этих трудностей нужна политическая приверженность как на уровне отдельных стран, так и на международном уровне.

## Незаконные мигранты

На рис. Р-12 показано, что среди мигрантов процент безработных во многих странах выше, и это служит показателем их недостаточного участия в предоставляемых обществом возможностях. С наиболее серьезными проблемами сталкиваются нелегальные мигранты, которые особенно подвержены дополнительным процессам социального отчуждения – например, те из них, кто нуждается в медицинской помощи, несовершеннолетние без сопровождения взрослых, нелегальные домработницы и жертвы торговли людьми (в основном женщины, подвергающиеся сексуальной эксплуатации). Государства различаются между собой в том, в какой степени они открывают для нелегальных

мигрантов доступ к социальной защите, включая медико-санитарную помощь. Лишение доступа, отказ нелегальным мигрантам в «праве на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья» рассматривается как один важный элемент «внутреннего регулирования миграции». Другим элементом является интернирование. Однако эти меры, по всей видимости, не оказывают большого влияния на численность нелегальных мигрантов: их главный эффект сводится к повышению уязвимости перед маргинализацией, нищетой, болезнью и эксплуатацией. Вопросы миграции и условий жизни легальных и нелегальных мигрантов необходимо решать путем соглашений между странами Региона, с соблюдением принципа прав человека.

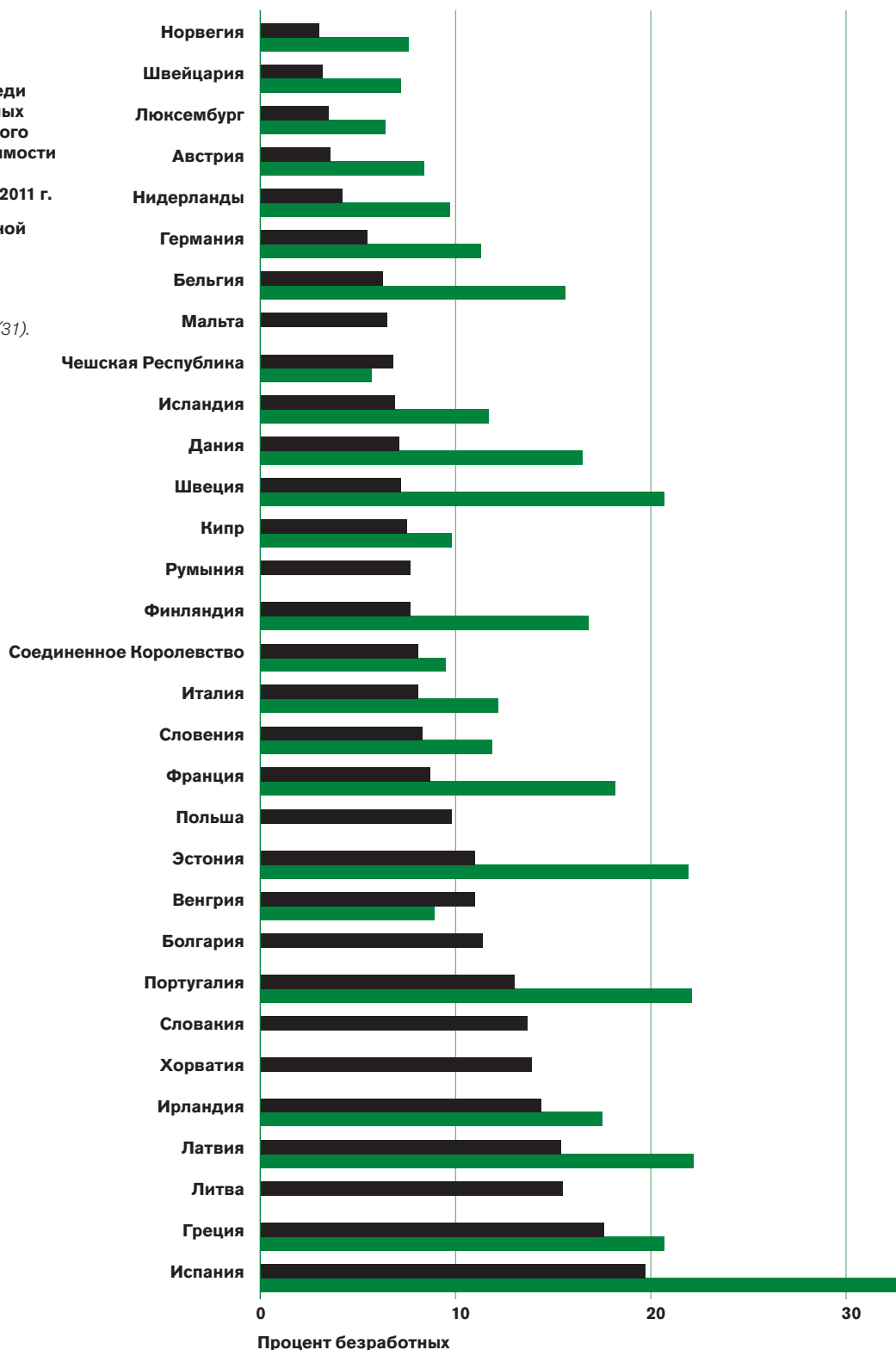
**Рисунок Р-12**

Показатели безработицы среди жителей отдельных стран Европейского региона в зависимости от страны происхождения, 2011 г.

■ Граждане данной страны

■ Иностранцы

Источник: Eurostat (31).



## Тема С – Контекст на макроуровне

### Расходы на социальные нужды

#### Рекомендация 3(а).

**Повышать уровень социальной справедливости путем эффективного использования налоговых мер и социальных пособий. В частности, в странах, где доля бюджета, выделяемая на программы охраны здоровья и социальной защиты, ниже нынешнего среднего уровня в ЕС, эта доля должна быть увеличена, а во всех остальных странах – поддерживаться на текущем уровне.**

#### Конкретные действия

- (i) Улучшить соотношение между общим уровнем социальных расходов и
  - (a) расходами на другие программы;
  - (b) общим уровнем налогообложения в странах, в которых эти показатели ниже среднего значения по ЕС.
- (ii) Принимать прогрессивные методы планирования программ социальных расходов, в том числе включать в них всеобщий охват социальным обеспечением, которое должно быть пропорциональным потребностям, и интегрированные стратегии социальной помощи и регулирования рынка труда, которые включают активные программы улучшения ситуации на рынке труда, что будет реально способствовать повышению справедливости.
- (iii) При определении действий в условиях финансового кризиса следить за тем, чтобы приоритет отдавался медико-санитарным и социальным последствиям пакетов мер строгой экономии, обсуждаемых в настоящее время или уже принятых во многих европейских странах. В качестве шага вперед к обеспечению инклюзивного характера всех процессов, добиваться того, чтобы при рассмотрении пакетов таких мер принималась во внимание точка зрения министров здравоохранения и социальной защиты населения, а на международном уровне – мнения ВОЗ, Детского фонда ООН, Международной организации труда и Всемирного банка.
- (iv) Расширить дискуссии по вопросу о механизмах финансовой стабильности, в которых приоритет должен отдаваться социально-прогрессивным стратегиям, в частности рекомендуемым в настоящем обзоре: например, рассмотреть возможный эффект от введения налога на финансовые сделки.

Описываемый обзор проводился на фоне глобального финансового кризиса и связанного с ним кризиса государственного долга. Оба кризиса будут, по всей вероятности, иметь непосредственные негативные и длительные последствия для состояния здоровья населения и его социальных детерминант в Европе, особенно если в мерах, принимаемых в ответ на финансовый и долговой кризисы, не будут учитываться соображения справедливости в отношении здоровья. Такие прямые последствия для здоровья уже становятся очевидными очевидными в отдельных странах Региона (рис. Р-13).

Это подчеркивает необходимость защищать секторы социального обеспечения и здравоохранения от сокращений финансирования, продиктованных мерами строгой экономии, и от некоторых негативных последствий соглашений о финансовой поддержке, заключенных между странами в Регионе и транснациональными органами. Для этого нужно использовать другие меры, оказывающие меньший негативный эффект как с экономической точки зрения, так и с точки зрения здоровья, во всех случаях, когда такие меры существуют.

#### Рисунок Р-13

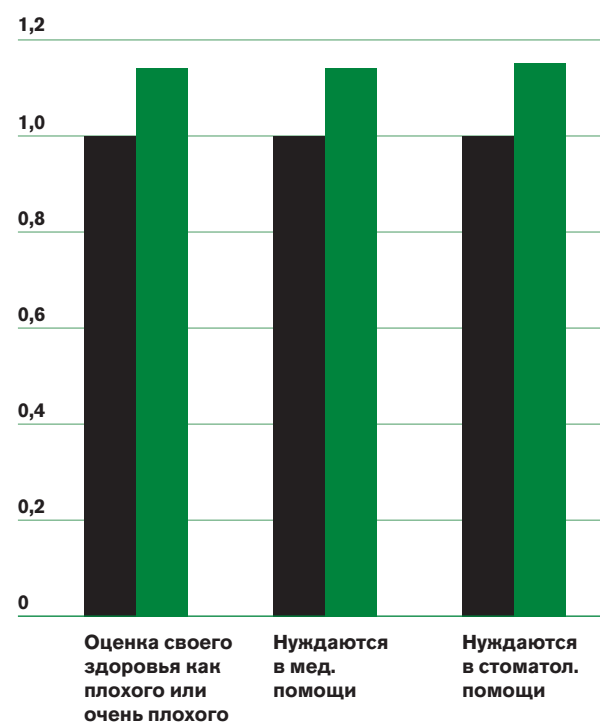
**Изменения в самооценке здоровья и доступе к медико-санитарной помощи в Греции в период между 2007 и 2009 гг. (приведенные расчеты)**

- 2007
- 2009

*Примечание:* отношение шансов означает вероятность нездоровья или неудовлетворенных потребностей в каждый год по сравнению с вероятностью в 2007 г., поэтому отношение шансов в 2007 г. по каждому показателю равно 1.

*Источник:* Kentikelenis et al. (32).

#### Отношение шансов



**Рекомендация 3(b).**

**Планировать на долгосрочную перспективу и защищать интересы будущих поколений путем выявления связей между экологическими, социальными и экономическими факторами и всеми стратегиями и практическими действиями.**

**Конкретные действия**

- (i) Обеспечить применение в отношении всех стратегий принципов устойчивого развития, принимая во внимание фактические данные о том, как развитие в прошлом влияет на нынешнее и будущие поколения.
- (ii) Включать в экологические стратегии на всех уровнях оценки справедливости в отношении здоровья, касающиеся нынешнего и будущих поколений.
- (iii) Внедрять налогово-бюджетные стратегии, направленные на улучшение ценовой доступности и устойчивого поддержания здорового питания:
  - (1) добиваться того, чтобы стоимость питательного и стабильно воспроизводимого рациона отражалась в расчетах минимального уровня жизни для всех;
  - (2) основывать стратегии в области сельского хозяйства на принципах справедливости и устойчивости и добиваться того, чтобы они способствовали доступу для всех к безопасной, приемлемой по стоимости, питательной пище, а также устойчивости и справедливости систем продовольственного снабжения.

Социальная справедливость связана с качеством окружающей среды: там, где окружающая среда оказывает вредное воздействие, это часто сочетается с социально несправедливыми различиями в уровнях экспозиции. Факторы, определяющие здоровье и социальную справедливость, находятся в отношениях взаимозависимости с факторами, определяющими экологическую и экономическую устойчивость. Например, чрезмерное потребление животных жиров коррелирует с повышенным риском предупреждаемых алиментарно-зависимых заболеваний, в том числе нескольких типов онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, а производство пищевых продуктов животного происхождения для удовлетворения потребительского спроса сопряжено с экологическими издержками, такими как, например, потребление воды и выбросы парниковых газов. Если страны с низким уровнем доходов будут стремиться развивать свою экономику, копируя индустриально развитые экономики, это может иметь тяжелые последствия для природной окружающей среды и для здоровья и несправедливостей в отношении здоровья во всем Регионе. Наибольшую выгоду население стран Региона с низким и средним уровнями доходов получит, скорее всего, от таких вмешательств, которые обеспечивают более здоровую и более безопасную окружающую среду, так как в этих странах обычно несоразмерно велика подверженность людей воздействию неблагоприятных условий окружающей среды (25). На рисунке Р-14 иллюстрируются неравные уровни загрязнения воздуха в столицах стран Региона.

С решением этой непростой задачи снижения несправедливо распределенного вреда от окружающей среды неразрывно связан подход, принятый в Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья, который касается устойчивого развития. За два последних десятилетия был достигнут определенный прогресс: например, в странах восточной части Региона и странах-членах Европейского союза повысилась энергоэффективность, выражающаяся в расходе энергии на один доллар валового внутреннего продукта (33) (рис. Р-15), но сделать предстоит гораздо больше.



**Рисунок Р-14**

Среднегодовые концентрации мелкодисперсных взвешенных частиц в атмосферном воздухе столиц некоторых стран Европейского региона в 2009 г. и изменения, происшедшие после 2005 г.

■ Концентрация мелкодисперсных взвешенных частиц, 2009 г.

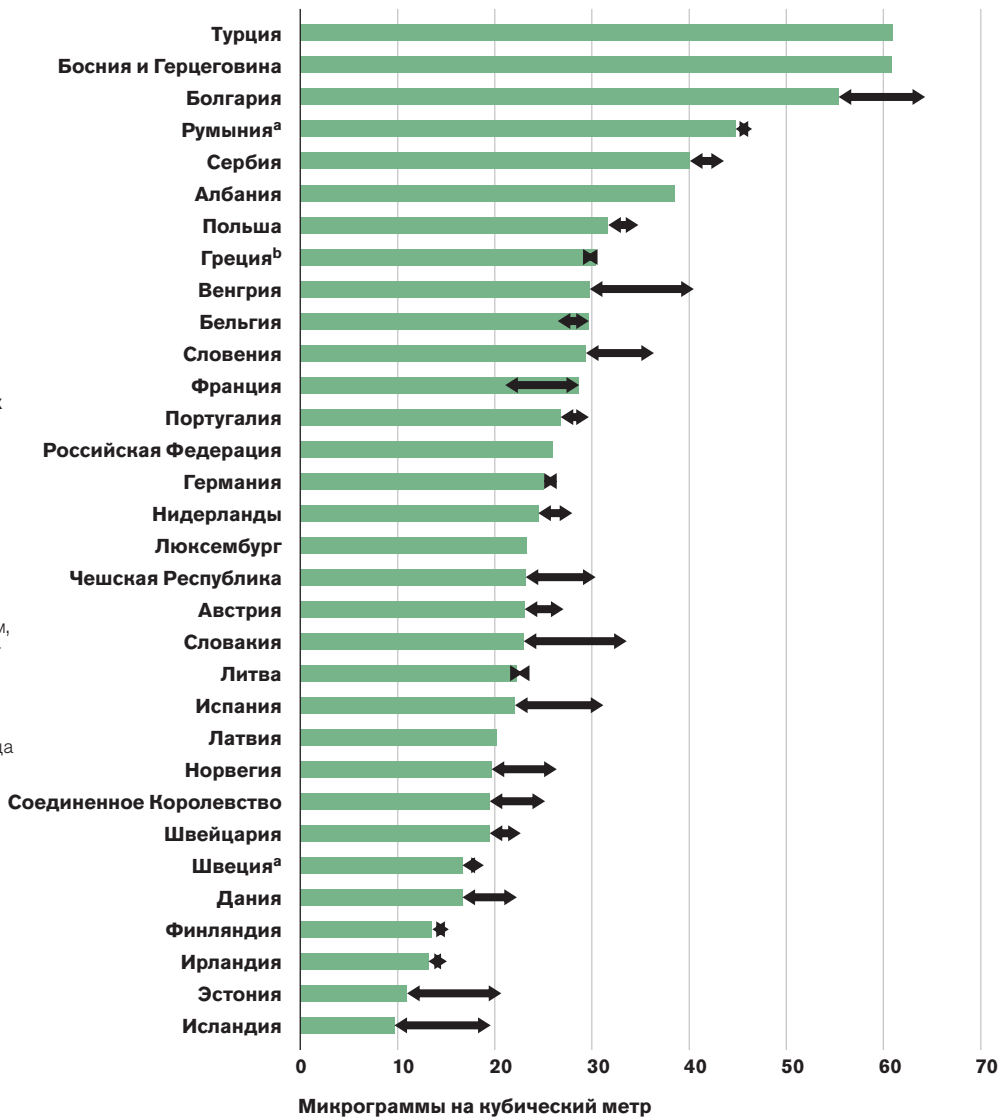
◆ Разница в концентрациях между 2005 г. и 2009 г.

<sup>a</sup>Последние данные по Румынии и Швеции – за 2008 г.

<sup>b</sup>Последние данные по Греции – за 2007 г.

Примечание: цветные полоски обозначают уровни содержания взвешенных частиц в 2009 г. Там, где стрелки находятся справа от полос, это значит, что уровни в период с 2005 по 2009 гг. снизились. Там, где стрелки находятся слева от конца полосы, это указывает на то, что в период с 2005 по 2009 гг. содержание увеличилось.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).



**Рисунок Р-15**

Энергоемкость ВВП в отдельных странах восточной части Европейского региона, ЕС-27<sup>a</sup> и в среднем в мировом масштабе

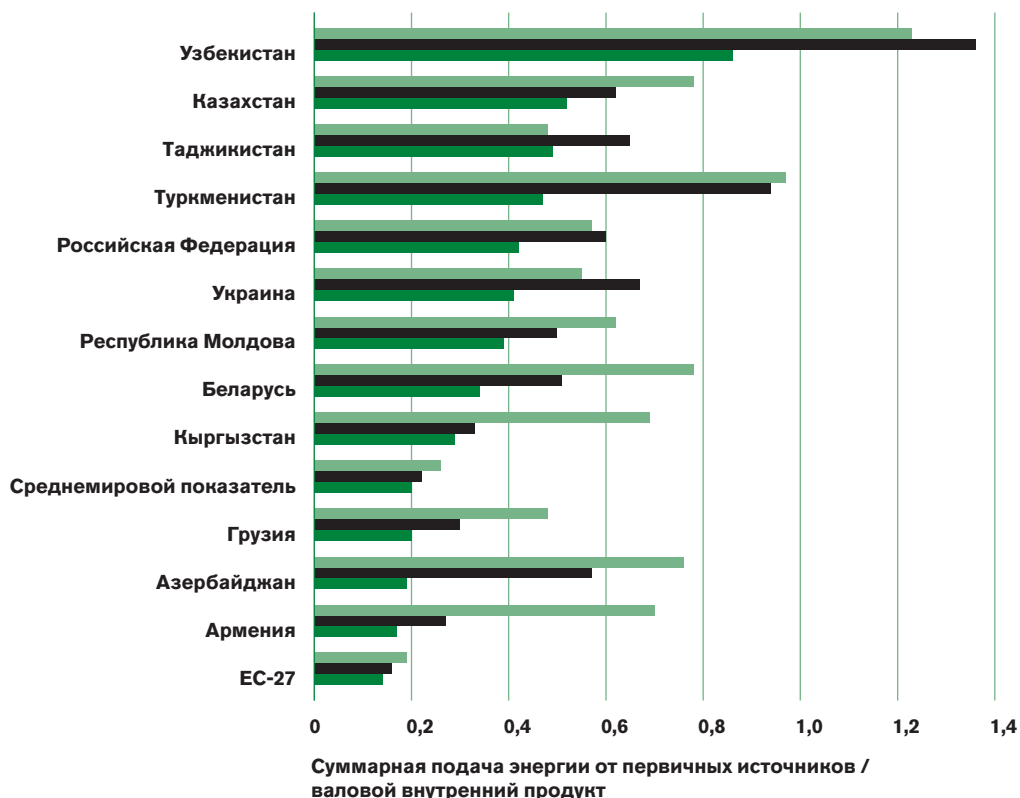
■ 1990

■ 2000

■ 2007

<sup>a</sup>ЕС-27 – государства-члены Европейского союза по состоянию после января 2007 г.

Источник: Olshanskaya (34).



**Рекомендация 4(а).**

**Повысить уровень стратегического руководства в отношении социальных детерминант здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Это требует повышения согласованности действий на всех уровнях государственного управления (международном, национальном, региональном и местном), во всех секторах и среди всех заинтересованных сторон (государственных, частных и добровольных).**

**Конкретные действия**

(i) Создавать партнерства на всех уровнях государственного управления, в которых реализуются модели совместной работы, поддерживается установление общих приоритетов между секторами и обеспечивается подотчетность в интересах социальной справедливости.

(ii) Добиваться усиления согласованности действий разных секторов и заинтересованных сторон для достижения:

(1) необходимого масштаба действий – увеличения ресурсов, направляемых на исправление ситуации и сокращение несправедливостей в отношении здоровья;

(2) долгосрочных инвестиций и устойчивости действий;

(3) восходящего выравнивания (по лучшим показателям) градиента в справедливости в отношении здоровья и в социальных детерминантах здоровья.

(iii) Добиться того, чтобы разные потребности, точки зрения и права человека групп риска по маргинализации и уязвимости признавались и учитывались путем их вовлечения в процессы принятия решений; сопровождать эти действия созданием эффективных механизмов, в достаточной мере обеспечивающих участие и вовлечение всех слоев гражданского общества и консультации с ними.

(iv) На региональном уровне добиваться, чтобы Региональное бюро и его партнеры в системе учреждений Организации Объединенных Наций в Европе работали вместе, используя Механизм сотрудничества ООН, и могли влиять на содержание международных договоров, касающихся социальных детерминант здоровья.

(v) Укрепить роль и потенциал ВОЗ для предоставления рекомендаций государствам-членам по вопросам разработки стратегий, касающихся социальных детерминант здоровья, и для активной защиты интересов справедливости в отношении здоровья в других заинтересованных секторах.

Стратегическое руководство в интересах улучшения социальных детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья нацелено на повышение согласованности действий разных секторов и заинтересованных сторон таким образом, чтобы это привело к увеличению ресурсов, направляемых на (а) исправление сложившейся ситуации и уменьшение масштабов несправедливостей в отношении здоровья и (б) на уменьшение несправедливостей в распределении социальных детерминант здоровья и рисков и последствий заболеваемости и преждевременной смертности среди населения.

Стратегическое руководство в интересах здоровья включает в себя «стремление органов государственного управления или других действующих субъектов руководить сообществами, целыми странами или даже группами стран в действиях по достижению здоровья как неотъемлемой составляющей благополучия на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества» (35).

На уровне Европейского региона необходимо создать для этого гораздо более прочную институциональную основу, которая строится на взаимных соглашениях между странами и в которую входят Европейское региональное бюро ВОЗ и организации, являющиеся его партнерами. На каждом уровне стратегического руководства необходимо иметь механизмы, способные организовать и обеспечить совместные действия и подотчетность сектора здравоохранения и других секторов, государственных и частных субъектов и рядовых граждан, объединенных общей заинтересованностью в улучшении здоровья на равных условиях. На рисунке P-16 показаны разные уровни влияния общественно-мнения и подотчетности, отмечаемые в Регионе.

Во вставке P-2 приведены основные требования, которым должны удовлетворять системы стратегического руководства в интересах здоровья для реализации стратегий по воздействию на социальные детерминанты здоровья.

**Вставка P-2**

**Основные требования, которым должны удовлетворять системы стратегического руководства в интересах здоровья для реализации стратегий по воздействию на социальные детерминанты здоровья**

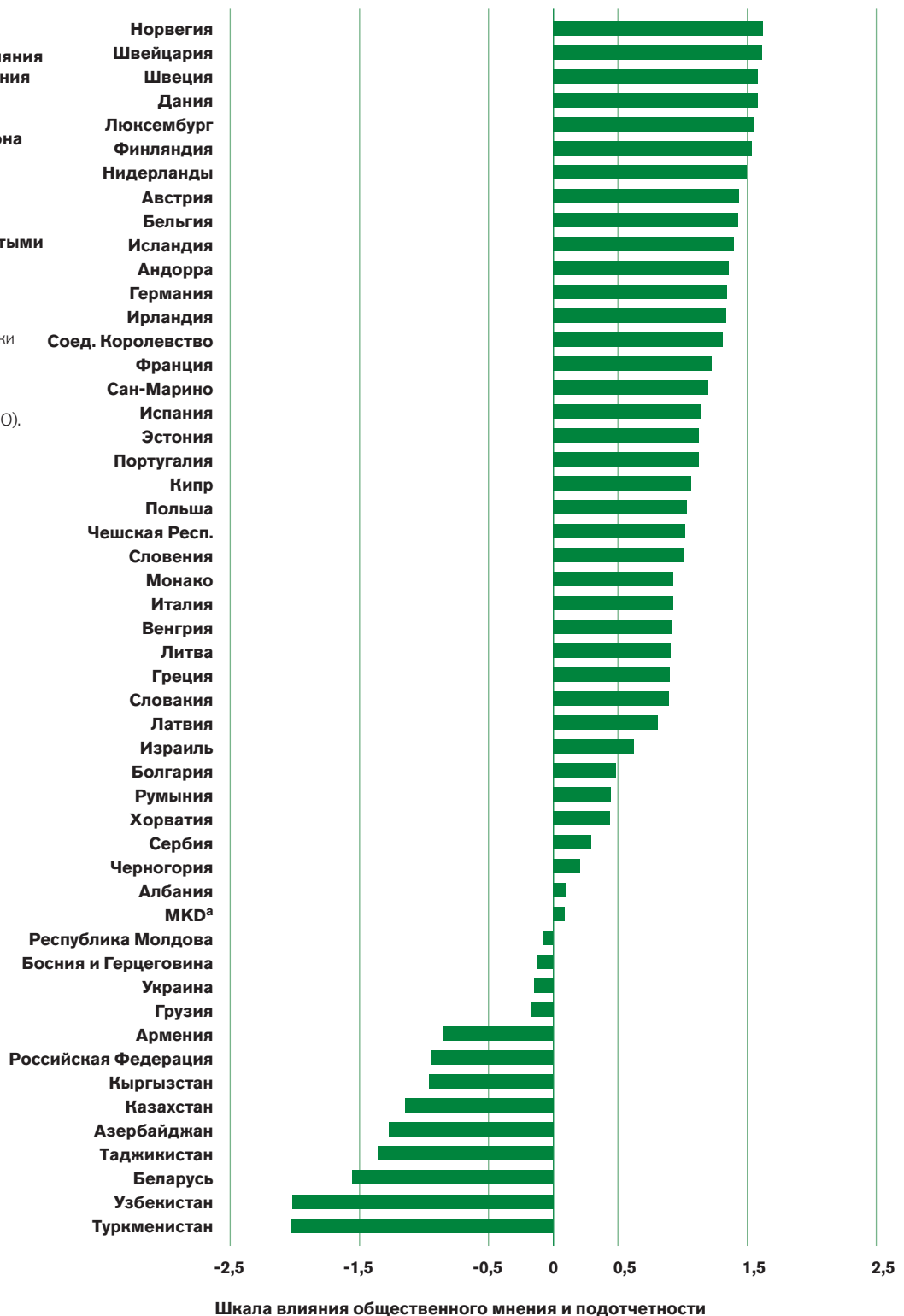
- Прочная политическая воля и приверженность на глобальном уровне, в масштабах страны и на местах
- Наличие транснациональных механизмов, содействующих укреплению здоровья и справедливости
- Механизмы подотчетности:
  - прозрачные
  - основанные на расширении прав и возможностей
- Соблюдение социальной справедливости в политике всех секторов
- Правильно выбранные рычаги и стимулы
- Институциональная готовность
- Сотрудничество и действия, инициируемые ключевыми заинтересованными сторонами
- Подход, основанный на принципе соблюдения прав
- Вовлечение местных сообществ
  - Использование и укрепление их возможностей и ресурсов
- Работа на межсекторальном уровне и в рамках партнерств
  - Этот принцип должен быть включен в действующие системы управления и оценки эффективности

**Рисунок P-16**

**Баллы по шкале влияния общественного мнения и подотчетности в странах Европейского региона в соответствии с глобальными показателями стратегического руководства, принятыми Всемирным банком**

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источники:  
The World Bank (36).



Одним из важных направлений действия является создание новых и усиление существующих инструментов и механизмов, позволяющих расширять права и возможности граждан и добиваться того, чтобы мнения и точки зрения, высказываемые в процессах принятия решений, более последовательно выражали аргументы справедливости. Расширение прав и возможностей людей включает содействие формированию гражданского общества, создание условий для образования объединений и свободное развитие политических и неполитических организаций.

Механизмы, обеспечивающие широкое участие заинтересованных сторон, такие как общественные комиссии, советы потребителей и методы планирования с участием местных общин, обладают потенциалом вовлекать в работу самых разнообразных партнеров, которых интересуют социальные детерминанты здоровья, и открывают новые способы повышения спроса с принимающих решения руководителей за их действия. Они также содействуют более активному участию различных слоев общества в политической жизни и способствуют более справедливому распределению ресурсов.

#### **Рекомендация 4(b).**

**Разработать всесторонний, межсекторальный механизм учета долгосрочного характера профилактики и лечения нарушений здоровья на принципах справедливости в целях внесения устойчивых корректив в практику профилактики и лечения на основе принципов социальной справедливости в отношении здоровья.**

#### **Конкретные действия**

##### **Профилактика**

Добиваться, чтобы действия по снижению предотвратимых угроз здоровью основывались на устранении существенных различий в подверженности угрозам как внутри стран, так и между ними. В этих целях:

- (i) сокращать вредное употребление алкоголя, например путем введения налога на алкогольные напитки, пропорционального содержанию спирта;
- (ii) инициировать более широкие меры по снижению содержания жиров, особенно транс-жирных кислот, в рационе и ограничивать рост потребления продуктов быстрого питания;
- (iii) принимать меры по сокращению курения в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака;
- (iv) поощрять физически активный образ жизни, уделять внимание потребностям по всему социальному градиенту.

##### **Лечение**

Уменьшить различия в доступе к высококачественным медико-санитарным услугам внутри стран и между ними путем принятия, в частности, следующих мер:

- (i) сделать системы медико-санитарной помощи более справедливыми: для создания прочного фундамента для устранения несправедливостей в отношении здоровья необходимо обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения;
- (ii) устранять финансовые, географические и культурные барьеры, мешающие пользованию услугами медико-санитарной помощи (такие как соплатежи) и обеспечить выделение достаточных ресурсов территориям, находящимся в неблагоприятном положении.

##### **Стратегии**

- (i) Добиваться того, чтобы стратегии, направленные на устранение несправедливостей внутри стран и между странами, в том числе несправедливостей, связанных с гендерной принадлежностью, включали решение следующих задач:
  - (1) разработать системы для адекватной оценки, планирования и осуществления действий,

направленных на сокращение несправедливых различий по показателям здоровья;

- (2) повысить потенциал систем общественного здравоохранения для сокращения несправедливых различий по показателям здоровья;

- (3) развить системы укрепления и защиты здоровья и профилактики болезней в целях обеспечения всеобщего охвата всех социальных групп услугами здравоохранения и увязать работу этих систем со стратегиями и программами, конкретно предусматривающими воздействие на детерминанты образа жизни и поведения;

- (4) повысить доступность и качество услуг медико-санитарной помощи;

- (5) обеспечить гарантии отсутствия негативных эффектов в связи с транснациональными соглашениями и нормами.

- (ii) Предоставить внешнюю поддержку усилиям по разработке и реализации таких стратегий в целях сокращения несправедливостей в странах, где они наименее развиты, включая ряд стран в центральной и восточной частях Региона.

- (iii) Обеспечить разумное соотношение между стратегиями, предусматривающими достижение результатов в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе, и между простыми и более сложными, комплексными вмешательствами. Конкретные направления действия включают:

- (1) стратегии, которые дают обществу, группам населения и гражданам больше возможностей для защиты от предотвратимых угроз, например регулировать и контролировать условия на месте работы и условия окружающей среды, потребление табака и алкоголя, состав пищевых продуктов, их наличие и цены, а также влиять на формирование общественных норм и ценностей;

- (2) разработку программ скрининга, доступных для всех, прежде всего для наиболее уязвимых и обездоленных, с целью выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и раннего выявления рака;

- (3) обеспечение полноценной реализации стратегий борьбы с инфекционными болезнями (такими как туберкулез и ВИЧ/СПИД), от которых несоразмерно чаще страдают социально неблагополучные и уязвимые группы, в том числе устранение причин уязвимости, преодоление гендерных несправедливостей и обеспечение адекватного и устойчивого доступа к услугам скрининга, диагностики и лечения.

- (iv) Осуществлять мониторинг и оценку влияния вышеперечисленных рекомендаций на справедливость в отношении здоровья населения в разбивке по полу, возрасту и двум-трем важнейшим социально-экономическим детерминантам.

Меры по улучшению здоровья населения в краткосрочной и среднесрочной перспективе можно предпринять уже сейчас, тогда как для достижения эффекта других мер потребуется больше времени. Поэтому достижение устойчивых и справедливых перемен в области профилактики и лечения нездоровья требует оптимального соотношения между стратегиями, имеющими краткосрочный, среднесрочный и долгосрочный эффект, а также между простыми и более сложными, комплексными вмешательствами.

### **Различия между странами**

Достаточно качественные фактические данные показывают, что некоторые различия в состоянии здоровья населения между странами Региона отчасти связаны (а) с различиями в подверженности предотвратимым угрозам здоровью, которые являются результатом несправедливостей в отношении социальных детерминант здоровья и детерминант поведения и образа жизни, включая несправедливости в отношении подверженности таким факторам, как табак, алкоголь, нездоровое питание, повышенное кровяное давление, риск рака шейки матки, состояния, ведущие к дорожно-транспортному травматизму, опасные или стрессовые условия работы и загрязнение воздуха, и (б) с различиями в доступности и качестве услуг медико-санитарной помощи.

Однако вклад этих факторов в разных странах и в разные периоды времени бывает разным. Например, чрезмерное употребление алкоголя играет относительно более важную роль как детерминанта плохого состояния здоровья населения в некоторых странах Центральной и Восточной Европы, тогда как курение, являющееся одной из главных детерминант несправедливостей в отношении здоровья на нижнем уровне причинно-следственных связей в северной и западной частях Региона, не представляет собой важной детерминанты несправедливостей в южной части Региона. Страны также различаются и по вкладу различий в доступе к качественной медико-санитарной помощи. Если в странах Северной, Западной и Южной Европы неадекватный доступ к действенной помощи может вносить лишь незначительный вклад в наблюдаемые несправедливости в отношении здоровья, то в восточной части Региона он чаще всего оказывает более сильное влияние на наблюдаемые там более широкие различия в смертности.

Фактические данные об этих разных вкладах служат важными исходными точками для разработки стратегий профилактики и лечения нездоровья с таким расчетом, чтобы уменьшить различия в показателях здоровья населения между странами. Можно назвать в этой связи две важные стратегии: (а) усиление мер по укреплению здоровья, охране здоровья и профилактике заболеваний в центральной и восточной

частях Региона и (б) реализация улучшений, позволяющих уменьшить различия в доступности и качестве медико-санитарных услуг.

### **Различия внутри стран**

Подверженность предотвратимым угрозам здоровью, возникающая вследствие действия описанных выше социальных детерминант, вносит вклад в социально-экономические несправедливости в отношении здоровья внутри стран. Это можно наблюдать на примере уровней ожирения в зависимости от уровня образования (рис. Р-17). Вклад таких факторов риска для здоровья, как воздействие табачного дыма, нездоровое питание, недостаток физической активности и злоупотребление алкоголем, в странах Региона разный в силу местных социальных норм и ценностей и в зависимости от стадии, которой достигли эпидемии, связанные с поведением. Для принятия мер по решению этих проблем нужно правильно определить приоритеты в каждой стране и выбрать такие стратегии, которые охватывают решение вопросов справедливости. В тех случаях, когда имеются соответствующие стратегии и рамочные документы ВОЗ, они вполне могут служить основой для разработки таких мер.

Аналогичным образом, стратегии лечения, предусматривающие преодоление несправедливостей в отношении здоровья внутри стран, также должны быть адаптированы к национальным приоритетам и конкретным системам здравоохранения в соответствии с принципом справедливости и с учетом стремления к всеобщему охвату услугами лечения всего населения, но при этом ресурсы должны распределяться в соответствии с социальными потребностями и необходимостью обеспечить группы, живущие в неблагоприятных условиях.



**Рисунок P-17**

Процент населения, страдающего ожирением<sup>a</sup>, в разбивке по уровню образования и полу, отдельные страны, Европейский регион

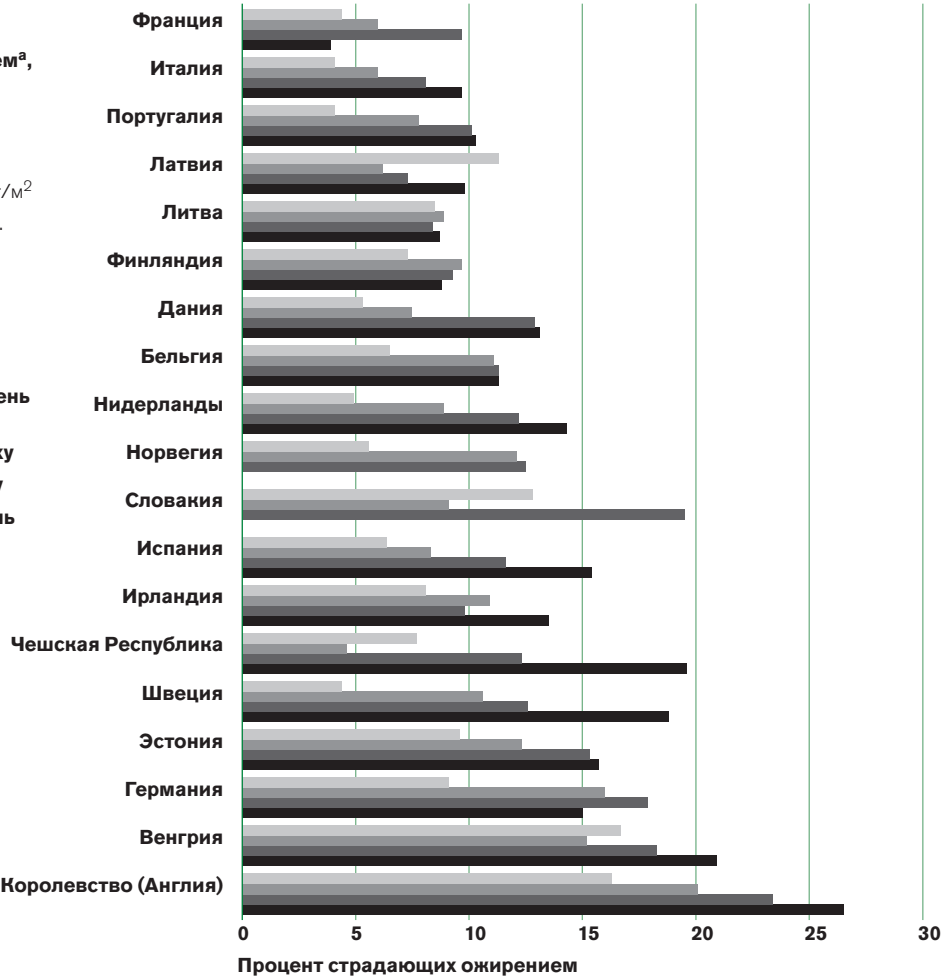
<sup>a</sup>Индекс массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>

Источник: Roskam et al. (37).

**Мужчины в возрасте 25–44 лет**

- Самый высокий уровень образования
- Второй уровень сверху
- Второй уровень снизу
- Самый низкий уровень образования

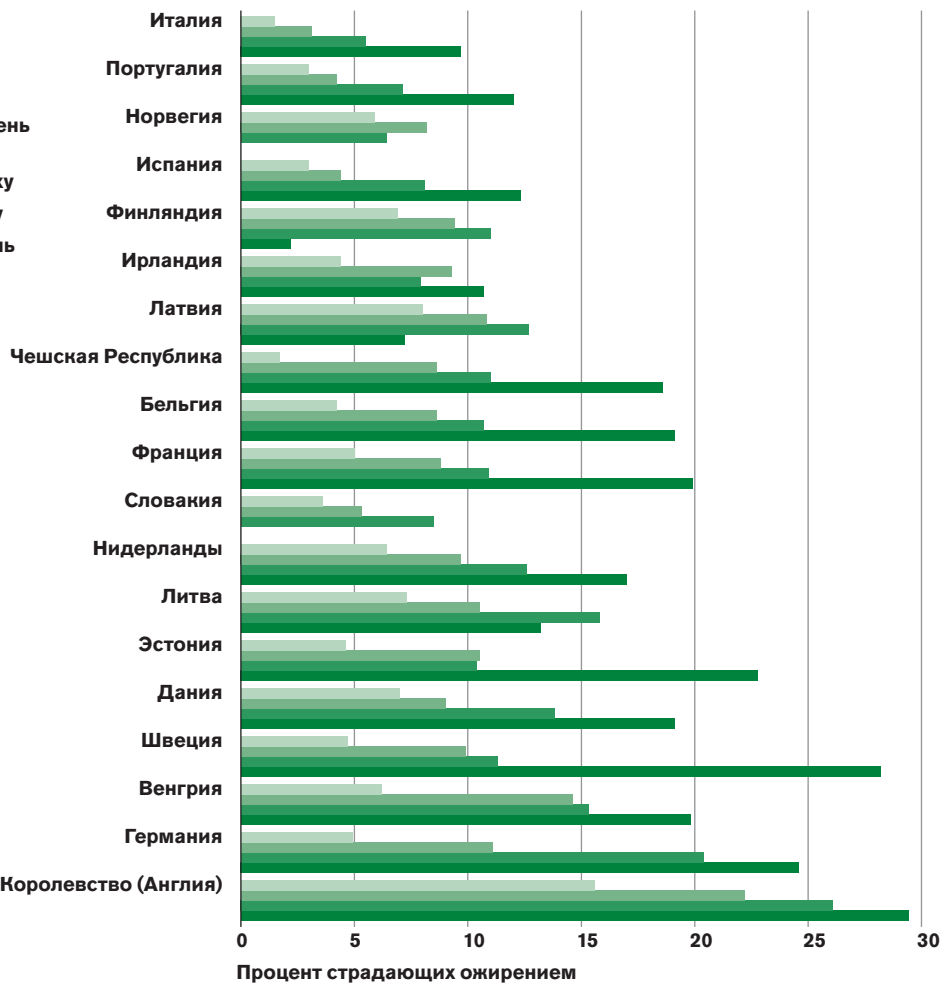
Соединенное Королевство (Англия)



**Женщины в возрасте 25–44 лет**

- Самый высокий уровень образования
- Второй уровень сверху
- Второй уровень снизу
- Самый низкий уровень образования

Соединенное Королевство (Англия)



**Рекомендация 4(с).**

**Организовать регулярную отчетность и общественное рассмотрение вопросов несправедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант на всех уровнях стратегического руководства, включая международный, страновой и местный уровни.**

**Конкретные действия**

(i) Во всех странах принять четкие стратегии, основанные на местных фактических данных, по исправлению существующих условий и уменьшению масштабов несправедливостей в отношении здоровья путем воздействия на его социальные детерминанты.

(ii) Включать в эти стратегии мониторинг как социальных детерминант здоровья на всех этапах жизни, так и социального и географического распределения показателей здоровья.

(iii) Периодически проводить критический обзор этих стратегий на всех уровнях стратегического руководства, включающий углубленные аналитические описания масштабов и тенденций в несправедливости в отношении здоровья и главных детерминант, их порождающих:

- (1) в каждой стране незамедлительно начать процесс пересмотра стратегий на основе имеющейся информации;
- (2) обеспечить прогрессивное поступление необходимых для этого данных – как для отслеживания тенденций, так и для оценки того, какие меры являются наиболее действенными;
- (3) разработать минимальные стандартные требования к таким данным, с участием транснациональных организаций, которые осуществляют их сбор или систематизацию.

(iv) Государства-члены должны регулярно направлять в ВОЗ отчеты о результатах пересмотра стратегий для обсуждения на региональных совещаниях.

Для улучшения здоровья и справедливости в отношении здоровья требуется подход, основанный на фактических данных и новейшей информации. Важнейшим элементом подхода к повышению справедливости в отношении здоровья с позиции социальных детерминант является система мониторинга, которая снабжает лиц, вырабатывающих политику, и другие заинтересованные стороны информацией о тенденциях в итоговых показателях здоровья и их распределении, о факторах риска, профилактике и лечении нездоровья и о его детерминантах.

Одна из функций системы мониторинга заключается в том, чтобы дать возможность заинтересованным сторонам оценивать воздействие стратегий и вмешательств и определять, насколько справедли-

во распределяются их положительные эффекты и способствуют долгой и здоровой жизни для всех. Однако временные задержки между стратегическими вмешательствами и проявлением их положительного воздействия на состояние здоровья, а также трудности отнесения того или иного положительного эффекта на счет конкретных стратегических вмешательств не позволяют опираться исключительно на итоговые показатели, а требуют использования показателей, характеризующих процесс и производимые промежуточные результаты. Тем не менее, данные, характеризующие итоговые показатели, являются необходимыми и, в конечном счете, решающими критериями.

Хотя показатели процесса, промежуточных и итоговых результатов необходимы, их одних недостаточно, чтобы определять содержание политики. Нужны действенные механизмы, дающие возможность гражданам и группам, на которых нацелена политика, быть услышанными и полноценно участвовать в принятии решений, затрагивающих их жизнь.

Действенная система мониторинга чрезвычайно важна при установлении целевых ориентиров, которые определяются как желательные цели. В конечном счете цели любого подхода, ориентированного на достижение справедливости в отношении здоровья, заключаются в улучшении итоговых показателей здоровья, благодаря чему статус здоровья всех групп повышается до самого высокого уровня в обществе. На сегодняшний день главными трудностями в установлении целевых ориентиров и мониторинге прогресса в преодолении социальных несправедливостей в отношении здоровья, а в более широком смысле – в изменении социальных детерминант здоровья являются в Регионе отсутствие достоверных

**Рисунок P-18**  
**Система индикаторов**

Источник: Marmot Review Team (38).



данных и великое множество имеющихся, но не стандартизированных данных. Европейское законодательство о качестве и защите данных, включая соответствующие директивы Европейского союза, должно облегчать мониторинг, а не мешать его ведению.

Установление целевых ориентиров в отношении справедливости должно быть результатом политического процесса, в котором участвуют все заинтересованные стороны. Однако для целевых ориентиров нужна система мониторинга, которой сопутствуют данные достаточно хорошего качества, сопоставимые в разных отрезках времени и поддающиеся дезагрегации, чтобы можно было реально оценивать прогресс в достижении целевого ориентира. На рис. Р-18 показана используемая для этого циклическая схема. Она предназначена для того, чтобы обеспечить правильную последовательность этапов установления целевых ориентиров, разработки стратегических вмешательств, их реализации и последующей критической оценки в свете результатов мониторинга.

## Выводы

В Европейском регионе широко распространены и стойко сохраняются проявления социальной несправедливости в отношении здоровья. Несправедливые различия, существующие как между странами, так и внутри них, порождаются несправедливостью в распределении власти, денег и ресурсов. Они необоснованны и неправомерны, и их преодоление должно быть задачей первостепенной важности на всех уровнях стратегического руководства в Регионе.

Нужны действия в отношении социальных детерминант здоровья – действия на всех этапах жизни, в более широких социально-экономических сферах и в целях защиты будущих поколений. Приданию политической приоритетности делу улучшения здоровья и уменьшения несправедливостей в отношении его социальных детерминант помогают подходы с позиции прав человека.

Экономический кризис в Европе и принимаемые в связи с ним ответные меры оказали негативное влияние на социальные детерминанты здоровья. Принятие мер с целью уменьшения несправедливостей в отношении социальных детерминант здоровья позволило бы одновременно улучшить перспективы здоровья и получить выгоды в более широком социальном плане, дающие людям возможность реализовать свои способности.

Страны могут использовать принцип обеспечения справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях как важное обязательство, которым должны определяться дальнейшие действия по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья, воздействию на его социальные детерминанты и снижению тенденции к увековечению несправедливости. Тем не менее, нужны также и

новые системы стратегического руководства и реализации. Они должны действовать на всех уровнях стратегического руководства и вовлекать все общество и все органы государственного управления. Они должны давать гражданам, группам и сообществам людей реальное право решающего голоса в принятии решений, которые затрагивают их жизнь.

Рекомендуется, чтобы во всех странах Региона уменьшение несправедливостей в отношении здоровья стало одним из главных критериев, используемых для оценки деятельности системы здравоохранения и деятельности государственных органов в целом. Оно также должно быть одним из главных критериев оценки деятельности ВОЗ в Регионе.

Рекомендуется, чтобы во всех 53 странах Региона были приняты четкие стратегии, направленные на исправление сложившейся ситуации и сокращение масштабов несправедливости в отношении здоровья путем воздействия на его социальные детерминанты. Странам следует регулярно проводить критические оценки этих стратегий. Результаты оценок должны доводиться до сведения ВОЗ и периодически обсуждаться на региональных совещаниях.

Общепризнанно, что европейские страны находятся на весьма разных исходных позициях по уровню здоровья, справедливости в отношении здоровья и социально-экономического развития. Для некоторых стран Региона задачи, которые ставятся в этих рекомендациях, служат скорее перспективными ориентирами, к которым нужно стремиться. Хотя это может ограничивать пределы возможного в краткосрочной перспективе и сроки решения отдельных проблем, на долгосрочные замыслы стратегии это влиять не должно. Необходимо выработать и осуществить постепенные шаги в направлении реализации этих смелых целей, охватывающие все этапы жизни (проблема повторения несправедливости из поколения в поколение, раннее детство, трудоспособный возраст и старость), более широкие социальные влияния (социальная защита, местные сообщества и социальное отчуждение), более широкий контекст (экономика, устойчивость и окружающая среда), а также системы, необходимые для реализации намеченных целей (стратегическое руководство в интересах здоровья, профилактика, лечение, доказательная база и мониторинг).

В данном обзоре собраны достоверные и убедительные фактические данные о том, что нужно делать и каким образом. Очень важно, чтобы страны в Регионе действовали сообща и использовали эти фактические данные в качестве основы для разработки стратегий, которые приведут к улучшению здоровья для всего населения, чтобы таким образом уменьшить различия в отношении здоровья как внутри стран, так и между странами.

## Библиография

1. *Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 15 июля 2013 г.)
2. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья: заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html), по состоянию на 15 июля 2013 г.)
3. Европейская база данных "Здоровье для всех" [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 ([http://data.euro.who.int/hfadb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html), по состоянию на 15 июля 2013 г.)
4. Livslängden i Sverige 2001–2010. *Livslängdstabeller för riket och länen [Ожидаемая продолжительность жизни в Швеции, 2001–2010. Таблицы дожития для страны в целом и по провинциям]*. Stockholm, Statistics Sweden, 2011 (Demografiska rapporter [Демографические доклады] 2011:2; [http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/VE0701\\_2001110\\_BR\\_BE51BR1102.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/VE0701_2001110_BR_BE51BR1102.pdf), по состоянию на 15 июля 2013 г.)
5. Sen A. *Development as freedom*. New York, Alfred A. Knopf, 1999. Сен А. Развитие как свобода / Пер. с англ., М.: Новое издательство, 2004.
6. Venkatapuram S. *Health justice*. Cambridge, Polity, 2011.
7. *Здоровье-2020: основы политики и стратегия*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/170687/RC62wd08-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/170687/RC62wd08-Rus.pdf), по состоянию на 15 июля 2013 г.)
8. Bradshaw J. *Social exclusion, disadvantage & vulnerability task group background paper 3: child poverty in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
9. *The state of the world's children 2007*. New York, UNICEF, 2007.
10. European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2013 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu\\_silc](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc), accessed 15 July 2013).
11. Emerging challenges for children in eastern Europe and central Asia. Multiple indicator cluster survey in 12 countries [online database]. Geneva, UNICEF, 2008 (<http://www.micsinfo.org/home.aspx>, accessed 15 July 2013).
12. Bradshaw J, Mayhew E, Alexander G. *Minimum social protection for families with children in the CEE/CIS countries in 2009: a report for UNICEF*. York, University of York, Social Policy Research Unit, 2010.
13. *Innocenti social monitor 2009. Child well-being at a crossroads: evolving challenges in central and eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2009.
14. Siegrist J, Roskam E, Leka S. *Report of task group 2: employment and working conditions including occupation, unemployment and migrant workers*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
15. Wahrendorf M, Dragano N, Siegrist J. Social position, work stress, and retirement intentions: a study with older employees from 11 European countries. *European Sociological Review*, 2012, DOI: 10.1093/esr/jcs058.
16. Survey of health, ageing and retirement in Europe [web site]. Munich, Research Unit SHARE, 2012 (<http://www.share-project.org>, accessed 15 July 2013).
17. Unemployment rate by sex and age groups – annual average, % [online database]. Brussels, Eurostat, 2011 ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=une\\_rt\\_a&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=une_rt_a&lang=en), accessed 15 July 2013).
18. TransMonEE [online database]. Geneva, TransMonEE, 2004–2013 (<http://www.transmonee.org/>, accessed 15 July 2013).
19. Healthy life years and life expectancy at birth, by gender [online database]. Brussels, Eurostat, 2012 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/dataset?p\\_product\\_code=TSDPH100](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TSDPH100), accessed 15 July 2013).
20. Social protection floor initiative [web site]. Geneva, Social Protection Floor Work Group, International Labour Organization, 2010 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/spfibrochure-en.pdf>, accessed 15 July 2013).
21. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*, 2010, 340:3311.
22. *Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/78069/E93670.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/78069/E93670.pdf), accessed 15 July 2013).
23. *2010 EPHA briefing on health inequalities*. Brussels, European Public Health Alliance, 2010.
24. Putnam RD. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1993.
25. *Социальные и гендерные неравенства в отношении окружающей среды и здоровья*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76522/Parma\\_EH\\_Conf\\_pb1\\_rus.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76522/Parma_EH_Conf_pb1_rus.pdf), по состоянию на 15 июля 2013 г.)
26. CEU Center for Environmental Policy and Law, Health and Environment Alliance and Coalition for Environmental Justice. *Making the case for environmental justice in central and eastern Europe*. Brussels, Health and Environment Alliance, 2007.
27. *Health and environment in Europe: progress assessment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/96463/E93556.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/96463/E93556.pdf), accessed 15 July 2013).
28. *Access to improved sanitation and wastewater treatment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/96957/1.3-Access-to-improved-sanitation-and-wastewater-treatment-EDITED\\_layouted.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/96957/1.3-Access-to-improved-sanitation-and-wastewater-treatment-EDITED_layouted.pdf), accessed 15 July 2013).
29. Castro JE. *Water, power and citizenship: social struggle in the Basin of Mexico*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2006.
30. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. *Environmental burden of disease associated with inadequate housing*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/145511/e95004sum.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf), accessed 15 July 2013).
31. Supplementary indicators to unemployment by sex and nationality – annual average [online database]. Brussels, Eurostat, 2013 ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ffsi\\_sup\\_nat\\_a&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ffsi_sup_nat_a&lang=en), accessed 15 July 2013).
32. Kentikelenis A. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 2011, 378:1457–1458.
33. *Governance and delivery mechanisms task group report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
34. Olshanskaya M. *Overheated: two decades of energy transition in the former Soviet Union*. New York, United Nations Development Programme, 2009.
35. Kickbusch I, Gleicher D. *Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/149971/RC61\\_rInfDoc06.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rInfDoc06.pdf), по состоянию на 5 августа 2013 г.)
36. *The Worldwide Governance Indicators, 2011 update*. Washington, DC, The World Bank, 2011 (<http://www.govindicators.org>, accessed 15 July 2013).
37. Roskam AJ et al. Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39:392–404.
38. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*. London, Marmot Review Team, 2010 ([www.instituteofhealthequity.org](http://www.instituteofhealthequity.org), accessed 15 July 2013).







## Часть I Контекст

**В Европейском регионе ВОЗ достигнуты замечательные улучшения показателей здоровья благодаря прогрессивному совершенствованию условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся. Вместе с тем сохраняются устойчивые несправедливые различия между странами и в самих странах.**

**Настоящий обзор несправедливых различий по показателям здоровья в 53 государствах-членах Европейского региона и между ними был выполнен на заказной основе в рамках разработки основ новой европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020 (1). В настоящее время достигнуто более глубокое понимание степени и социальных причин этих неравенств, особенно после выхода в свет в 2008 г. доклада Комиссии по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) (2). Европейский обзор опирается на глобальные фактические данные и содержит стратегические рекомендации, при осуществлении которых может быть достигнут прогресс в сокращении несправедливостей и разрыва по показателям здоровья во всех странах, в том числе и с низким уровнем доходов.**

**В целях повышения уровня социальной справедливости в отношении здоровья и защиты будущих поколений необходимы действия, направленные на социальные детерминанты здоровья – на всех этапах жизни и в более широких социально-экономических сферах.**

## Структура доклада

Настоящий доклад состоит из четырех частей, разделенных на девять глав.

### Часть I Контекст

В главе 1 представлен контекст и исходные сведения, относящиеся к обзору, в которых суммируется обоснование необходимости воздействия на социальные детерминанты здоровья в масштабе всего Европейского региона.

В главе 2 изложены ключевые принципы, положенные в основу рекомендаций обзора, и обоснование их группирования по четырем основным темам: этапы жизни, общество в целом, более широкий контекст на макроуровне и системы.

### Часть II Фактические данные о разрыве в показателях и о несправедливостях в отношении здоровья в Европейском регионе

Глава 3 содержит обзор современных фактических данных о масштабах разрыва по показателям здоровья между странами Европейского региона, о несправедливостях в отношении здоровья и его социальных детерминант.

### Часть III Конкретные области действий, направленных на социальные детерминанты здоровья

В главах 4–7 более детально разобраны вопросы, затронутые в главе 2, в них представлены и обсуждены рекомендации по каждой теме и приведены объективные фактические данные в их поддержку, собранные и систематизированные силами целевых групп обзора.

В них также приведены многочисленные примеры из практики, иллюстрирующие инновационные, научно обоснованные подходы, примененные в различных странах Европы и за ее пределами.

### Часть IV Осуществление стратегий и действий

Глава 8 содержит основные положения, касающиеся практической реализации стратегий воздействия на социальные детерминанты здоровья. В ней суммируются механизмы действий, рассматриваются причины возможных неудач и даны рекомендации по наилучшей практике.

В главе 9 в кратком виде изложены рекомендации обзора и действия, необходимые для их осуществления.

**1.1****Необходимость воздействия на социальные детерминанты здоровья в целях обеспечения справедливости в отношении здоровья****1.1.1****Контекст**

В Европейский регион ВОЗ входят страны, имеющие едва ли не самые лучшие в мире показатели здоровья, однако характеризующиеся существенными несправедливыми различиями в этом отношении.

Фактические данные свидетельствуют о том, что улучшение здоровья в Регионе наступило в результате длительного и последовательного периода улучшения жизни людей, протекающей в социально сплоченном и все более обеспеченном обществе, в государствах с развитой системой социальной поддержки и высококачественными услугами образования и здравоохранения. Это создало условия, позволившие людям испытывать удовлетворенность своей жизнью, что привело к значительному улучшению показателей здоровья.

Однако не всем странам удалось в равной мере добиться такого уровня социального, экономического и медико-санитарного развития. Хотя во всех странах социально-экономические условия и улучшились, различия сохраняются. Это создает угрозу для здоровья, особенно в странах восточной части Региона, но даже среди более обеспеченных стран все заметнее становятся несправедливые различия в условиях жизни людей и снижение социальной динамики и сплоченности. Социальные неравенства в отношении здоровья не сокращаются, а во многих странах даже возрастают. Экономический кризис, начавшийся в 2008 г. и оказавшийся глубже и длительнее, чем предсказывало большинство экспертов, усугубил эту тенденцию и обнажил резкие социальные и экономические неравенства внутри стран и между ними.

**1.1.2****Обзор**

Европейское региональное бюро ВОЗ заказало проведение обзора социальных детерминант здоровья и разрывов по показателям здоровья в целях сокращения несправедливых различий в отношении здоровья, существующих между 53 государствами-членами Европейского региона и внутри отдельных стран. Его выводы и рекомендации были использованы в разработке основ

новой европейской политики в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020 (1).

Систематические различия в отношении здоровья между социальными группами считаются несправедливыми, если их можно избежать разумными средствами. Поэтому в данном обзоре для описания таких предотвратимых неравенств используются термины «несправедливости», «несправедливые различия» или «социальные неравенства в отношении здоровья» (health inequities). В настоящее время достигнуто более глубокое понимание масштабов и социальных причин несправедливостей, особенно после выхода в свет в 2008 г. доклада Комиссии по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) (2). В настоящем обзоре на основе фактических данных и выводов, приведенных в докладе КСДЗ, сформулированы рекомендации, применимые к европейскому контексту.

Особое внимание к европейским проблемам в данном обзоре представляется весьма актуальным, поскольку работа по его составлению совпала с важным периодом в истории Европы. Характерное для Региона богатое разнообразие условий создает возможности для того, чтобы провести анализ вопросов политики и предложить стратегические рекомендации, соответствующие конкретным условиям в странах с низким, средним и высоким уровнями доходами. Результаты обзора однозначно свидетельствуют: при правильном выборе стратегического курса прогресс может быть достигнут во всех странах, в том числе и с низким уровнем доходов.

Приданию приоритетности делу улучшения здоровья и уменьшения несправедливостей путем решительного воздействия на социальные детерминанты здоровья помогают подходы с позиции прав человека. Социальные неравенства в отношении здоровья широко распространены, упорно сохраняются, неправомерны и несправедливы, и их преодоление должно стать задачей первостепенной важности на всех уровнях стратегического руководства в Регионе. Для того чтобы защитить нынешнее и будущие поколения, осуществлять необходимые действия нужно на протяжении всей жизни людей и в более широких социальных и экономических сферах.

Опираясь на выводы и рекомендации КСДЗ (2), авторы обзора поставили перед собой цель рассмотреть фундаментальные факторы – «причины причин» – этих различий: условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, а также несправедливое распределение власти, денег и ресурсов, порождающее эти условия. Обзор помогает понять, что находится в пределах возможного и что дает

положительный эффект, с учетом конкретных обстоятельств и условий в отдельных странах. Содержащиеся в нем рекомендации носят практический и целенаправленный характер.

Один из подходов к действиям, возможный для всех, состоит в обеспечении всеобщего охвата услугами медико-санитарной помощи. Другой подход основан на первостепенном внимании к поведенческим факторам, таким как курение, характер питания, потребление алкоголя, которые являются причинами значительной доли несправедливостей в отношении здоровья, но, в свою очередь, сами являются социально детерминированными. Положения обзора поддерживают оба эти подхода. Однако рекомендации идут дальше – охватывая «причины причин». Без улучшений, относящихся к социальным детерминантам здоровья, значительного сокращения несправедливостей в отношении здоровья добиться не удастся.

Рисунок 1.1 иллюстрирует ожидаемую продолжительность жизни в странах Региона – одно из свидетельств разрыва в показателях здоровья. Большинство стран в самом низком квинтиле находятся в восточной части Региона. Разброс между самыми высокими и самыми низкими показателями составляет 17 лет для мужчин и 12 лет для женщин.

Несправедливости в отношении здоровья в Регионе не означают плохое состояние здоровья у людей в бедных странах и хорошее здоровье у всех остальных. На рисунке 1.2 приведен пример стойких несправедливых различий в отношении здоровья между социальными группами на примере одной из наиболее обеспеченных стран с высокими общими показателями продолжительности жизни.

## 1.2

### Структура и предназначение обзора

Прямой задачей данного обзора было собрать новые факты, которые можно было бы применить в условиях обширного разнообразия стран, составляющих Европейский регион, с учетом выводов и рекомендаций КСДЗ (2). Это разнообразие касается таких аспектов, как уровни национального дохода, социальное развитие, история, политика и культура, – все они имеют отношение к социальным детерминантам здоровья.

Были сформированы 13 целевых групп для проведения анализа современных фактических данных относительно возможного воздействия на социальные детерминанты здоровья в различных странах Региона. Обзор опирается на полученные целевыми группами данные, на основе которых представлены рекомендации и приведены конкретные примеры их возможного применения

в условиях различных стран – с целью как решения общерегиональных проблем несправедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант, так и удовлетворения потребностей конкретных стран с применением индивидуально адаптированных подходов. Эти научно обоснованные рекомендации могут использоваться на уровне регионов, стран, городов и районов для разработки политики и программ, отвечающих местным условиям. Одно из основных положений обзора – расширение прав и возможностей заинтересованных субъектов действий – не допускает навязывания решений извне.

### 1.2.1

#### Неравенства в отношении здоровья, которые можно предотвратить, носят несправедливый характер – необходимы действия в масштабе всего общества

Анализ показывает, что для достижения прогресса в обеспечении справедливости в отношении здоровья нужно воздействовать на социальные детерминанты здоровья на общегосударственном уровне. Министрам здравоохранения, несомненно, принадлежит важная роль в обеспечении всеобщего доступа к высококачественной медико-санитарной помощи, но они также должны занять лидирующую позицию в продвижении идеи о том, что здоровье необходимо рассматривать в качестве важного «производственного показателя», или итогового результата деятельности и всех других секторов. Существует тесная связь между справедливостью в отношении здоровья и проводимой социальной политикой. Масштабы несправедливых различий по показателям здоровья отражают степень удовлетворения обществом потребностей граждан: здоровье – это не только индикатор успеха в данном отношении, оно также имеет высокую индивидуальную и общественную ценность. Защита интересов последующих поколений также требует, чтобы политика, направленная на сокращение несправедливости, была согласована с другими стратегиями, например относящимися к проблемам изменения климата (см. главу 5).

В обзоре выдвигаются морально-этические аргументы в пользу действий, направленных на социальные детерминанты здоровья – социальная несправедливость убивает и вызывает неоправданные страдания множества людей в масштабе всего Региона – однако имеется и веское экономическое обоснование. Издержки служб здравоохранения, ущерб в виде снижения производительности труда и потери доходов государства вследствие несправедливостей в отношении здоровья настолько велики, что ни одно общество не может позволить себе бездействовать. Преодоление несправедливостей в отношении социальных

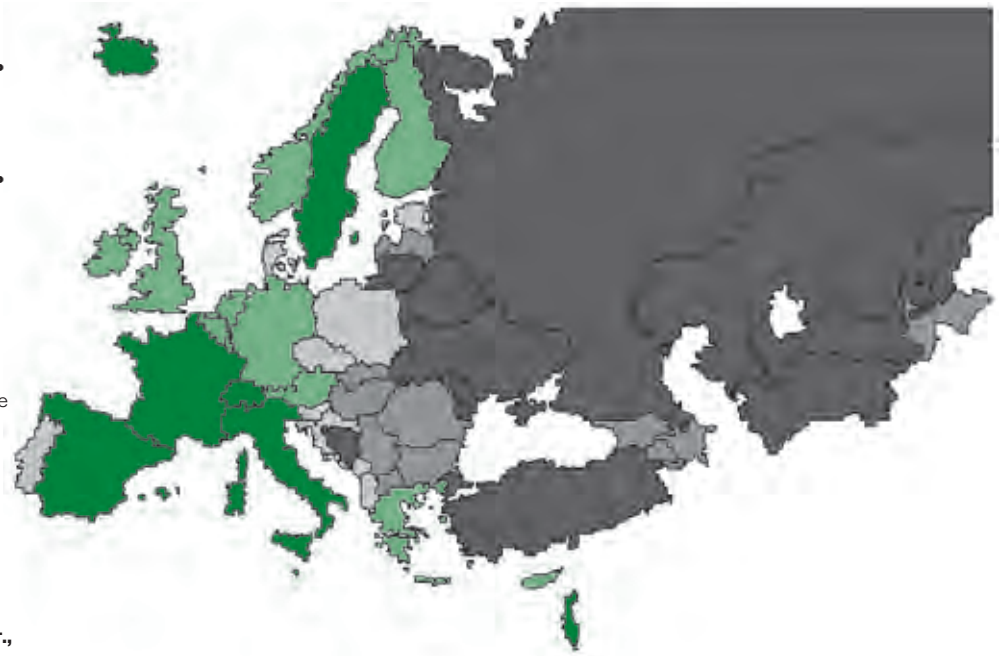
**Рисунок 1.1**

Ожидаемая продолжительность жизни в странах Европейского региона, 2010 г. (или последний год с наличием данных)

Ожидаемая продолжительность жизни – квинтили:

- Верхний
- Второй
- Третий
- Четвертый
- Самый низкий

Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).



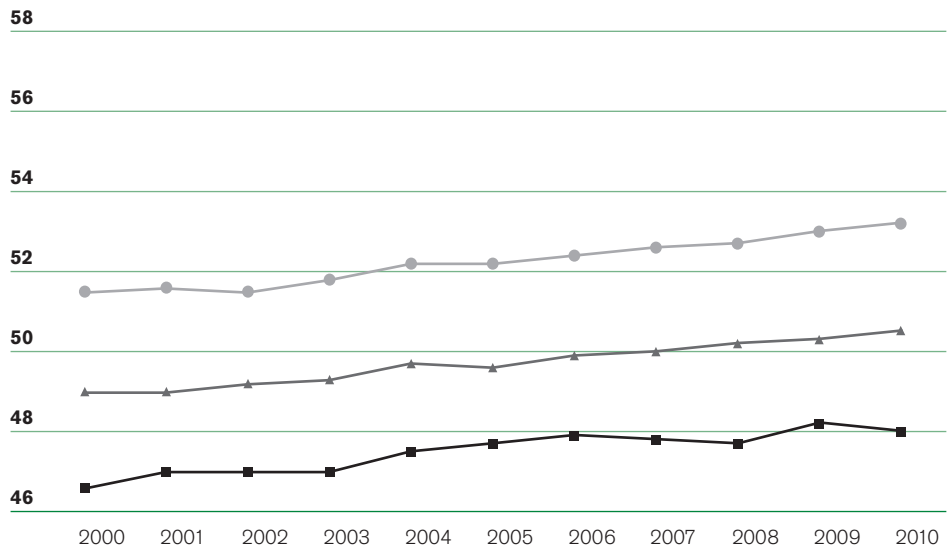
**Рисунок 1.2**

Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения Швеции, 2000–2010 гг., в соотношении с уровнем образования, мужчины и женщины

**Мужчины**

- Послесреднее
- ▲ Второй этап среднего
- Обязательное

Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 30 лет



**Женщины**

- Послесреднее
- ▲ Второй этап среднего
- Обязательное

Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 30 лет



Источники: Statistics Sweden (4).

детерминант здоровья также приводит и к другим улучшениям в общественном благополучии – к повышению социальной сплоченности и образовательного уровня населения.

---

### 1.2.2

#### **Области действий – акцент на приоритеты**

Европейские страны должны иметь перед собой две четкие цели: повышение среднего уровня здоровья и сокращение несправедливостей в отношении здоровья, для чего необходимо стремиться к повышению уровня здоровья людей, находящихся в менее благоприятном положении, до уровня наиболее обеспеченных. Улучшение средних показателей и справедливое распределение социальных детерминант должно привести к достижению обеих целей. Точно так же для сокращения разрыва в состоянии здоровья населения между странами нужно поднять уровень стран с наихудшими показателями здоровья до уровня стран, имеющих самое здоровое население.

Необходимо осуществлять стратегии двух типов: внутри каждой страны – действия, направленные на социальные детерминанты здоровья с целью повышения среднего уровня здоровья населения и сокращения несправедливостей, и на международном уровне – действия, направленные на устранение причин несправедливых различий между странами.

Для обеспечения подотчетности и прозрачности, а также для документирования предпринятых мер крайне важно иметь эффективные механизмы мониторинга и оценки. Рекомендуется, **чтобы во всех 53 странах Европейского региона были приняты четкие стратегии, нацеленные на исправление сложившейся ситуации и сокращение масштабов несправедливости в отношении здоровья** путем воздействия на его социальные детерминанты. Страны должны систематически проводить обзор хода реализации этих стратегий, результаты которого следует представлять в ВОЗ для обсуждения на региональных совещаниях.

Рекомендации в отношении необходимых стратегий, приведенные в обзоре, сгруппированы по четырем темам: все этапы жизни, общество в целом, более широкий контекст на макроуровне и системы. По каждой теме требуются активные действия. Эти темы более подробно описаны в главе 2.



## 2.1

## Введение

В данной главе описаны концептуальные подходы, механизмы и принципы, положенные в основу рекомендаций к действиям, изложенным в части III. Как указано в главе 1, социально-экономические, политические, экологические и культурные факторы, формирующие здоровье во всем Регионе и внутри его стран, обозначаются как социальные детерминанты здоровья (2). В данном обзоре использована концептуальная схема подхода к причинно-следственным связям с позиций социальных детерминант, разработанная для КСДЗ (рис. 2.1).

В последние десятилетия стратегии общественного здравоохранения были сконцентрированы на факторах, непосредственно влияющих на здоровье и определяющих несправедливости в отношении здоровья.

Применительно к хроническим заболеваниям к ним относятся в первую очередь аспекты образа жизни (курение, характер питания, употребление алкоголя и степень физической активности).

Подход КСДЗ (равно как и тот, что использован в обзоре), заключается в том, что причины формирования образа жизни, влекущего за собой низкий уровень здоровья, находятся в социальной среде – в широком смысле этого понятия.

Причинно-следственные связи, показанные на рисунке 2.1, пронизывают всю жизнь индивидуума и связаны с особенностями общества, на которые могут влиять глобальные силы, действующие за

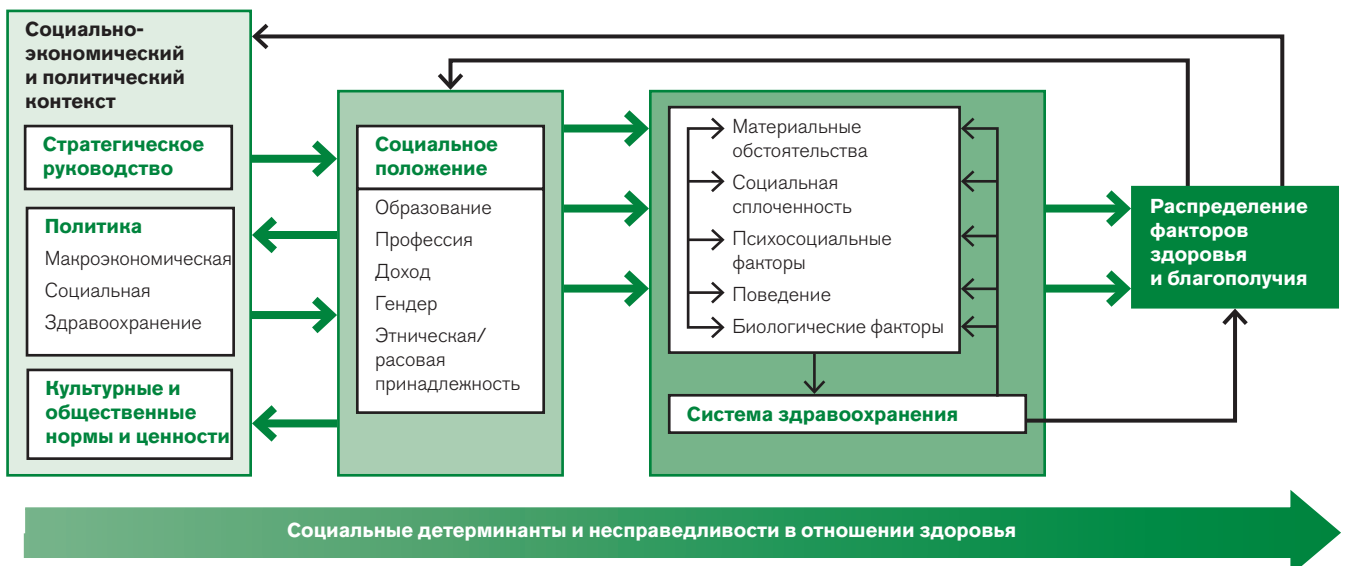
пределами отдельно взятой страны: характер торговли и внешней помощи, международные соглашения и экологические проблемы, острота которых повышается по мере изменения климата. Эти более широкие процессы, происходящие в обществе, также влияют на подверженность воздействию вредных (равно как и благоприятных) для здоровья условий и на уязвимость или, напротив, жизнестойкость. Результаты такого воздействия накапливаются в каждом человеке начиная с внутриутробного периода, младенчества и раннего детства, продолжаясь в период получения образования, в репродуктивном возрасте, при формировании семьи, в годы трудовой деятельности и в пожилом возрасте. Многие из них передаются из поколения в поколение, от родителей к детям и внукам. Воздействия и уязвимости в целом неравномерно распределены в обществе в соответствии с социально-экономическим положением людей и другими параметрами идентичности, такими как расовая/этническая принадлежность или гендер.

С концептуальной точки зрения в основе этого подхода лежит важный принцип расширения материальных, психологических и политических прав и возможностей всех членов общества. Это означает наличие материальных условий для достойной жизни, возможность распоряжаться своей жизнью, право политического волеизъявления и участие в процессах принятия решений. Такой подход к расширению прав и возможностей был представлен в ряде недавних сравнительных исследований в Европе (5,6). Для улучшения здоровья и сокращения масштабов социальной несправедливости необходима полная реализация прав человека.

Рисунок 2.1

## Концептуальная схема КСДЗ

Источник: КСДЗ (2).



Многие неравенства в отношении здоровья, наблюдаемые между странами, обусловлены социальными детерминантами здоровья, характерными для этих стран. Таким образом, можно утверждать, что страна, в которой не удовлетворяются человеческие потребности больших групп населения, будет иметь низкие показатели здоровья. В то же время, как указано выше, социальные детерминанты здоровья в отдельных странах сами подвергаются внешним воздействиям, порождаемым вне пределов государства.

## 2.2 Общие принципы

Лейтмотивом всего обзора являются три общих принципа, положенных в основу анализа и рекомендаций.

Первый – это **моральное обоснование необходимости действовать**. Здоровье имеет высокую ценность для каждого человека и общества в целом. Неравенства в отношении здоровья, которые устранимы путем принятия разумных мер, являются несправедливыми – отсюда термин «справедливость в отношении здоровья» (health equity) для обозначения социальной цели. Следует разрабатывать практические меры, направленные на сокращение предотвратимых неравенств в отношении здоровья, и придать им приоритетную значимость. Во многих областях моральные и экономические аргументы в пользу действий неотделимы друг от друга. Например, инвестиции в меры, направленные на развитие и образование детей раннего возраста, отвечают требованиям не только экономической эффективности, но и обеспечения социальной справедливости. Действия, направленные на социальные детерминанты здоровья, дают и другие выгоды обществу, которые могут в свою очередь приносить пользу для экономики. Например, среди более сплоченного в социальном отношении и образованного населения будет, скорее всего, ниже уровень преступности и гражданских беспорядков, выше уровень квалификации рабочей силы и больше возможностей для того, чтобы люди жили такой жизнью, которую с полным основанием смогут ценить, а также имели более высокий уровень здоровья и справедливости в отношении здоровья.

Второй основной принцип заключается в признании того, что **экономические трудности – это повод для активного влияния на социальные детерминанты здоровья, а не для бездействия**. Поразивший Европу экономический кризис обнажает суровые реалии, на фоне которых нужно настойчиво вести эту работу. Экономические проблемы оказывают негативное влияние на жизненные возможности людей, а также тормозят прогресс в деле улучшения здоровья и достижения большей справедливости в отношении здоровья.

Часто утверждают, что для преодоления серьезных экономических трудностей нужно сократить инвестиции в здравоохранение и в его социальные детерминанты. Однако фактические данные, изложенные в обзоре, совершенно ясно показывают: инвестирование средств в раннее развитие детей, в активные стратегии на рынке труда, социальную защиту, обеспечение жильем и решение проблем, связанных с изменением климата, поможет защитить население от неблагоприятных воздействий экономического кризиса и заложить основу для более здорового будущего.

В основе третьего принципа лежит признание того, что, **согласно представленным в обзоре фактическим данным, многое можно сделать** по всем секторам общества для изменения социальных детерминант здоровья и повышения уровня справедливости в отношении здоровья. В этой связи важную роль играют международные организации, страновые и местные органы государственной власти, а также группы в составе местных сообществ: имеется большой объем фактических данных и многочисленные примеры успешных действий, направленных на сокращение несправедливостей в отношении здоровья.

## 2.3 Концептуальные подходы к пониманию и продвижению идей справедливости в отношении здоровья

В обзоре в рамках общих принципов выделен ряд конкретных подходов для понимания того, как действуют социальные детерминанты здоровья, и для стимулирования действий, направленных на повышение уровня социальной справедливости в отношении здоровья в Европе. Они кратко охарактеризованы во вставке 2.1 и подробно описаны ниже.

### 2.3.1 Социальные детерминанты

#### Социальные механизмы, институты и стратегии

Как было отмечено в разделе 2.1, общественные факторы – условия повседневной жизни и их «структурные определяющие» влияют на подверженность людей как негативным, так и благоприятным для здоровья воздействиям на всех этапах жизни. Конкретные социально-экономические и другие воздействия, которые систематически влияют на риск нарушений здоровья отдельных лиц и групп, могут быть классифицированы следующим образом:

- признаки, характеризующие каждого человека: возраст, пол, рост, место рождения, а также другие черты, приобретенные благодаря

## Вставка 2.1.

### Ключевые понятия, используемые в концептуальном анализе и работе по повышению уровня справедливости в отношении здоровья

- Крайне важно воздействовать на **социальные детерминанты здоровья** (social determinants of health) – условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся и которые являются ключевыми детерминантами справедливости в отношении здоровья. В свою очередь, эти условия повседневной жизни находятся под влиянием структурных факторов, таких как экономические механизмы, распределение власти, степень гендерного равенства, основы проводимой политики и общественные ценности.
- **Принцип внимания ко всем этапам жизни** (life-course approach) в контексте справедливости в отношении здоровья учитывает накопление благоприятных и неблагоприятных воздействий на протяжении всей жизни человека. Этот подход начинается с очень важных ранних этапов жизни – внутриутробного периода и развития ребенка в раннем детстве – и продолжается далее, охватывая школьные годы, переход к трудовой жизни, трудоустройство и условия труда и обстоятельства, влияющие на пожилых людей.
- Существует **социальный градиент здоровья** (social gradient in health): по мере улучшения социально-экономического положения людей и/или сообществ их здоровье также прогрессивно улучшается. Важно разрабатывать такие стратегии, которые действуют по всему градиенту, а также направлять усилия на тех, кто находится в нижней части градиента, и на наиболее уязвимых членов общества.
- Для того чтобы действия в обоих этих направлениях были эффективными, необходимо разрабатывать такие стратегии, которые были бы универсальными, но реализовывались бы с различной интенсивностью на разных уровнях, в зависимости от степени необходимости –

**пропорциональный универсализм** (proportionate universalism).

- Важно преодолевать **процессы социального отчуждения** (processes of exclusion), а не сосредоточивать воздействия только на отдельных характеристиках маргинализированных групп. В таком подходе кроется большой потенциал, который можно использовать при решении, например, социальных и медико-санитарных проблем сообществ рома и незаконных мигрантов, а также людей, подверженных менее выраженным формам социального отчуждения – попеременно попадающих в условия уязвимости и выбирающихся из них.
- Существует потребность не только предупреждать и сокращать угрозы и риски, которым подвергаются люди, но также опираться на их ресурсы – **жизнестойкость, устойчивость к негативным воздействиям** (resilience), **функциональные возможности** (capabilities) и **сильные качества** (strengths).
- Важное значение имеет **гендерная справедливость** (gender equity). Социальные детерминанты здоровья по-разному влияют на мужчин и женщин. Помимо биологических различий между полами, существуют также коренные социальные различия в том, насколько справедливо общество относится к женщинам и к мужчинам и какими они обладают ресурсами и устойчивостью к неблагоприятным воздействиям. Во всех обществах, хотя и в разной степени, гендерные отношения влияют на здоровье, и ими должны определяться меры по сокращению несправедливостей.
- Большое внимание уделялось и должно впредь уделяться справедливости в пределах поколений. Соображения устойчивого развития и необходимость помнить о том, что социальная несправедливость может затронуть будущие поколения, означают, что необходимо уделять особое внимание соблюдению **межпоколенческой справедливости** (intergenerational equity) и оценивать воздействие мер и стратегий в отношении несправедливости на будущие поколения и смягчать возможные риски.

условиям жизни родителей. Большинство из них не поддаются изменению путем внешних стратегических воздействий, но тот эффект, который они оказывают на социальное, экономическое положение и состояние здоровья, можно эффективно модифицировать;

- идентичности и роли, которые общества и социальные институты приписывают людям, например относящиеся к гендерным нормам и гендерным отношениям, сексуальности, этнической и национальной принадлежности

и наличию ограниченных физических или психических возможностей;

- широкий спектр материальных и социальных условий жизни людей, включая психосоциальный статус, материальный достаток и ресурсы;
- конкретные опасности, которым люди подвергаются, включая риски, связанные с физическими, химическими и биологическими агентами.

Воздействия на причины несправедливости, связанные с вышеперечисленными факторами или порожденные ими, требуют отдельных подходов к разработке стратегий вмешательства, включая учет межпоколенческой передачи признаков, относящихся к здоровью, и других приобретенных характеристик (таких как гендерные роли). Отношения между такими подходами и общими темами, по которым сгруппированы рекомендации данного обзора, обсуждаются в разделе 2.5.

### Социальные детерминанты и равенства

Ведутся оживленные дебаты о том, что иногда изображается как противоречие между действиями по изменению социальных детерминант и свободой личности. Принцип личной свободы (связанный с принципом личной ответственности) все чаще, особенно в западноевропейских странах, используется в качестве направляющего фактора стратегий общественного здравоохранения; в результате приоритетной становится разработка программ, возлагающих полноту ответственности на самих граждан, вместо коллективного воздействия на социальные детерминанты здоровья. Данный подход подчеркивает индивидуальное право на здоровье и рассматривает несправедливые различия в отрыве от их социального контекста и ценностей (9). Напротив, в данном обзоре подход к понятию справедливости в отношении здоровья подразумевает ее тесную взаимосвязь с социальным контекстом и ценностями.

Положение о том, что социальные неравенства в отношении здоровья однозначно являются несправедливыми в этическом плане, часто оспаривается на том основании, что социальные стратегии и программы по преодолению таких несправедливостей могут, например, противоречить личной свободе и ответственности, быть связаны с расходами, которые повредят реализации других социальных целей, вступить в конфликт с другими целями политики здравоохранения, такими, в частности, как повышение средних показателей здоровья населения.

Моральную основу для политики сокращения несправедливых различий в отношении здоровья обеспечивает «возможностный подход» (capability approach), разработанный Nussbaum (7) и Sen (8). Он предполагает, что современные общества должны помогать индивидуумам осуществлять свои устремления к имеющимся у них различным моделям «хорошей жизни». Роль социальных институтов в этом подходе сводится к созданию условий, в которых отдельный человек имеет реальные, практические возможности для осуществления своих разнообразных жизненных планов. Для того чтобы это сделать, необходимо сконцентрировать внимание на том, как люди могут использовать доступные для них ресурсы.

Это позволяет использовать коллективный подход к защите личных свобод в контексте общих прав человека (9).

Более широкие воздействия общества на социальные детерминанты индивидуального здоровья имеют основополагающее значение для того, чтобы люди могли достичь такого уровня функциональных возможностей, который ведет к хорошему здоровью. Данный обзор содержит призыв к социальному действию (при этом в принятом здесь подходе свобода и ответственность личности занимают важное место) на основе высказанных Амартией Сеном идей о свободах, позволяющих людям вести такую жизнь, которую они имеют основание ценить (10).

На ресурсы и функциональные возможности индивида, позволяющие ему быть здоровым, влияют социальное и экономическое устройство общества, коллективные ресурсы, предоставляемые сообществами, частью которых он является, а также государственные институты социальной поддержки. Поддерживать эти ресурсы возможно, используя подходы с позиции защиты прав человека. **Из права на здоровье вытекают права на справедливость в социальных детерминантах здоровья.** Как утверждает Venkatapuram (11), право на здоровье следует понимать как моральное притязание на «возможность быть здоровым», которая в значительной степени определяется социальными детерминантами здоровья.

### Права человека, несправедливость и социальные неравенства в отношении здоровья

В нашем подходе к воздействию на социальные детерминанты здоровья центральное место занимают права человека. В правах человека воплощены основные свободы, и для их защиты нужны действия на уровне всего общества. Здоровье как человеческое право закреплено в Уставе ВОЗ (12), и его всемерное обеспечение – это обязательство, которое взяли на себя все государства-члены. Они ратифицировали международный договор по правам человека, который обязывает их всемерно продвигать и защищать право на здоровье. В отношении гендерного равенства, государства в рамках международных договоров о правах человека взяли на себя обязательства по обеспечению равных прав и искоренению дискриминации.

Права человека отражены в многочисленных международных соглашениях, принятых на уровне ООН, и в рамках соответствующих региональных систем. Примерами таких договоров являются *Международный пакт о гражданских и политических правах* (13) и *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах* (14). На европейском уровне наиболее важными подобными договорами являются Европейская конвенция о защите прав человека и основных



свобод и Европейская социальная хартия, которые были приняты в рамках Совета Европы (15).

Право на здоровье включает в себя право на детерминанты здоровья (такие как водоснабжение и санитария, продовольствие и питание, жилье, безопасные условия труда и окружающая среда), на санитарное просвещение и доступ к информации, а также на общедоступное, приемлемое и высококачественное медицинское обслуживание. Как указано в главе 3, несправедливость в отношении здоровья влияет как на уровень, так и на распределение доступа к детерминантам, таким как доход, образовательные возможности, среда пребывания и возможности для участия в жизни общества. Таким образом, справедливость в социальных детерминантах здоровья поддерживает права, связанные как с социальной справедливостью в целом, так и со справедливостью в отношении здоровья. Право на здоровье вместе с другими правами человека, такими как гендерное равенство, право на жилье, пищу и образование, создают основу для решения широкого спектра проблем, связанных с социальными детерминантами здоровья и несправедливостью в отношении здоровья. Эти права также дают обоснование социальной защиты, обеспечивающей право на свободу от бедности (см. главу 7).

Государство отвечает за создание условий, в которых каждый отдельный человек может достигать максимального потенциала своего здоровья. Для того чтобы все люди могли вести здоровый образ жизни, необходимо создать равенство социальных детерминант здоровья. Это может потребовать от правительства поддержания баланса между правами и свободами граждан. Например, при обращении к различиям в поведении, которые коренятся в неравенстве условий, может потребоваться введение ограничений на индивидуальные или общественные свободы, например регулирование или налогообложение курения, алкоголя, пищевых продуктов с высоким содержанием жиров.

Законодательство по правам человека обеспечивает юридическую основу для ответственности правительства за нарушения таких прав как в национальных, так и в международных судебных и квазисудебных органах. Существующие юридические прецеденты показывают, что в структуре системы прав человека заложены возможности для привлечения правительства к ответственности за неблагоприятные последствия для здоровья, явившиеся результатом принятия тех или иных государственных мер (9). Права человека могут играть руководящую роль в разработке новых законов и стратегий, а также политическую роль в деятельности неправительственных организаций (НПО). Поэтому применение и соблюдение существующих законодательных рамок,

относящихся к социальным детерминантам здоровья, является необходимым с позиций прав человека.

### 2.3.2 Подход с учетом всех этапов жизни

Обзор посвящен анализу различных воздействий на человека на протяжении его жизненного пути, включая позитивные и негативные влияния (и связанные с ними опасности и уязвимости), а также защитные факторы на индивидуальном и коллективном уровне (расширение прав и возможностей, ресурсы, жизнестойкость). Со временем эти негативные и позитивные факторы и процессы накапливаются, влияя на индивидуальные физиологические, психологические и поведенческие характеристики, а также на социальные условия семей, местных сообществ и общественных групп. Накопление преимуществ и недостатков приводит к социальному и экономическому неравенству и, как следствие, к несправедливостям в отношении здоровья.

Этот процесс протекает непрерывно в течение жизни, отражая факторы, которые самым непосредственным образом воздействуют на здоровье и благополучие индивидуумов и групп населения, характеризуя их в конкретный момент времени, а также влияя на приобщение людей к образу жизни и нормам поведения, принятым в тех сообществах, к которым они принадлежат. Становится очевидным, что при планировании действий по изменению социальных детерминант здоровья единственно верным является подход, охватывающий все этапы жизни; хотя в обзоре подчеркивается важность раннего детства, в нем также содержатся настоятельные рекомендации в отношении людей трудоспособного и пожилого возраста.

Принцип учета всех этапов жизни предполагает, что влияния в каждом возрастном периоде могут изменить уровни воздействия пагубных процессов или помочь в их преодолении. Социальные механизмы и институты (дошкольные, школьные, рынок труда и пенсионная система) оказывают огромное влияние на возможности, которые позволяют людям выбирать свой собственный путь в жизни, но при этом резко различаются в странах Европы. Их структура и воздействие в большей или меньшей степени подвержены влиянию национальной или транснациональной политики.

Повторение в жизни детей социальных и экономических несправедливостей, которым были подвержены их родители, оказывает сильное влияние на весь ход жизни, что приводит к не имеющему оправдания закреплению несправедливостей в отношении здоровья в ряду поколений. В настоящее время



в Европе преобладает тенденция роста несправедливых различий в отношении здоровья как внутри стран, так и между ними. Если не разорвать этот порочный круг, то следующие поколения получат еще более тяжкий груз социальных неравенств в отношении здоровья и в других сферах. Эта проблема обсуждается более подробно в главе 4.

### 2.3.3

#### **Социальный градиент здоровья**

Социально-экономические процессы (такие как социальное расслоение), а также процессы отчуждения (неравный доступ к ресурсам, возможностям и правам) неравномерно распределены в масштабе общества, что порождает социальный градиент здоровья.

Чем ниже социальное положение человека, тем с большей вероятностью у него будет хуже здоровье. У людей в наиболее неблагополучных группах и сообществах, которые подвержены воздействию различного рода процессов социального отчуждения, отмечается намного худшее состояние здоровья, чем у тех, кто находится в более благоприятных условиях. При этом градиент не носит линейного характера: степень разрыва в показателях возрастает пропорционально уровню депривации. В некоторых сообществах уязвимые группы могут составлять большинство населения, а не его меньшую обездоленную часть, например там, где подавляющая часть людей живут в бедности.

Процессы исключения и социально-экономические процессы протекают вне зависимости от национальных условий: результирующий социальный градиент можно наблюдать в разных странах. Это явление включает в себя силы, определяющие ситуацию с незаконными мигрантами и дискриминацию, например в отношении этнических групп, таких как рома (более подробно о таких силах – см. главу 5).

### 2.3.4

#### **Пропорциональный универсализм как стратегия приоритизации в решении проблем, связанных с несправедливостью в отношении здоровья**

Стратегическим ответом на социальный градиент здоровья должны быть интенсивные действия, пропорциональные социальным потребностям, вызвавшим различия в показателях здоровья. Государствам следует объединять свои усилия, чтобы устранить причины возникновения социального градиента в тех случаях, когда негативные социально-экономические процессы, в том числе провоцирующие социальное отчуждение, распространяются за пределы одной страны.

### 2.3.5

#### **Процессы социального отчуждения**

На основе результатов предшествующих исследований в обзоре анализируются последствия экономических, социальных, политических и культурных процессов и их сочетание и взаимное усиление, порождающие различные степени несправедливости, уязвимости и отчуждения.

В обзоре рассматриваются вредоносные воздействия социальной среды, а также процессы, которые обуславливают уязвимость людей к невзгодам и болезням и влияют на всю жизнь человека, создавая барьеры для высвобождения и наращивания индивидуальных и коллективных возможностей. Процессы отчуждения (например, недоступность высококачественного образования, благоприятных условий жизни и труда) действуют в экономической, социальной и культурной сферах. Современная история Европы, вплоть до сегодняшнего дня, свидетельствует о том, что многие этнические группы и меньшинства как ранее, так и теперь подвергаются социальному отчуждению.

Восприятия идентичности и различий в социальных ролях, связанных с гендерной принадлежностью, образованием и другими атрибутами, в большой степени зависят от социальных условий, которые вносят свой вклад во множественные процессы отчуждения. Так, например, среди мигрантов нуждающиеся и малообразованные в большей степени подвержены риску отчуждения, чем материально обеспеченные и квалифицированные. То, как другие люди воспринимают те или иные идентичности, нередко порождает уязвимость, социальную изоляцию и дискриминацию. Такие группы, как рома (цыгане), мигранты, люди с ограниченными возможностями и лица преклонного возраста в условиях множественных процессов исключения из жизни общества становятся особенно уязвимыми. В этом обзоре приводятся дополнительные свидетельства в пользу необходимости укрепления ряда действующих процессов, например таких, как «Десятилетие интеграции народности рома».

Уязвимость, обусловленная процессами социального отчуждения и дискриминации, может укореняться и оказывать негативное воздействие на здоровье. Особое внимание в данном обзоре уделено появлению новых форм и моделей уязвимости в условиях текущей финансовой, политической и социальной ситуации в Европе. Ключевым является вопрос о том, как ликвидировать факторы социальной отчужденности и поддерживать сплоченность и солидарность в обществе.

---

### 2.3.6

#### **Жизнестойкость, возможности и сила граждан и сообществ**

Большинство усилий, направленных на обеспечение справедливости в отношении здоровья, сосредоточено на выявлении вредных воздействий, однако граждане, сообщества и страны располагают возможностями и ресурсами, которые способствуют укреплению и охране здоровья и основой которых служат культурный потенциал, социальные сети и природные богатства. Их жизнестойкость, или устойчивость по отношению к внешним неблагоприятным воздействиям, проявляется в способности на индивидуальном уровне – контролировать обстоятельства и активно участвовать в коллективных процессах, на уровне сообщества – поддерживать сплоченность и солидарность. Этот аспект отражен в рекомендациях обзора, в которых говорится не только о необходимости защиты от нанесения ущерба, снижения вреда и элиминации социального отчуждения, но также об обеспечении устойчивости к внешним воздействиям и наращивании ресурсов для расширения возможностей и согласованности стратегических действий разных секторов.

Такой «ресурсный» подход связан с принципиальной схемой, предложенной Antonovsky (17) и объясняющей, «как люди справляются со стрессом и остаются здоровыми». Этот подход основан на концепции «салютогенеза», в которой делается ставка на ресурсы и активы, доступные людям для поддержания и улучшения здоровья даже в условиях стрессовых ситуаций и испытываемых трудностей (16–19). В отличие от патогенетических моделей, основанных на анализе препятствий и дефицитов, он опирается на так называемое «чувство когерентности» – способность осознавать стрессовую ситуацию целиком и использовать имеющиеся ресурсы (деньги, навыки, социальную поддержку и др.) для предотвращения или преодоления психосоциального стресса. Antonovsky утверждает, что важно также иметь чувство значимости: если человек считает, что незачем стремиться выживать и противостоять внешним вызовам, то у него не будет психологической мотивации для управления происходящими событиями (16, 17).

---

### 2.3.7

#### **Гендерная справедливость**

Гендер связан с набором экономических, социальных, политических и культурных характеристик и возможностей, присущих определенному полу.

Гендерные несправедливости возникают, когда существующие гендерные нормы и традиции влияют на роли мужчин и женщин в обществе, а также на их доступ к ресурсам и возможностям. Выполняемые мужчинами и женщинами

социальные и экономические функции в значительной мере определяют риски для здоровья, которым они подвергаются на протяжении жизни. Изменения в обществе и экономике влияют на гендерные роли, однако общественные нормы и ценности могут ограничивать степень адаптации мужчин и женщин, которых эти изменения затрагивают. Совокупный эффект от этих изменений заключается в изменении показателей здоровья и степени гендерного разрыва. Масштабы различий в показателях смертности и заболеваемости между мужчинами и женщинами варьируют в Европейском регионе ВОЗ в широких пределах и во многих странах меняются (см. главу 3).

Для того чтобы понять и преодолеть несправедливости в социально-экономической сфере и в отношении здоровья между мужчинами и женщинами, следует применять принцип гендерной справедливости, учитывающий следующие факторы:

- неравный доступ к образованию и рынку труда и его возможное влияние на демографические сдвиги;
- раннее образование и воспитание детей, влияющие на гендерные нормы и ценности, которые будут определять последующее поведение подростков обоего пола в отношении здоровья, чего от них ожидает общество и в какой мере удовлетворяются их потребности;
- гендерные нормы и структуры, определяющие использование и доступ к ресурсам здоровья взрослых мужчин и женщин и влекущие, например, возможное ограничение доступа мужчин к медицинским услугам и чрезмерная медиализация помощи женщинам;
- гендерные нормы и ценности, приобретенные в процессе жизни и влияющие на ресурсы и риски, свойственные мужчинам и женщинам в пожилом возрасте.

---

### 2.3.8

#### **Межпоколенческая справедливость**

Необходимы совместные действия, направленные на социальные детерминанты здоровья, укрепление социальной сплоченности и устойчивое развитие. Основной постулат устойчивого развития состоит в том, что нынешнее поколение не должно ставить под угрозу условия, в которых будут жить последующие поколения, и данный принцип в равной мере применим к социальным детерминантам. В этом плане характерным примером является финансовый кризис и ответные меры на него, которые окажут сильное влияние на условия жизни последующих поколений; столь же значимыми могут быть финансовые последствия старения населения.

Вопросы межпоколенческой справедливости обсуждаются более детально в главе 6.

## 2.4

### Время действовать – вызовы и возможности

Мы живем в непростое время, когда в условиях политических, экономических и социальных различий в странах Европы приходится искать пути оптимального преодоления экономического кризиса и связанных с ним социальных проблем. Взвешенные и рациональные меры, основанные на убедительных, научно достоверных данных и направленные на социальные детерминанты здоровья, могут в значительной мере способствовать обеспечению справедливости в отношении здоровья в Регионе.

#### 2.4.1

##### Действия в условиях неблагоприятного экономического климата

Как говорилось в разделе 2.2, экономические сложности в странах – это основание для активного влияния на социальные детерминанты здоровья, а не повод для бездействия. В обзоре выдвигаются также нравственные аргументы в пользу необходимости действовать, связанные с текущей экономической ситуацией. В нем указаны области, где для удовлетворения требований эффективности и справедливости нужны постоянные инвестиции: раннее развитие детей, образование, активная политика на рынке труда и социальная защита тех, кто не может сам зарабатывать (особенно детей).

#### 2.4.2

##### Справедливость в отношении здоровья требует общегосударственного похода

Сокращение несправедливостей в социальных детерминантах здоровья требует деятельности всех структур правительства, а не только министерства здравоохранения. Требуется прочная приверженность со стороны высших эшелонов государственной власти и активное участие министерств образования, социальной защиты и финансов (20). Министерствам здравоохранения принадлежат следующие роли:

- обеспечение равного доступа к высококачественным услугам здравоохранения с особым упором на профилактику, укрепление здоровья и внедрение принципа учета интересов здоровья в политике всех секторов (21);
- информационно-просветительская деятельность (адвокация) и лидерство в действиях, направленных на социальные детерминанты здоровья;
- всемерное развитие межсекторального сотрудничества;

- поддержка мониторинга, обучения и научных исследований.

Однако, чтобы воздействовать на социальные детерминанты здоровья, принципа учета интересов здоровья в политике всех секторов недостаточно – необходимо внедрение принципа «Учет интересов справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях». Правительство и политические институты играют ключевую роль в создании условий для расширения прав и возможностей и формирования наиболее благоприятной для всех людей политической и экономической среды.

Согласование приоритетов деятельности между различными звеньями государственного управления с обеспечением целей, актуальных для всех, часто влияет как на социальные детерминанты здоровья, так и на справедливость в отношении здоровья, что позволяет получить значительный полезный эффект. Следует укреплять политику и вмешательства других министерств и организаций, наряду с системой здравоохранения, в таких сферах, как изменение климата, защита окружающей среды и обеспечение трудовой занятости населения. Однако такая деятельность может быть связана с серьезными трудностями, особенно в ситуации нехватки рабочих мест или их наличия только в предприятиях малого бизнеса, которым бывает трудно включаться в общую политику или которые полностью лишены такой возможности. Процесс согласования стратегий является сложным, а между стратегиями и организациями, ответственными за их разработку и реализацию, часто возникают определенные трения. Тем не менее справедливость в отношении здоровья во всех стратегиях должна оставаться ведущим принципом при проведении работы по достижению более полной справедливости в отношении здоровья в различных направлениях социальной политики.

Причинно-следственные механизмы, формирующие здоровье каждого отдельного человека, имеют сложную природу и действуют на протяжении длительного времени. В обзоре отмечается недостаточный уровень проводимого стратегического анализа взаимосвязей между индивидуальной ответственностью и социальными действиями. Как показано в разделе 2.3, участие центральных и местных органов власти в создании условий, в которых люди сами распоряжаются своей жизнью, а сообщества получают возможности для укрепления социальной сплоченности, – это ключ к успешному осуществлению рекомендаций, приведенных в обзоре.

### 2.4.3

#### Взаимная ответственность

Сокращение различий между странами и сокращение разрыва по показателям здоровья в Европе во многом зависит от той поддержки, которую страны оказывают друг другу. Для решения проблем социальных и географических неравенств необходимы солидарность и сотрудничество между государствами-членами, в частности укрепление механизмов сотрудничества и стратегического руководства на международном уровне.

Однако развитие сотрудничества, способного влиять на разработку европейской и/или глобальной политики, представляет собой нелегкую задачу. ООН, ВОЗ, Всемирному банку и другим структурам, действующим в Европе, должна быть придана более активная роль, отражающая масштаб проблем и четкую необходимость разработки механизмов взаимной поддержки в качестве руководящего принципа (см. главу 6). Коллективные права человека и социальная справедливость, подкрепленные соответствующим законодательством, занимают в этом подходе центральное место (см. выше, раздел 2.3).

Принцип взаимной ответственности также может быть применен к общественным группам внутри страны. Социальная сплоченность зависит от тех же типов социальных детерминант, что и здоровье, и может способствовать сокращению несправедливостей в отношении здоровья.

В обзоре проводится мысль о том, что совместная работа и взаимная ответственность за ее результаты могла бы позволить государствам-членам успешно продвигаться к справедливости в отношении здоровья, устойчивому процветанию и социальной сплоченности в масштабе Региона.

### 2.4.4

#### Время действовать – делать хотя бы немного, делать больше, делать лучше

На основании объективных научных данных, собранных целевыми группами, в обзоре даются рекомендации, которые в равной мере относятся к разнородным по своим условиям странам Региона. В нем приведены и проанализированы многочисленные конкретные примеры действий по решению проблем несправедливых различий в отношении здоровья в Регионе и проиллюстрированы достигнутые путем таких действий результаты на местном и национальном уровнях. Ряд ключевых примеров описан в части III, помимо этого, множество дополнительных примеров разобраны в отчетах целевых групп и в справочных рабочих документах.

Целевые группы сформулировали ключевой тезис – «Делать хотя бы немного, делать больше, делать лучше», – отражающий дифференцированный подход рекомендаций по отношению к

весьма различным условиям государств-членов. Этот принцип применим в равной мере на транснациональном, национальном и местном уровнях.

Основные положения данного подхода суммированы во вставке 2.2.

#### Вставка 2.2

##### Делать хотя бы немного, делать больше, делать лучше

- Для стран, не располагающих сколько-нибудь развитыми механизмами воздействия на социальные детерминанты здоровья, позитивное значение будут иметь даже небольшие, первоначальные практические шаги в данном направлении.
- Там, где определенные стратегии имеются, их можно улучшить, чтобы более эффективно решать проблему масштабных и стойко сохраняющихся несправедливостей в отношении здоровья.
- Наконец, и в самых обеспеченных странах Европы имеется возможность и необходимость совершенствования стратегий, направленных на устранение несправедливостей.

### 2.5

#### Концептуальный подход к действиям в политике и практике

На основании анализа принципов и концепций, предложенных для решения проблем несправедливостей в отношении здоровья и воздействия на их социальные детерминанты (освещенных в разделах 2.2 и 2.3), рекомендации обзора сгруппированы по четырем основным темам (рис. 2.2). Обоснования для рекомендаций по каждой области представлены в части III.

Ниже изложены важнейшие приоритеты для действий по каждой теме, начиная с центральной концепции обзора – влияния различных этапов жизни.

#### Этапы жизни

Высочайший приоритет для каждой страны – обеспечить наиболее благоприятный жизненный старт каждому ребенку. Для этого требуется, как минимум, обеспечить полноценную социальную и медико-санитарную защиту женщин, будущих матерей и молодых семей и добиться значительного прогресса в обеспечении всеобщего доступа к высококачественным и приемлемым по стоимости услугам образования и заботы о детях раннего возраста.

Акцент на хороший жизненный старт, конечно, не означает, что действия на последующих этапах



жизни менее существенны. Они очень важны для того, чтобы поддерживать повышение профессиональных навыков и расширение индивидуальных прав и возможностей, обретенных благодаря хорошему началу жизни, а также для достижения большей справедливости в отношении здоровья среди той части взрослого населения, которой не довелось получить наиболее благоприятный жизненный старт. В частности, очень важно уменьшать стресс на работе, снижать уровень длительной безработицы с помощью активных программ воздействия на рынок труда и устранять причины социальной изоляции пожилых людей.

### Общество в целом

Наиболее эффективные действия для достижения справедливости в отношении здоровья на уровне всего общества – те, что способствуют формированию или укреплению социальной солидарности и взаимной ответственности, а также обеспечивают надлежащий уровень и распределение социальной защиты в соответствии с потребностями (последний компонент требует усовершенствования во многих странах). Это означает более рациональное использование существующих мер социального обеспечения и прогрессирующее увеличение доли людей, обладающих жизненными условиями, которые необходимы для полноценного участия в жизни общества и поддержания здоровья.

Чрезвычайно важно поддерживать меры по формированию социальной сплоченности и жизнестойкости сообщества на местном уровне. Это требует подхода, построенного на принципе

участия всего общества, что предполагает создание на местном уровне социальных содружеств публичных структур – гражданского общества и других партнеров – с теми, кто подвергается несправедливости и процессам социального отчуждения. Центральное место в этом подходе занимает расширение прав и возможностей – создание действенных механизмов, дающих людям, терпящим несправедливость, возможность реально участвовать в принятии решений, которые влияют на их жизнь, а также признание их основных прав, включая право на здоровье.

### Контекст на макроуровне

Жизнь, права человека и здоровье жителей Региона находятся под влиянием более широких факторов, действующих как внутри стран, так и на международном уровне. В ближайшей и среднесрочной перспективе приоритетной задачей является преодоление негативных последствий текущего финансового кризиса для здоровья людей. Формирование экономической и налогово-бюджетной политики в странах должно проводиться с обязательным учетом последствий пакетов мер жесткой экономии для здоровья и социальной защиты населения. В этой работе должно участвовать все общество, и в обсуждениях таких пакетов мер должны быть услышаны мнения министров, отвечающих за здравоохранение и социальную защиту населения. На международном уровне право голоса в таких вопросах должно также быть предоставлено ВОЗ, Детскому фонду ООН (ЮНИСЕФ), Международной организации труда (МОТ) и Всемирному банку (см. главу 6).

Одной из основных движущих сил политики в области охраны окружающей среды является справедливость между поколениями, и этот же принцип должен соблюдаться в стратегиях общества, касающихся справедливости в отношении здоровья. Экологические, социальные и экономические стратегии и практика должны быть сведены воедино.

### Системы

Улучшений в состоянии здоровья и его социальных детерминантах невозможно достичь без существенной переориентации систем оказания услуг на общегосударственный подход и принцип участия всего общества (20). Действия системы здравоохранения и ее влияние на другие секторы, равно как и политическая приверженность высших эшелонов власти, имеют важнейшее значение для улучшения здоровья людей и повышения уровня социальной справедливости. Это требует повышения согласованности действий на всех уровнях государственного управления (транснациональном, страновом, территориальном и местном), во всех секторах

**Рисунок 2.2**  
Широкие темы





(политика, инвестиции и предоставление услуг) и среди всех заинтересованных сторон (население, частный сектор и добровольные организации). Приоритетом является всеобщий доступ к услугам здравоохранения; там, где он уже достигнут, его следует сохранять и поддерживать, и он должен поступательно распространяться на все страны Региона.

Меры профилактики должны включать сокращение непосредственных причин несправедливых различий внутри стран и между ними, таких как употребление алкоголя, курение и ожирение – три из основных непосредственных причин болезней (см. главу 7). Действенные стратегии не ограничиваются предоставлением информации, но также включают налогообложение и нормативно-правовое регулирование. Фактические данные показывают, что самый правильный путь устранения названных факторов – это воздействие на «причины причин»: нужно обеспечить людям необходимые навыки и возможности контроля, чтобы изменять свое поведение в пользу здоровья.

Ключевое значение для понимания природы и масштабов социального градиента, который необходимо выравнивать, имеет метод опоры на фактические данные. Он позволяет отслеживать, измерять и интерпретировать любое сокращение градиента и оценивать прогресс в достижении поставленных целевых ориентиров. Текущий мониторинг объективных данных также позволяет вносить необходимые коррективы в проводимую политику в целях повышения эффективности и, помимо этого, дает средства для аудита и оценки стратегий с позиций учета интересов справедливости во всех стратегиях, измеряя разрыв между существующим и желаемым уровнем справедливости в отношении здоровья.

Конкретные действия по осуществлению рекомендаций обзора описаны в главах 4–7. Они включают в себя действия, которые применимы в масштабе Региона, и те, которые зависят от уровня развития и других региональных различий в социальных детерминантах, стратегиях и экономическом контексте. Для некоторых стран Региона такие задачи, как обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, служат, скорее, перспективными ориентирами, к которым нужно стремиться, однако, осуществив хотя бы небольшие по масштабам меры, эти страны могут сделать первый шаг в заданном направлении. Такие первые шаги в странах с низким и средним уровнем доходов, например в области улучшения состояния окружающей среды и укрепления социальной защиты, скорее всего, принесут большую пользу.









## Часть II

### Фактические данные о разрыве в показателях и о несправедливостях в отношении здоровья в Европейском регионе

В части II представлены фактические данные о разрыве по показателям здоровья в Регионе, а также описаны существующие во всех странах несправедливости в отношении здоровья и их социальные детерминанты. Фактические данные представлены следующим образом:

- общий обзор;
- тенденции в ожидаемой продолжительности жизни и причины смертности в Европейском регионе ВОЗ за последние 30 лет;
- демографическая нагрузка в странах Региона;
- различия в состоянии здоровья мужчин и женщин;
- социально-экономические условия на макроуровне в различных странах Региона;
- условия на всех этапах жизни и их влияние на состояние здоровья;
- отдельные примеры поведения в отношении здоровья, способствующего разрыву в показателях и несправедливостям в отношении здоровья по странам;
- факты растущей несправедливости в отношении здоровья в странах.

Представлены, в числе прочих, следующие ключевые результаты:

- разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между странами составляет 17 лет у мужчин и 12 лет у женщин;
- социальный градиент в показателях здоровья населения в странах сохраняется или даже увеличивается;
- между странами существуют значительные различия в уровне доходов и в степени неравенства их распределения;
- детская бедность неодинакова по Региону и зависит от уровня социальных пособий;
- между странами и внутри стран выявлены значительные различия в посещаемости дошкольных учреждений;
- неравенства в уровне образования влияют на показатели здоровья на всех этапах жизни;
- уровни безработицы различаются от страны к стране, растет процент безработных, особенно среди молодежи;
- страны различаются по характеристикам, относящимся к курению, потреблению алкоголя и ожирению.

### 3 Несправедливые различия по показателям здоровья между странами и в самих странах

#### 3.1 Введение

В то время как состояние здоровья населения Европейского региона в целом улучшилось, между странами существуют значительные различия по показателям здоровья: например, разброс значений ожидаемой продолжительности жизни составляет около 13 лет. Эти различия еще более выражены, когда сравнение неравенств проводится в странах с гендерных и социально-экономических позиций.

Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между странами составляет 17 лет у мужчин и 12 лет у женщин (рис. 3.1). Ожидаемая продолжительность жизни у мужчин на 4–7 лет ниже, чем у

женщин в большинстве стран Региона, но при этом в Беларуси и Российской Федерации продолжительность жизни у мужчин ниже на 12 лет, чем у женщин, в Литве – на 11, в Казахстане, Латвии, Украине и Эстонии – на 10 лет.

#### 3.1.1 Социальные градиенты внутри стран

Несправедливые различия по показателям здоровья между мужчинами и женщинами, между различными этническими группами и между группами с различным социально-экономическим статусом нередко взаимосвязаны. Преобладающий градиент по показателям здоровья – социально-экономический: чем явственнее социальное отставание (например, в отношении доходов, уровня образова-

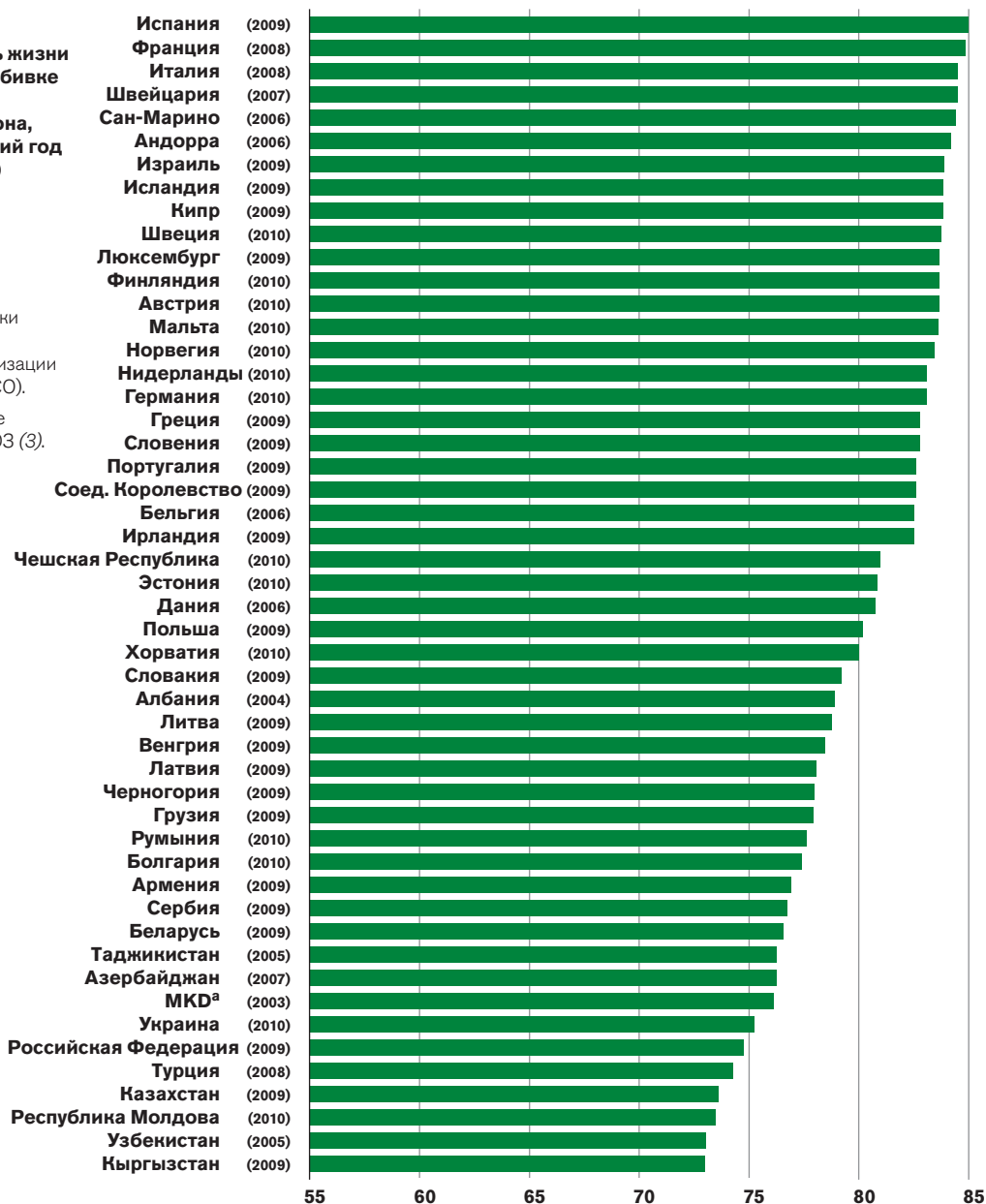
Рисунок 3.1

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в разбивке по полу в странах Европейского региона, 2010 г. (или последний год с наличием данных)

#### Женщины

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).





ния, социального статуса и трудоустройства), тем хуже показатели здоровья (22,23). Рисунок 3.2 иллюстрирует эту закономерность на примере градиента самооценки здоровья в зависимости от уровня дохода среди населения Латвии и Швеции.

Несмотря на весьма разные уровни самооценки, что отражает как различное восприятие здоровья в разных странах, так и различную представленность симптомов нездоровья, в обеих странах наблюдается заметный градиент в самооценке состояния здоровья. По данным научных исследований, самооценка здоровья – это достоверный прогностический показатель состояния здоровья на последующих этапах жизни (24,25).

Исследования по странам восточной части Региона предоставили дополнительные данные о несправедливых различиях в показателях здоровья, имеющих социально-экономическое происхождение (см. ниже). Во многих странах часто бывает затруднительно получить индивиду-

альные данные по социальным характеристикам, однако нередко имеются возможности для сбора данных по показателям здоровья и социальным параметрам местных сообществ, что позволяет обнаружить социальные различия в отношении здоровья. Такие данные для ряда европейских городов были, например, получены в рамках одного из научно-исследовательских проектов под названием «INEQcities» (26). Пример местного распределения показателей здоровья приведен на рисунке 3.3.

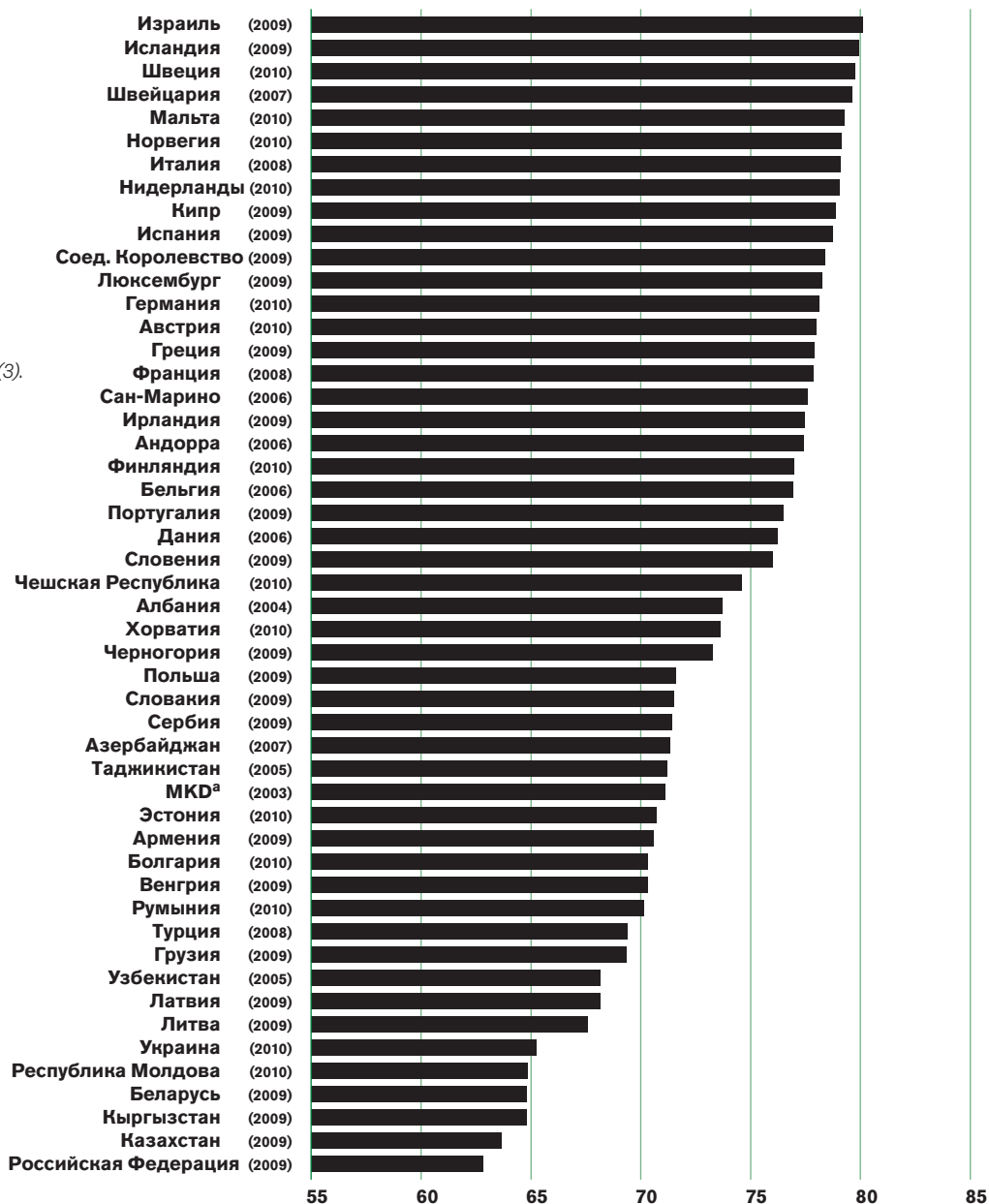
Социально-экономические неравенства по показателям здоровья выявлены в странах как восточной, так и западной частей Региона, однако сравнительного анализа по всем странам не проводилось, главным образом в связи с отсутствием необходимых данных. Ранние попытки в этом направлении принадлежат Vågerö & Illsley (27), однако наиболее всеобъемлющее на данный момент исследование по Региону проведено Mackenbach et al. (23). Эти авторы систематически сравнивали социальные градиенты в смертности

**Рисунок 3.1**  
(продолжение)

**Мужчины**

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).



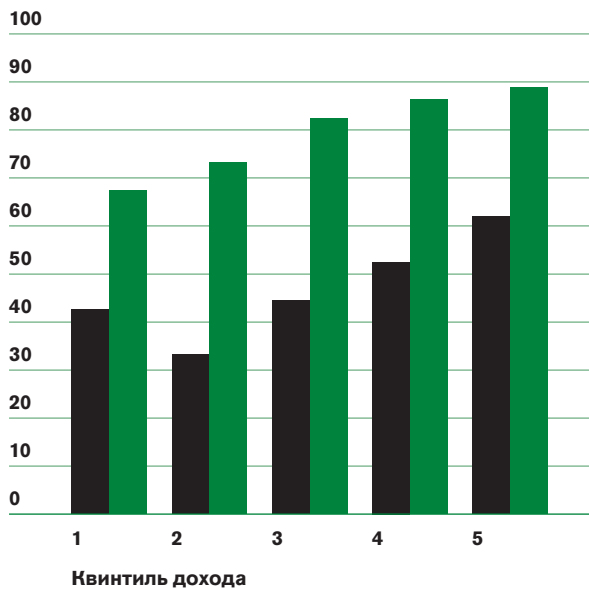
**Рисунок 3.2**

**Доля населения, оценивающего свое здоровье как «хорошее» или «очень хорошее», по квинтилям домохозяйств с различным уровнем доходов в Латвии и Швеции, 2011 г.**

■ Латвия  
■ Швеция

Источники: Emese Mayhew, Jonathan Bradshaw, Университет Йорка, Соединенное Королевство, личное сообщение, 2012 г.

**Процент оценивающих свое здоровье как хорошее или очень хорошее**



среди мужчин и женщин в соотношении с уровнем образования путем использования информации, полученной в рамках проекта Eurothine из данных переписи населения в 16 странах Европейского союза (ЕС) и Европейской ассоциации свободной торговли (ЕАСТ). Полученные факты указывают на значительные колебания между странами в масштабах несправедливых различий по показателям смертности (в зависимости от индивидуального уровня образования) (рис. 3.4). Неравенство было самым заметным в странах Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) и минимальным в Испании, Италии и Швеции. Анализ зависимостей от типа системы социальной защиты представлен в разделе 3.3 и главе 5.

Как показывают результаты двух профинансированных ЕС исследований, итоговые показатели здоровья, в том числе смертность, характеризуются социальным градиентом в зависимости от экологических факторов (рис. 3.3) и уровня образования (рис. 3.4).

Воздействие на социальные детерминанты – ключ к улучшению здоровья населения всех стран Региона. С тем чтобы улучшить показатели здоровья населения страны, необходимо сократить несправедливые различия по социальному градиенту путем его восходящего выравнивания. На рисунке 3.5 объясняется суть понятия «восходящее выравнивание»

**Рисунок 3.3**

**Показатели смертности в разбивке по мелким территориальным образованиям в Кошице, Словакия**

Источники: Borrell et al. (26).

**Мужчины**

**Сглаженные стандартизированные относительные показатели смертности**

■ 58,9–91,8  
■ 91,8–97,1  
■ 97,1–101,5  
■ 101,5–106,7  
■ 106,7–114,0  
■ 114,0–124,6  
■ 124,6–160,8



**Женщины**

**Сглаженные стандартизированные относительные показатели смертности**

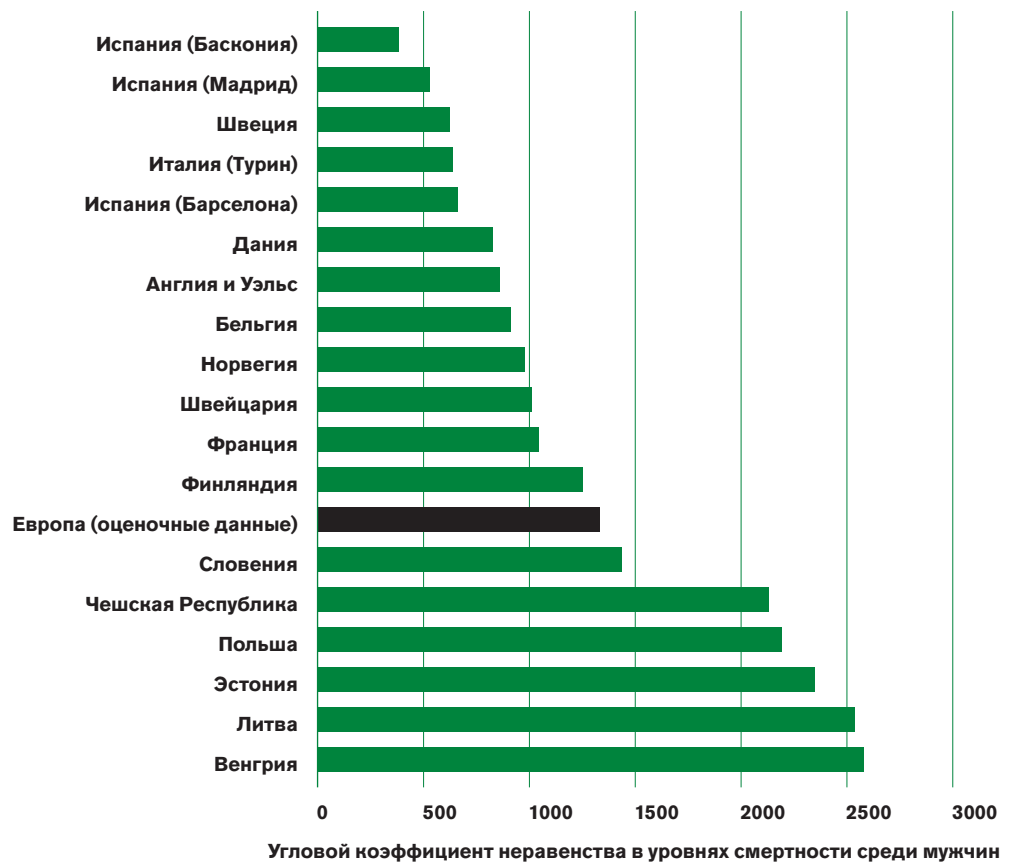
■ 51,6–86,4  
■ 86,4–90,5  
■ 90,5–99,2  
■ 99,2–103,8  
■ 103,8–111,0  
■ 111,0–127,1  
■ 127,1–213,5



**Рисунок 3.4**

**Абсолютные различия (угловой коэффициент неравенства) в уровнях смертности среди мужчин в зависимости от уровня образования в отдельных регионах ЕС и ЕАСТ**

Источник: Mackenbach et al. (28).



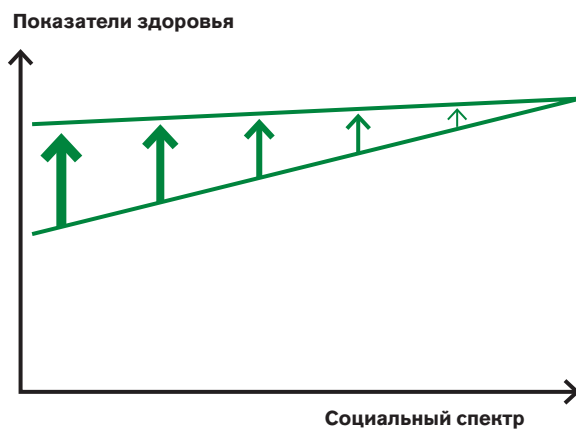
градиента. Нижняя линия отражает социальный градиент по показателю здоровья в соотношении с социальной иерархией, от наименее благополучных слоев населения до самых обеспеченных. Верхняя линия отражает ситуацию, когда здоровье всех слоев общества улучшено и размах несправедливых различий в состоянии здоровья по градиенту уменьшен. Как уже отмечалось во введении к докладу, для выравнивания градиента по верхнему уровню необходимы такие стратегии, которые были бы универсальными, но реализовывались с различной интенсивностью в зависимости от степени необходимости; подобный подход известен как «пропорциональный универсализм».

Форма градиента различна в пределах одной страны и в разных странах и зависит от политических, социальных, экономических и культурных факторов (социальные детерминанты здоровья) — это не всегда плавная линия.

Сокращение несправедливостей в отношении здоровья в странах с низким и средним уровнями дохода позволит повысить в них средний уровень состояния здоровья населения, что поможет сократить разрыв в показателях здоровья в масштабе Региона. Наличием несправедливостей в отношении здоровья внутри стран можно лишь отчасти объяснить наблюдаемые межстрановые различия. Большое значение имеют также различные социальные и культурные нормы и ценности, которые могут влиять, например, на характеристики употребления табака, алкоголя и характер питания. Воздействия на наднациональном уровне также оказывают мощное влияние на социальные детерминанты здоровья в странах.

**Рисунок 3.5**

**Восходящее выравнивание социального градиента здоровья**



### 3.1.2

#### **Демографическая нагрузка на системы здравоохранения**

Показатели заболеваемости варьируются в зависимости от таких факторов, как возраст и пол. Поэтому параметры возрастного-половой структуры населения влияют на различия в бремени болезни в странах Региона как в смысле их воздействия на способность систем здравоохранения выполнять свои функции, так и в смысле абсолютного масштаба несправедливостей в отношении здоровья.

В таблице 3.1 суммируется демографический профиль Региона в 2010 г. и приводится прогноз на 2020 и 2050 гг. Прогнозируется, что к 2020 г.

**Таблица 3.1**

**Расчетная численность населения, распределение по возрасту в процентах и процентное соотношение возрастных групп в Европейском регионе<sup>а</sup>, 2010, 2020 и 2050 гг.**

<sup>а</sup>Исключая Андорру, Монако и Сан-Марино.

Источник: Организация Объединенных Наций (29).

Возраст (число лет)	Население в 2010 г. (тыс. человек)	Процент	Население в 2020 г. (тыс. человек)	Процент	Население в 2050 г. (тыс. человек)	Процент
Все возрасты	893 700	100	910 900	100	895 651	100
0–14	155 719	17	157 682	17	140 665	16
15–64	608 960	68	600 909	66	531 218	59
65–84	115 349	13	133 370	15	183 600	20
85+	13 672	2	18 939	2	40 168	4
<b>Численность детей и пожилых людей на каждые 100 человек в возрасте 15–64 лет</b>						
Дети: 0–14 лет		26		26		26
Пожилые люди: 65 лет и старше		21		25		42

численность населения Региона в целом несколько вырастет – с 894 млн до 910 млн, но к 2050 г. вернется к прежнему уровню. Однако число людей в возрасте от 15 до 64 лет будет устойчиво уменьшаться, а число людей в возрасте 65 лет и старше вырастет, что приведет к увеличению доли пожилых людей по сравнению с молодыми.

Приведенные показатели дают скорее краткое, обобщенное представление об изменении возрастной структуры населения и спроса на услуги здравоохранения и вряд ли позволяют точно оценить долю зависимого населения. Многие люди в возрастной группе 15–64 не имеют оплачиваемой работы, в то время как ряд лиц старше 65 лет продолжают работать. Все больше пожилых людей и тех, кто не входит в категорию рабочей силы, вносят заметный вклад другими способами, например оказывая помощь членам семьи.

Определенным ориентиром для прогнозирования меняющихся потребностей в социальной поддержке и услугах здравоохранения является численность населения в возрасте 85 лет и старше, которая, согласно прогнозам, вырастет с 14 млн до 19 млн человек к 2020 г. и до 40 млн – к 2050 г. Радикальные изменения в возрастной структуре населения Региона будут оказывать серьезное воздействие на способы, которыми в будущем предполагается вести борьбу с несправедливостями в отношении здоровья. Эти изменения повышают возможность роста несправедливых различий в некоторых областях, например между теми, кто может и кто не может работать в пожилом возрасте, между теми, кто сможет и не

сможет обратиться за поддержкой к семье или в местное сообщество, а также в странах, где демографическое давление на бюджеты здравоохранения и социальной помощи приводит к уменьшению размера субсидий социального обеспечения на душу населения.

Таблица 3.2 суммирует существующий демографический профиль 50 стран Региона. Коэффициент демографической нагрузки за счет наличия детей варьируется от 20 в шести странах (Беларусь, Болгария, Германия, Латвия, Словения и Чешская Республика) – до свыше 40 в пяти других (Израиль, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан). Аналогичным образом коэффициент демографической нагрузки за счет пожилых иждивенцев составляет менее 10 в шести странах (Азербайджан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Турция и Узбекистан) – и превышает 30 только в Германии и Италии. Таким образом, в ряде стран в возрастном составе наблюдается значительное преобладание детей, а доля лиц пожилого возраста невелика, в то время как в других возрастной состав отличается более высокой долей пожилого населения.

Однако во многих странах демографическая ситуация значительно сложнее, чем в двух вышеуказанных сценариях. Соотношение полов (число женщин на каждых 100 мужчин) превышало 110 в 11 странах – все принадлежали к СНГ и странам Центральной Европы, что является отражением высокой смертности среди мужчин в этих странах (30). Данный показатель был ниже 100 только в Турции и Исландии; предполагается, что здесь действует сочетание фактора снижен-

**Таблица 3.2**

**Оценочная численность населения, соотношение полов и доля иждивенцев (коэффициент демографической нагрузки) в 50 странах Европейского региона (численность населения по прогнозу на 2010 г.)**

Источник:  
Организация  
Объединенных  
Наций (29).

**Численность на каждые  
100 человек в возрасте  
от 15 до 64 лет**

	<b>Население (млн чел.)</b>	<b>Соотношение полов (число женщин на 100 мужчин)</b>	<b>0–14 лет</b>	<b>65 лет и старше</b>
Австрия	8,4	105	22	26
Азербайджан	9,2	102	29	9
Албания	3,2	100	34	14
Армения	3,1	115	29	16
Беларусь	9,6	115	21	19
Бельгия	10,7	104	26	27
Болгария	7,5	107	20	25
Босния и Герцеговина	3,8	108	21	20
Бывшая югославская Республика Македония	2,1	100	25	17
Венгрия	10,0	111	21	24
Германия	82,3	104	20	31
Греция	11,4	102	22	28
Грузия	4,4	112	24	21
Дания	5,6	102	27	25
Израиль	7,4	103	44	17
Ирландия	4,5	100	32	17
Исландия	0,3	99	31	18
Испания	46,1	103	22	25
Италия	60,6	104	21	31
Казахстан	16,0	108	36	10
Кипр	1,1	96	25	16
Кыргызстан	5,3	103	46	7
Латвия	2,3	117	20	26
Литва	3,3	115	22	23
Люксембург	0,5	101	26	20
Мальта	0,4	102	21	20
Нидерланды	16,6	102	26	23
Норвегия	4,9	100	28	22
Польша	38,3	107	21	19
Португалия	10,7	106	23	27
Республика Молдова	3,6	111	23	15



**Таблица 3.2**  
(продолжение)

	Население (млн чел.)	Соотношение полов (число женщин на 100 мужчин)	0–14 лет	65 лет и старше
Российская Федерация	143,0	116	21	18
Румыния	21,5	106	22	21
Сербия	9,9	102	26	21
Словакия	5,5	106	21	17
Словения	2,0	104	20	24
Соединенное Королевство	62,0	103	26	25
Таджикистан	6,9	103	62	6
Турция	72,8	101	39	9
Туркменистан	5,0	103	44	6
Узбекистан	27,4	101	44	7
Украина	45,4	117	20	22
Финляндия	5,4	104	25	26
Франция	62,8	106	28	26
Хорватия	4,4	108	22	25
Черногория	0,6	104	28	18
Чешская Республика	10,5	104	20	21
Швейцария	7,7	103	22	25
Швеция	9,4	101	25	28
Эстония	1,3	117	23	25

ной (по сравнению со средней) разницы в смертности между мужчинами и женщинами и других демографических характеристик, таких как фертильность и миграция.

### 3.2 Разрыв по показателям здоровья

#### 3.2.1 Ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Различия между восточными и западными странами Региона менялись со временем (31,32). Наибольшие отклонения за период между 1980 и 2008 гг. произошли перед 1994 г. (рис. 3.6). Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни у женщин между странами-членами ЕС, присоединившимися к ЕС в 2004 или 2007 гг. (ЕС-12), и теми, кто состоял в нем до 2004 г. (ЕС-15) увеличился к 1994 г. с 3,7 до 5,4 лет, а у мужчин с 4,3 до 7,3 лет. Разрыв между странами ЕС-15 и СНГ увеличился с 4,5 до 9,2 лет для женщин и с 8,1

до 13,9 лет для мужчин. После 1994 г. этот же показатель по отношению к ЕС-12 слегка уменьшился, а для СНГ он еще больше увеличился, при этом в одних странах СНГ дела шли заметно хуже, чем в других.

Расходящиеся тенденции в смертности, представленные на рисунке 3.6, отражают основные характеристики социального переходного периода в большинстве стран показанных трех групп.

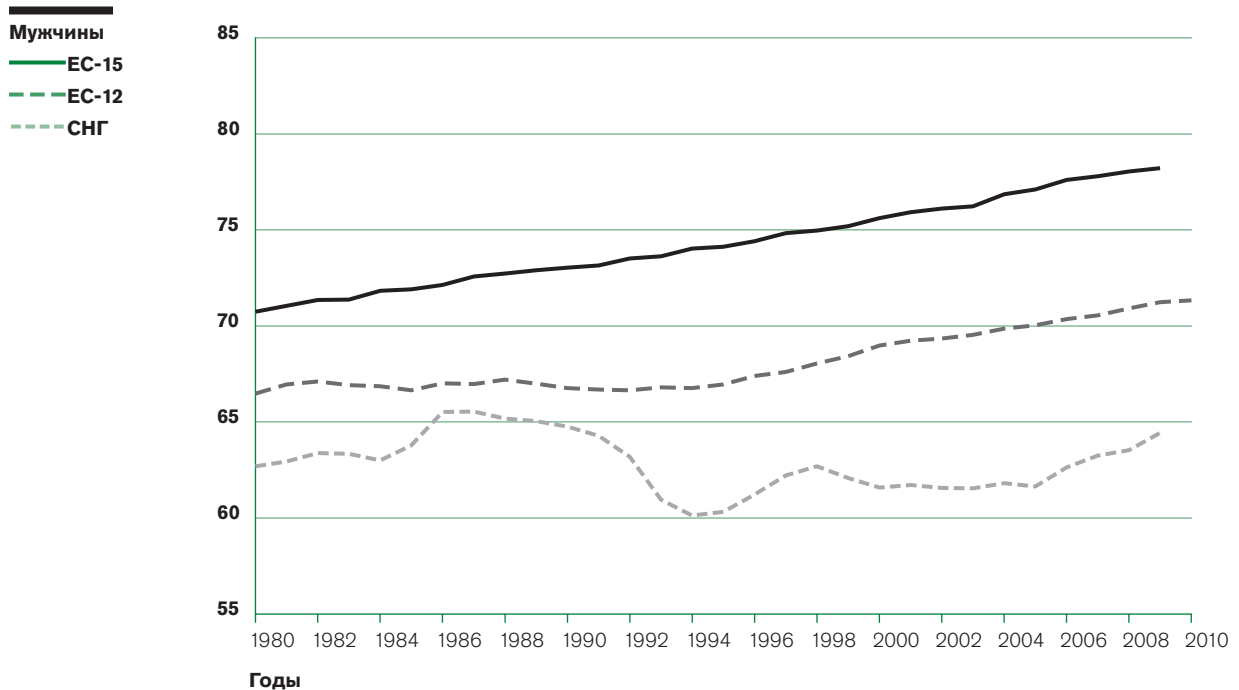
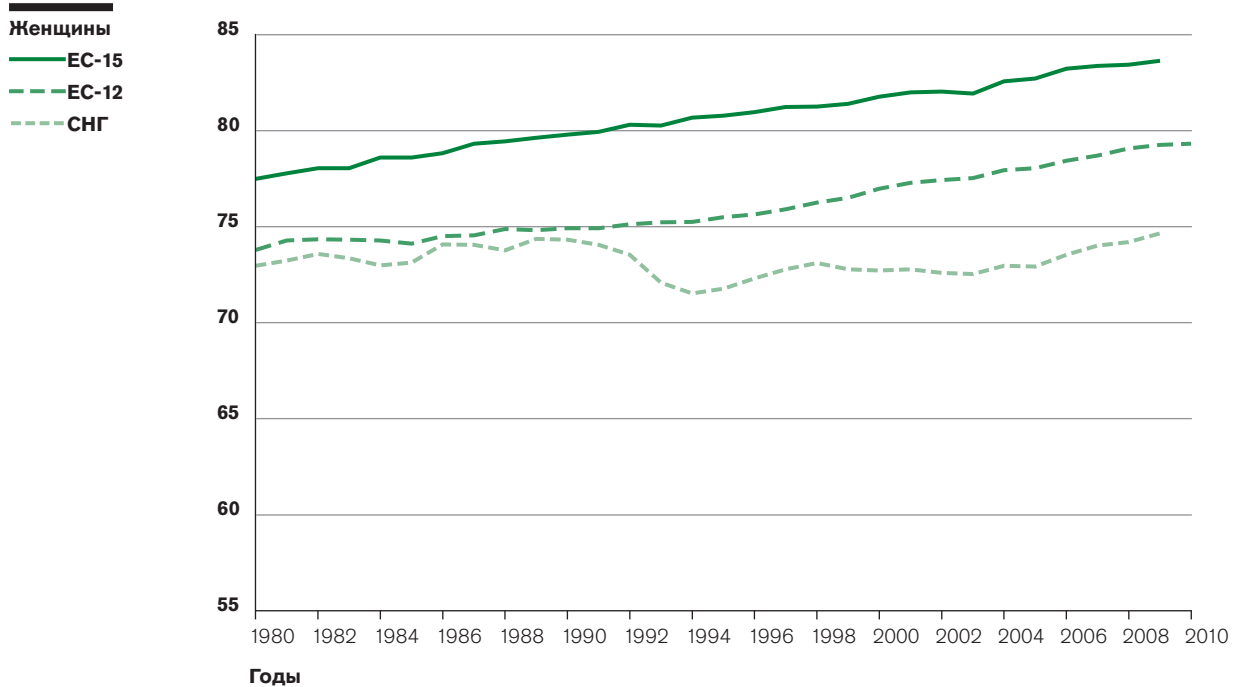
Эти изменения необходимо рассматривать в исторической перспективе (33). До Второй мировой войны страны восточной и западной частей Региона существенно различались. С 1945 и до середины 1960-х годов показатели смертности имели тенденцию к значительному снижению во всех частях Региона, но особенно быстро они снижались в восточной части, в основном благодаря успехам в таких областях, как борьба с инфекционными заболеваниями и улучшение гигиенических и жилищных условий. Поэтому в 1960-х годах различия в ожидаемой продолжительности жизни между СЦВЕ и странами западной части Региона значительно

### Рисунок 3.6

#### Динамика ожидаемой продолжительности жизни в ЕС-15, ЕС-12 и СНГ, 1980–2010<sup>а</sup>

<sup>а</sup> Самые последние значения для ЕС-12 – за 2010 г., для других групп стран – 2009 г.

Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).



сократились. Однако в период начала 1970-х и конца 1980-х годов ожидаемая продолжительность жизни в западных частях Региона продолжала расти, а в восточных она оставалась на прежнем уровне или сокращалась, главным образом из-за роста смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (34). Это привело к дальнейшему углублению разрыва в показателях ожидаемой продолжительности жизни между странами востока и запада Региона (31).

Падение мощи СССР вызвало глубокие социальные перемены в ряде стран. Динамика показателей ожидаемой продолжительности жизни в СЦВЕ и СНГ стала обнаруживать расходящиеся тенденции, что, по всей видимости, отражало разные характеристики переходных процессов в обществе (31,35,36). В результате ожидаемая продолжительность жизни в странах СНГ отстает от СЦВЕ и западной части Региона. Как показано на рисунке 3.1, у мужчин в шести странах СНГ она остается на уровне 65 лет и ниже.

Данные из Российской Федерации позволяют предположить, что в последние несколько лет ситуация с ожидаемой продолжительностью жизни улучшилась, возможно благодаря политической, экономической и социальной стабилизации. Так, по последним данным, в 2009 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла 63 лет для мужчин и 75 – для женщин. Однако для мужчин этот показатель был по-прежнему ниже, чем в 1965 г. (64,5 года).

Колебания уровней смертности в странах СНГ в 1990-х годах были самыми резкими из когда-либо наблюдавшихся в отдельно взятой группе стран с наличием соответствующих статистических данных. Рост смертности среди лиц среднего возраста в период 1992–2001 гг. только в Российской Федерации, по оценкам, приравнивается к дополнительным 2,5–3 млн смертей сверх ожидаемого уровня, рассчитанного на основе уровня смертности в 1991 г. (37). Катастрофическое положение со здоровьем взрослого населения в восточной части Региона контрастирует со стабильным, устойчивым ростом коэффициента общей выживаемости детей (38). Как показано на рисунках 3.7 и 3.8, различия в структуре дожития между восточными и западными частями Региона – почти целиком результат крайне высокого уровня смертности среди молодежи и лиц среднего возраста вследствие ССЗ (в отдельных случаях на 90%) и внезапной смерти от травм (38). И то и другое – следствие неумеренного потребления алкоголя.

На рисунке 3.7 сравнивается динамика показателей смертности от ССЗ среди мужчин и женщин в возрасте от 45 до 64 лет в Польше, Российской

Федерации и Финляндии. В Российской Федерации этот показатель с начала 1990-х годов превысил 800 на 100 000 населения и оставался более высоким по сравнению с Финляндией, где показатель смертности снижается с 1960-х годов, и с Польшей, где он снижается приблизительно с 1990 г. В Российской Федерации выше показатели смертности среди мужчин в возрасте 20–64 лет от травм по сравнению с Францией, Соединенным Королевством и Польшей (рис. 3.8).

### 3.2.2

#### **Гендер, ожидаемая продолжительность здоровой жизни и самооценка собственного здоровья**

Различия в показателях здоровья между мужчинами и женщинами связаны как с полом (с биологическими и физиологическими характеристиками, которые отличают женщин от мужчин), так и с гендерной принадлежностью (социальными ролями и поведением мужчин и женщин, основанными на нормах и ценностях конкретного общества).

Ключевой момент в изучении различий в состоянии здоровья у мужчин и женщин – необходимость выйти за рамки относительно очевидных различий в продолжительности жизни и оценить состояние здоровья людей по их собственным ощущениям на протяжении всей жизни. Один из способов обобщить весь этот опыт – проанализировать, сколько лет люди ощущают себя здоровыми и сколько – нет. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни расширяет понятие ожидаемой продолжительности жизни, учитывая заболеваемость и инвалидизацию, с тем чтобы оценить качество прожитых лет (41).

В частности, применяется параметр «годы здоровой жизни» (healthy life years, HLY) – комплексный показатель здоровья с учетом смертности и заболеваемости, что позволяет получить более полную информацию о бремени болезней среди населения по сравнению с изолированным использованием только показателя ожидаемой продолжительности жизни. Показатель «HLY при рождении»<sup>1</sup>, приведенный на рисунке 3.9, – это один из структурных индикаторов ЕС и один из показателей устойчивого развития ЕС. Он рассчитывается как ожидаемая продолжительность жизни за вычетом ожидаемого числа лет, прожитых с длительным ограничением активности (в настоящее время по данным из системы ЕС «Статистика доходов и условий жизни» – EU SILC).

При подсчете HLY вышеописанным методом разброс между странами, как показано на рисунке 3.9, у мужчин и у женщин составляет около 18 лет (от 52 лет в Словакии до примерно 70 лет в

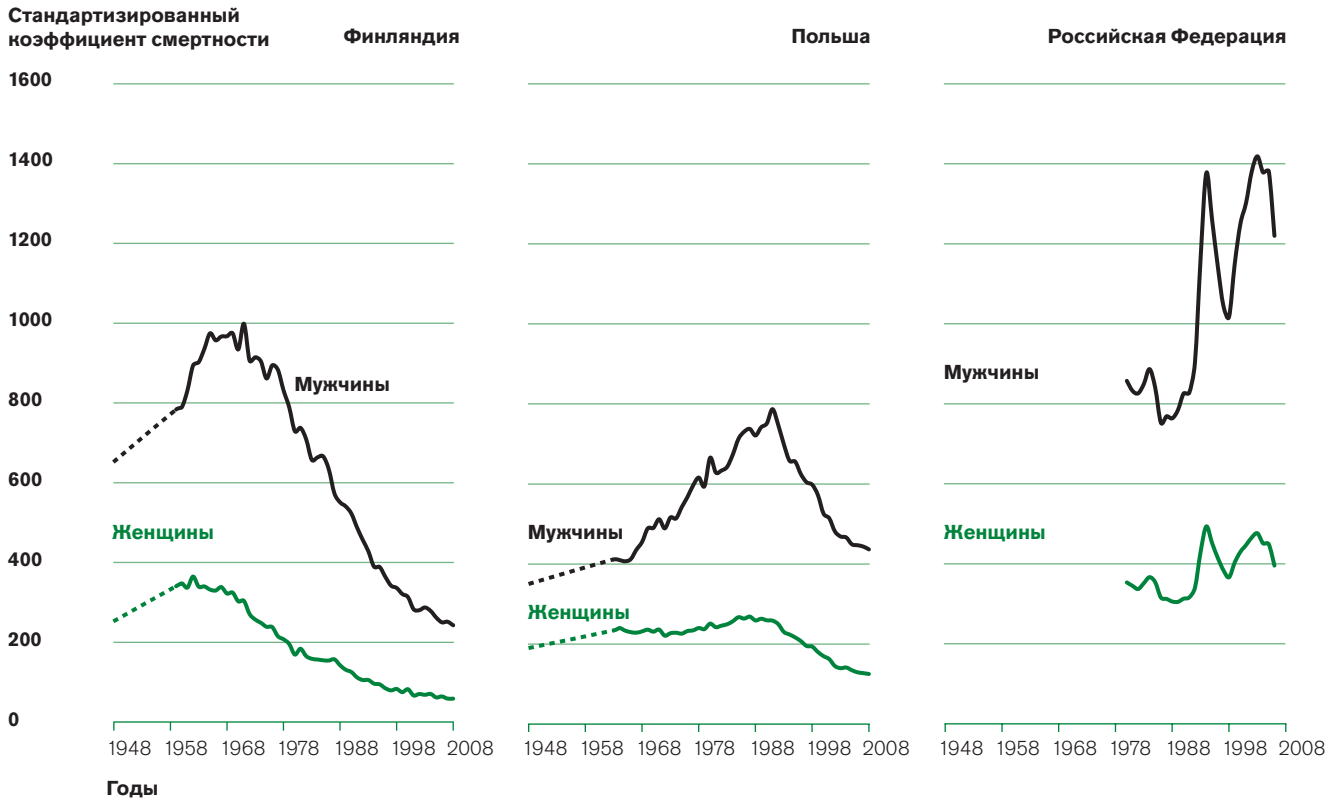
<sup>1</sup> Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HLY) при рождении рассчитывается методом Салливена, основанном на таблице вероятности дожития и повозрастных данных о распространенности длительных ограничений активности по Показателю общего ограничения активности Euro-REVES (GALI) (41).

**Рисунок 3.7**

Динамика показателей смертности<sup>а</sup> от ССЗ среди мужчин и женщин в возрасте от 45 до 64 лет: Польша, Российская Федерация и Финляндия

<sup>а</sup>Стандартизованный коэффициент смертности на 100 тыс. населения.

Источник: Zatonski & Bhala (39).

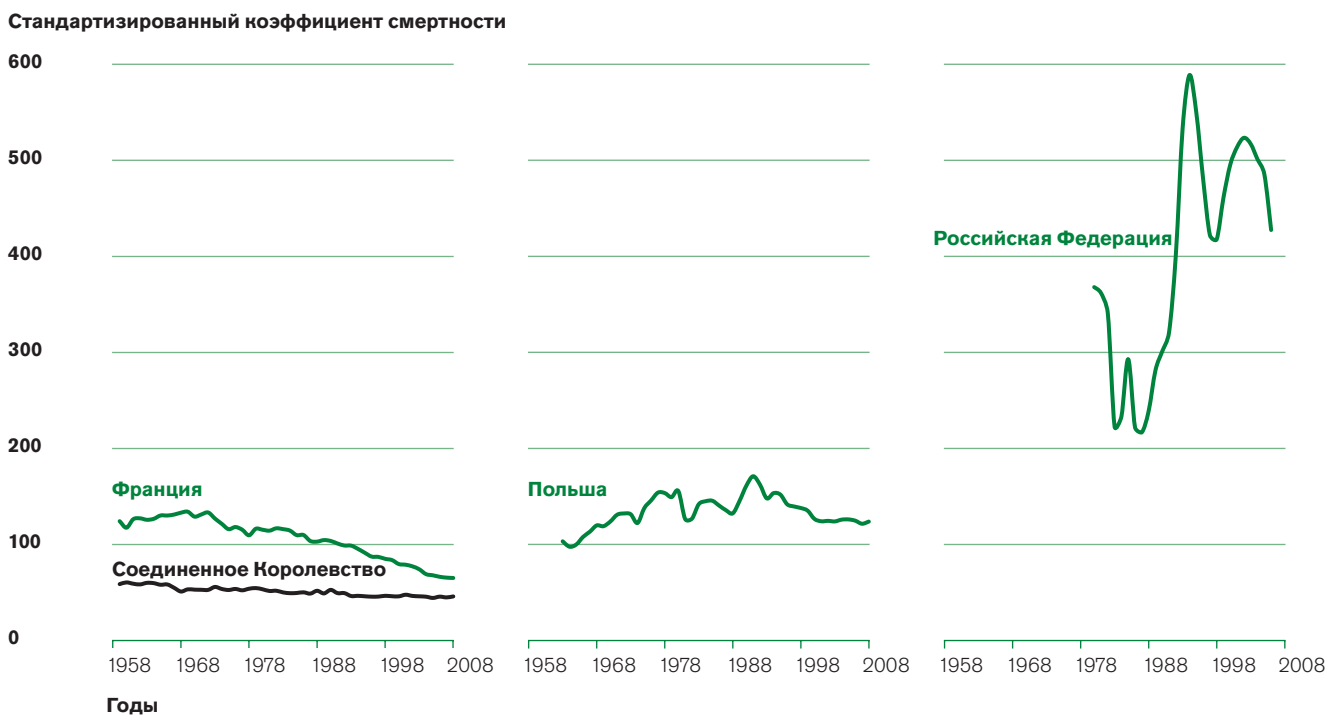


**Рисунок 3.8**

Динамика показателей смертности<sup>а</sup> от травм у мужчин в возрасте от 20 до 64 лет: Франция, Соединенное Королевство, Польша и Российская Федерация

<sup>а</sup>Стандартизованный коэффициент смертности на 100 тыс. населения.

Источник: HEM Project Team (40).



Швеции и Мальте). Когда эти цифры используются для подсчета лет, прожитых при плохом состоянии здоровья, разница в продолжительности этого времени у мужчин составляет 13 лет (от 8 лет в Болгарии до 21 года в Германии) и 15 лет для женщин (от 12 лет в Болгарии до 27 лет в Словакии). Следует, безусловно, учитывать, что на результаты этих сравнений могут повлиять культурные факторы, отражающиеся в самооценке

ограничения активности и варьирующие в разных странах и в зависимости от гендера.

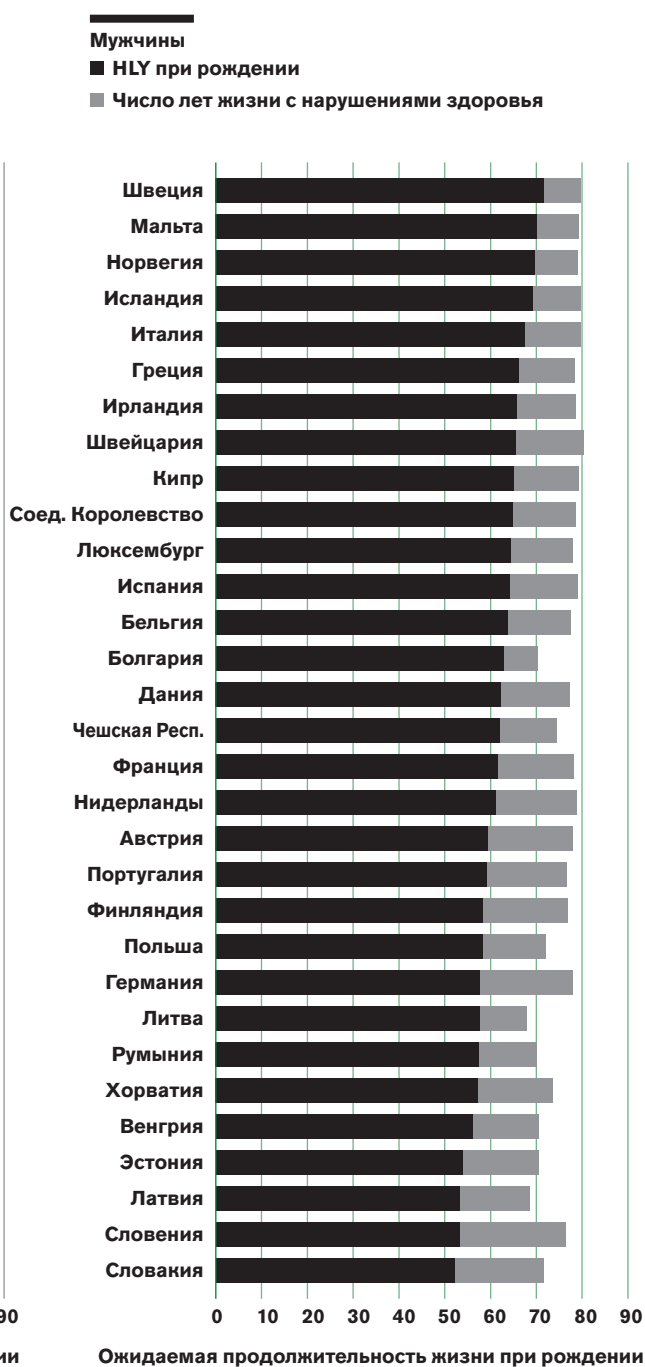
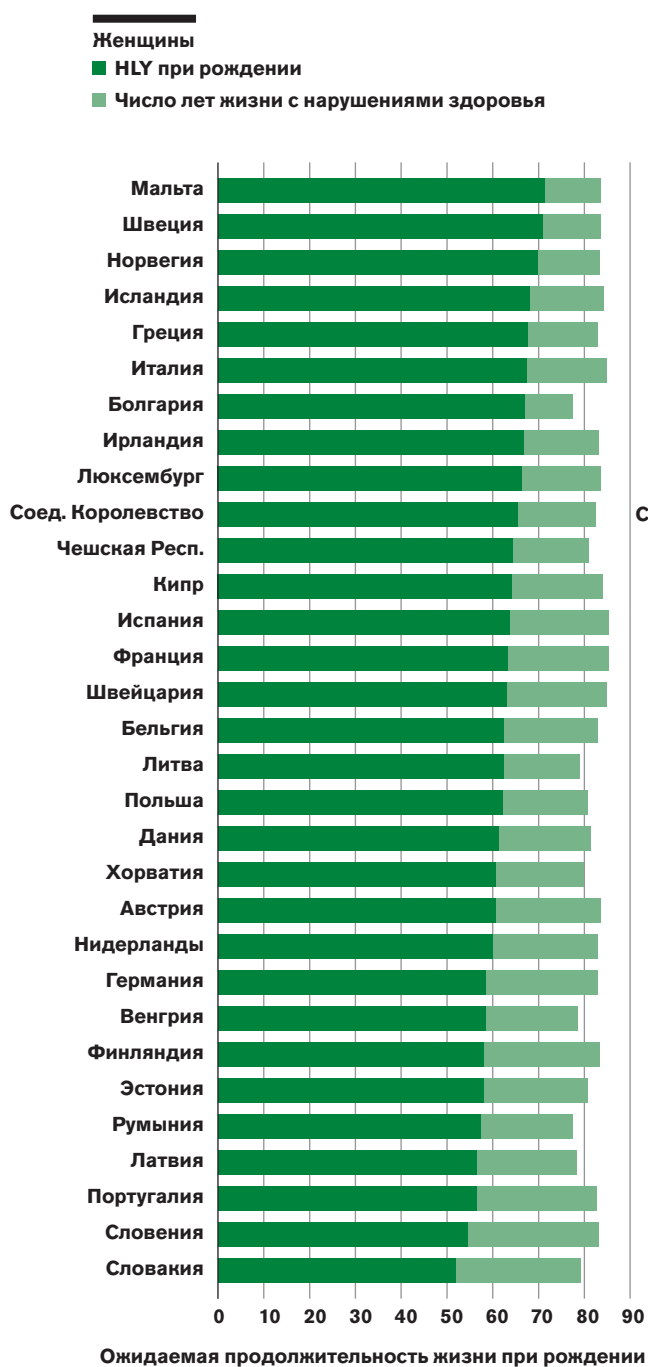
Эти цифры позволяют предположить, что дополнительное (по сравнению с мужчинами) число лет, которое женщины могут рассчитывать прожить при хорошем состоянии здоровья – гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности здоровой жизни, – намного меньше, чем аналогичный разрыв в общей ожидаемой продолжительности жизни. Во всех странах, показанных на рисунке 3.10, женщины живут дольше, чем мужчины, но проводят большее число лет при плохом состоянии здоровья.

Однако какой-либо четкой закономерности, определяющей величину этих разрывов по

**Рисунок 3.9**

**Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HLY) и общая ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по полу, 2010 г.**

Источник: Eurostat (42).





странам, обнаружить не удалось. Ожидаемая продолжительность жизни варьировалась среди стран, приведенных на рисунке 2.10, от 4 лет в нескольких из них до 11 лет в Литве, в то время как разрыв в количестве лет, прожитых при плохом здоровье, варьировался от 3 лет в Соединенном Королевстве до свыше 8 лет в Португалии. Соответственно, гендерный разрыв во времени, прожитом при хорошем здоровье, который в цифровом выражении равен разрыву в ожидаемой продолжительности жизни минус разрыв во времени, прожитом при плохом здоровье, не характерен ни для одной страны. В 22 из 30 стран, приведенных на рисунке 3.10, женщины

живут при хорошем состоянии здоровья дольше, чем мужчины, причем разница составляет от года и меньше в 9 странах до почти 4 лет в Польше, Эстонии и Литве. В тех странах, где женщины живут при хорошем здоровье меньше, чем мужчины, самая большая разница – свыше полутора лет – в Португалии и Нидерландах.

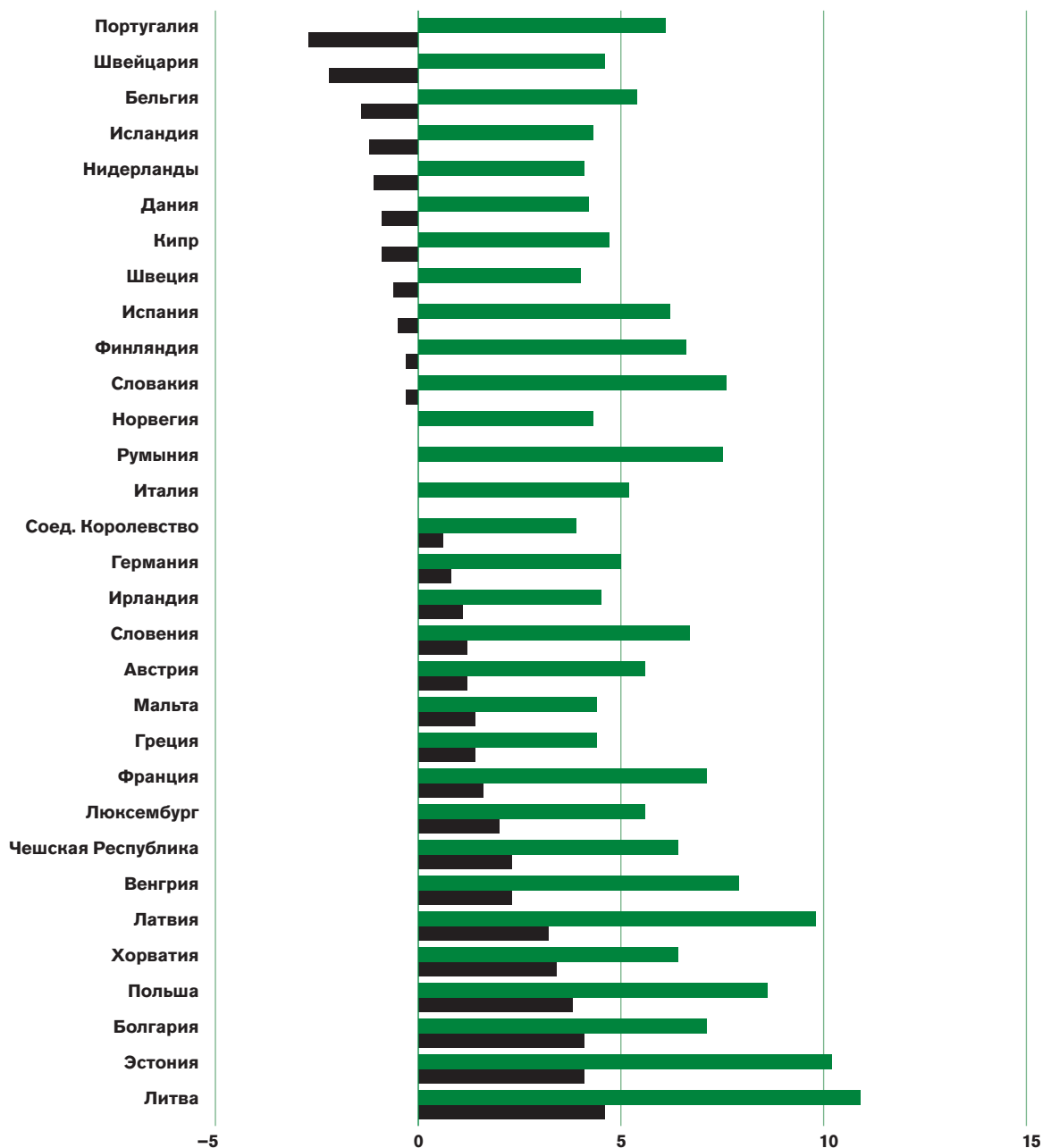
Jagger et al. (43) отметили существенные различия между странами ЕС по показателю HLY, рассчитанному для лиц в возрасте 50 лет. Авторы делают вывод, что без существенных улучшений здоровья населения цель повысить долю пожилых людей в трудовых ресурсах будет труднодостижима.

**Рисунок 3.10**

**Различия между женщинами и мужчинами по числу лет здоровой жизни (HLY) и ожидаемой продолжительности жизни при рождении, страны ЕС, 2010 г.**

■ **Дополнительные годы жизни женщин**  
■ **Дополнительное число лет, проживаемых женщинами в состоянии хорошего здоровья**

Источник: Eurostat (42).



Отмечаются постоянные существенные гендерные неравенства в различных аспектах здоровья подростков (44). «Удовлетворительное» или «плохое» здоровье, в противоположность «хорошему» или «очень хорошему» здоровью, как правило, чаще отмечается девочками, чем мальчиками во всех трех возрастных группах (11, 13 и 15 лет), включенных в исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)». Цифры для 15-летних приведены на рисунке 3.11. Различия между мальчиками и девочками статистически значимы во всех указанных странах, кроме шести. Девочки чаще, чем мальчики, жалуются на головные боли, боли в животе и нервозность (факторы, учитываемые при самооценке здоровья). Эти

различия могут отражать разную реакцию на стрессогенные факторы подросткового периода (Candace Currie, профессор кафедры здоровья детей и подростков, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство, личное сообщение, 2011) или культурные различия в вопросах предоставления сведений о своем здоровье.

Биологические (пол) и психосоциальные (гендер) факторы вносят свой вклад в различия между мальчиками и девочками подросткового возраста. Биологические различия (например, гормональные) могут приводить к различным уровням риска травм и отражаться на уровне жалоб на здоровье, в то время как психосоциальные факторы представляются более значимыми

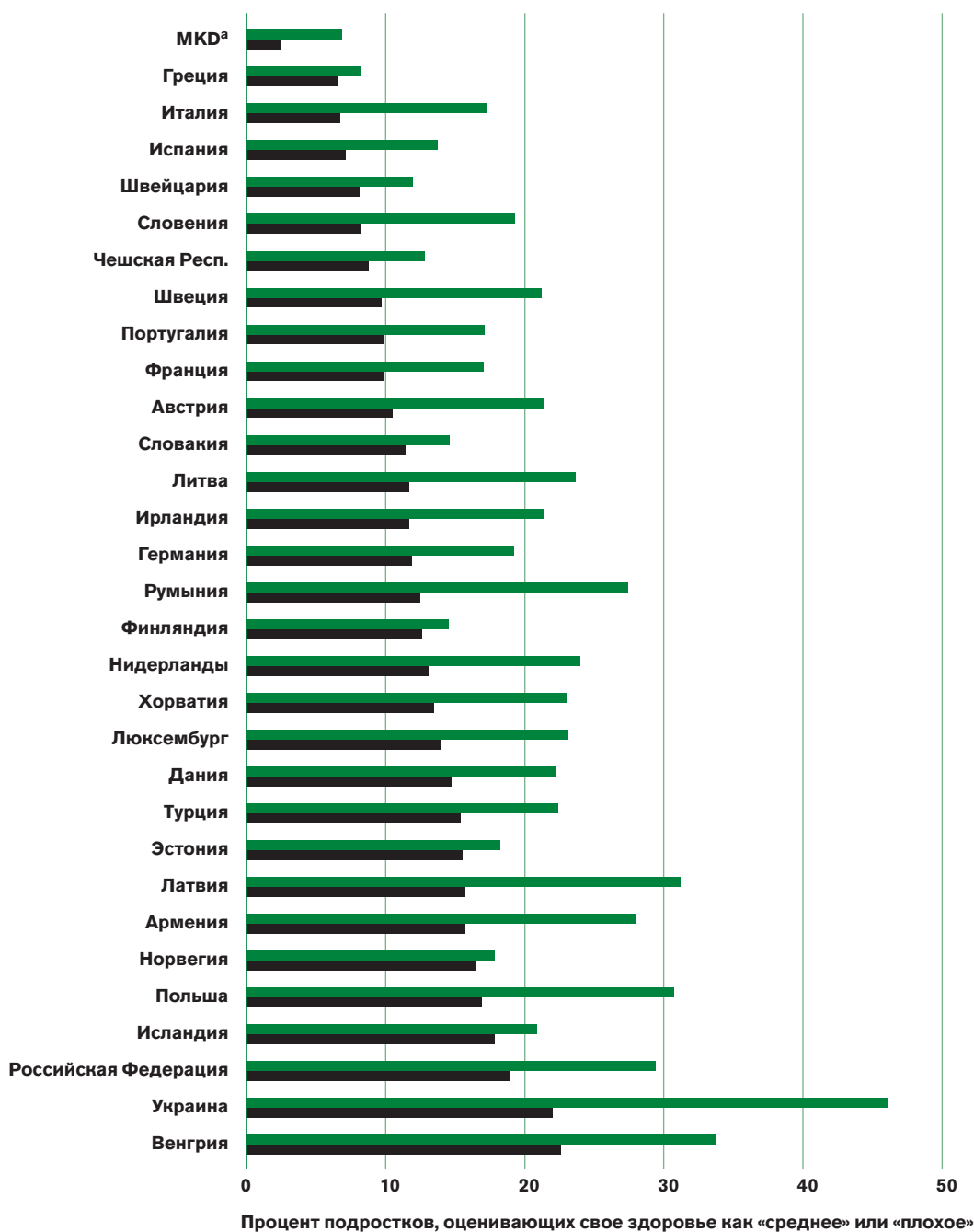
**Рисунок 3.11**

**Самооценка здоровья подростками в возрасте 15 лет, в разбивке по гендеру и по странам**

■ Девочки  
■ Мальчики

Источник: Currie et al. (44).

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).



для объяснения гендерных различий. Гендерные стереотипы формируют ожидания, характерные для девочек и мальчиков. Для них открываются разные возможности, они сталкиваются с разными препятствиями и могут использовать разные стратегии их преодоления. Ожидания являются культурно зависимыми и формируют основную часть различий между странами (45).

### 3.3

#### **Социально-экономические условия на макроуровне и здоровье**

В настоящей главе на приведенных иллюстрациях показана степень разрыва по показателям здоровья между странами Европы. Теперь мы приступаем к описанию связей между существующими в странах и регионах внутри стран социально-экономическими условиями на макроуровне и итоговыми показателями здоровья. Более подробные данные приведены в части III.

Понимание особенностей и тенденций в вопросах здоровья в странах Региона требует анализа социальных и экономических условий, в которых живут люди, распределения этих условий внутри стран и между странами, а также влияния, которое меняющаяся политическая, социальная и экономическая обстановка оказывает на это распределение.

В начале описаны некоторые ключевые детерминанты в более широком политическом, социальном, экономическом и культурном контексте в странах, включая макроэкономические факторы (уровень экономического развития страны, уровень детской бедности и степень смягчения детской бедности мерами социальной защиты). На макроуровне существенным фактором также является степень участия общества в том, чтобы обеспечить соблюдение прав всех своих граждан, а также включить (или исключить) социальные группы по причине их этнической или расовой принадлежности, иммигрантского статуса, наличия инвалидности или сексуальной ориентации. Условия в раннем детстве, система образования и регулирование рынка труда являются ключевыми детерминантами на более широком политическом, социальном, экономическом и культурном уровне, поскольку они влияют на возможности получения людьми образования и работы на протяжении жизни (см. главу 4).

#### 3.3.1

##### **Национальный доход и здоровье**

В 1990-х годах, в начале социальной трансформации в СЦВЕ и СНГ во всех этих странах отмечались сравнительно низкие доходы на душу населения, хотя между странами наблюдались различия (см. раздел 3.3.2). Это отражалось в низких объемах валового внутреннего продук-

та (ВВП), который составлял примерно четверть от соответствующих значений в странах на западе Региона. Неравенство доходов было сравнительно небольшим – вероятно, как результат выраженной эгалитарной политики с относительно одинаковыми уровнями оплаты труда по секторам и по различным типам профессий, а также широкими мерами социальной поддержки. Эта тема рассматривается более подробно в разделе 3.3.2.

Изменения в размере национального дохода в СЦВЕ и СНГ в 1990-е годы различались по странам. В большинстве из них снижение реального потребления – покупок товаров и услуг – достигло крайней точки (на сравнительно короткое время), приблизительно на 20% ниже по сравнению с уровнем 1989 г. Однако в других странах (Латвия, Казахстан, Украина) снижение реального потребления составило 50% и более и оставалось на низком уровне намного дольше, без улучшений в течение всех 1990-х годов (рис. 3.12). Влияние этих обстоятельств на условия жизни убедительно подтверждается документальными свидетельствами, например из Российской Федерации (45,46). Рост неравенства доходов, наблюдавшийся во время переходного периода, имел свои отличительные особенности в разных странах (47–50). Падение уровня потребления и ВВП (лишь с незначительными улучшениями в отдельных странах) (рис. 3.12 и 3.13) означает, что многие домохозяйства надолго опустились на уровень ниже минимально необходимого для поддержания здоровых условий жизни (51).

Тенденции изменения ВВП на душу населения в каждой из стран СНГ в период 1990–2007 гг. были весьма различными. Все семь стран, приведенные на рисунке 3.13, пережили экономический коллапс сразу после 1990 г., после чего постепенно восстановили позитивный экономический рост (53,54). Через десять лет после обретения независимости цифры ВВП на душу населения вернулись к уровню советского периода только в Армении. К 2007 г. в Грузии и Кыргызстане уровень ВВП по-прежнему составлял примерно четыре пятых от уровня советского периода, в Республике Молдова – менее двух третей, а в Таджикистане – чуть более половины.

В настоящее время национальные экономики в Регионе резко различаются, реальный ВВП на душу населения составляет от 1972 долл. США (в пересчете по паритету покупательной способности) в Таджикистане до 83 820 долл. США в Люксембурге (рис. 3.14). Как показано на рисунке 3.15, в данной ситуации велика вероятность, что в более неблагоприятных странах ожидаемая продолжительность жизни людей будет короче.

На рисунке 3.15 показано, что в более бедных странах Региона ожидаемая продолжительность жизни коррелирует с ВВП (для более обеспеченных стран эта зависимость отсутствует).

**Рисунок 3.12**

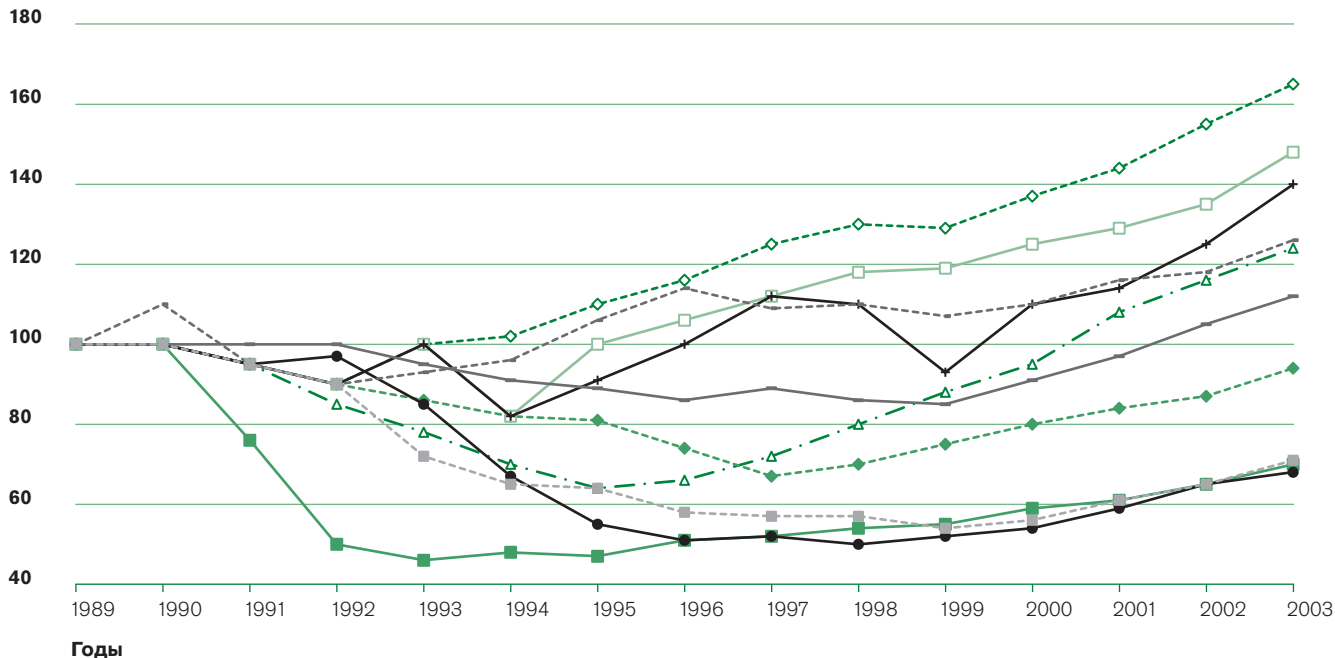
Реальные общие потребительские расходы в отдельных странах СЦВЕ и СНГ, 1989–2003 гг.

- |     |          |        |                      |
|-----|----------|--------|----------------------|
| —△— | Беларусь | —●—    | Казахстан            |
| —◇— | Болгария | —+—    | Республика Молдова   |
| —◇— | Эстония  | —- - - | Румыния              |
| —■— | Латвия   | —■—    | Российская Федерация |
| —□— | Литва    | —■—    | Украина              |

Источник: Billingsley (35).

**Общие реальные потребительские расходы**

Базовый год – 1989 = 100

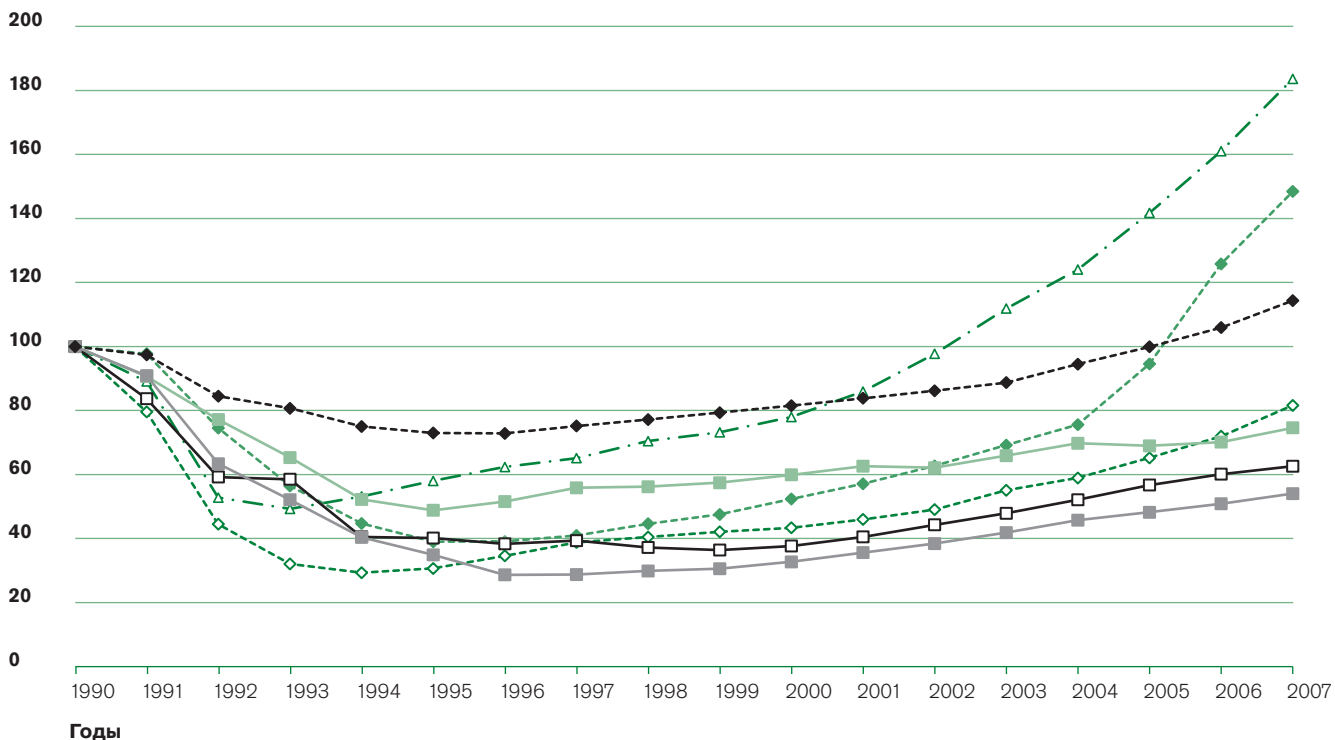


**Рисунок 3.13**

ВВП на душу населения в постоянных ценах (1990=100) в семи странах СНГ, 1990–2007 гг.

- |     |                     |     |                    |
|-----|---------------------|-----|--------------------|
| —△— | Армения             | —□— | Республика Молдова |
| —◇— | Азербайджан         | —■— | Таджикистан        |
| —◇— | Грузия <sup>а</sup> | —●— | Узбекистан         |
| —■— | Кыргызстан          |     |                    |

<sup>а</sup> В этот период Грузия входила в состав СНГ.  
Источник: TransMonEE (52).



В странах, где ВВП на душу населения составляет менее 25 000 долл. США в год (ППС), ожидаемая продолжительность жизни в целом выше там, где выше ВВП, со значительным разбросом значений между менее обеспеченными странами. Например, в Грузии средняя ожидаемая продолжительность жизни составляет 73,8 лет при реальном ВВП на душу населения 4774 долл. США (ППС), в то время как в Украине эти показатели составляют, соответственно, 70,3 года и 6318 долл. США. В менее богатых странах продолжительность жизни не обязательно ниже: вполне возможно обеспечить хорошие показатели здоровья населения и при низком уровне национального дохода. Стратегии и программы,

описанные в главах 4–6, содержат пути достижения такой цели.

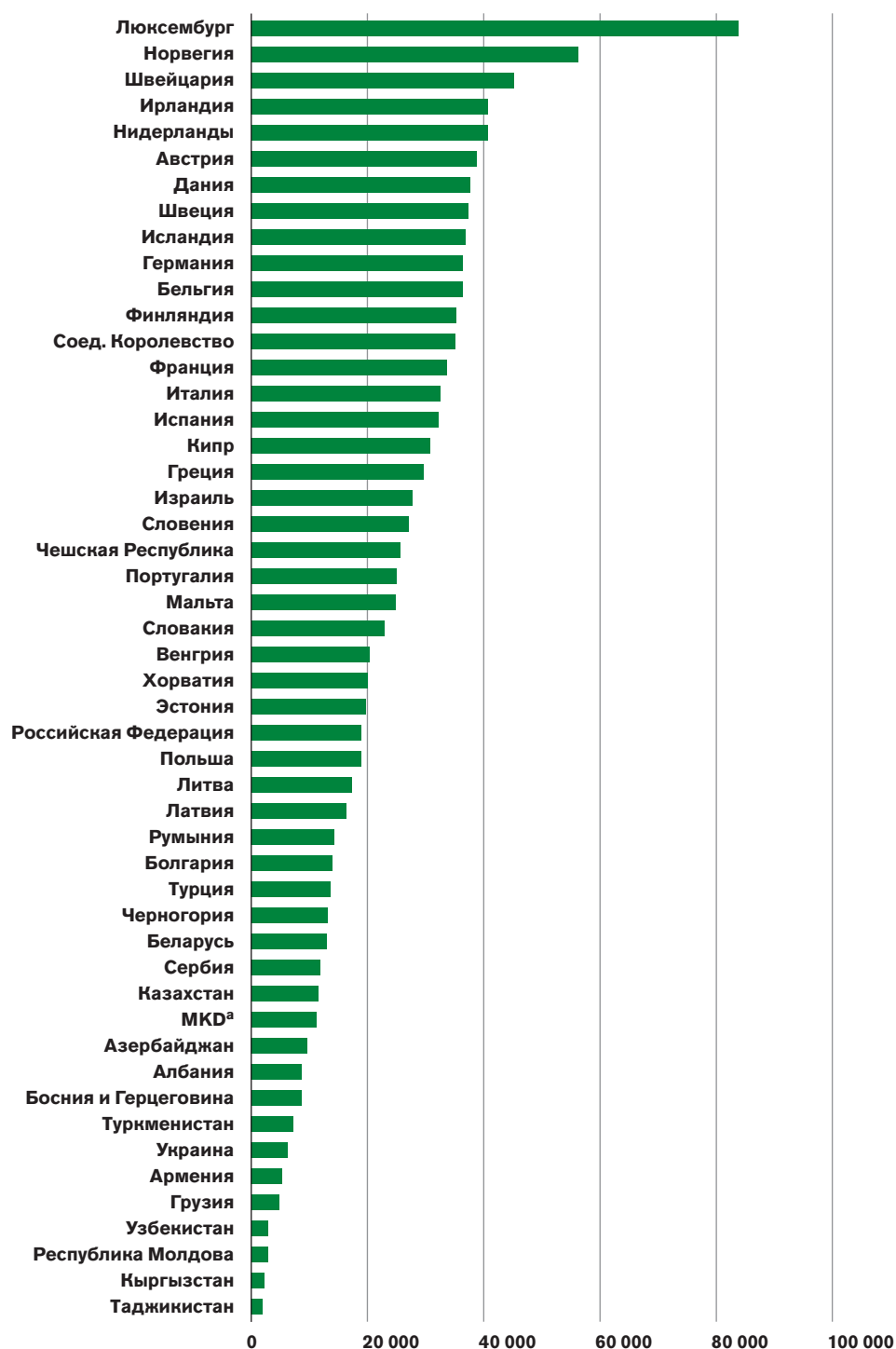
### 3.3.2 Доход, неравенство в его распределении и здоровье

Показатели здоровья и национальный доход взаимосвязаны. В менее обеспеченных странах Восточной Европы и СНГ чаще встречаются хронические нарушения питания у детей, туберкулез и случаи смерти в результате насилия. На ранних стадиях экономического развития имеет значение абсолютный уровень бедности (55), в странах с более развитой экономикой неравен-

**Рисунок 3.14**  
Страны Региона с самым высоким и самым низким уровнем ВВП (в долл. США, с пересчетом по ППС), 2009 г. (последний год с наличием данных)

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).





ство основывается на относительной депривации, определяемой как исключение из участия в тех схемах потребления, которые являются обычными в данном обществе, поскольку индивидуум или домохозяйство располагает ограниченными экономическими ресурсами (56,57). Связь между показателями здоровья и неравенством в уровне дохода в странах с развитой экономикой систематические получает документальное подтверждение (58–66). Неравенство доходов имеет большое значение, потому что, по словам Амартии Сена, «относительная депривация в области доходов может привести к абсолютной депривации в области жизненных возможностей» (67).

Один из путей, по которым относительная депривация ведет к ухудшению здоровья, лежит через психосоциальные механизмы. Географические исследования на субнациональном уровне в Российской Федерации показали, что в регионах с более высоким уровнем «социального стресса», вызванного трансформацией, происходило более резкое сокращение продолжительности жизни, чем в менее пострадавших регионах (68,69). Эти результаты находятся в соответствии с большим накопленным объемом фактических данных, связывающих неравенство доходов, социальный капитал и здоровье (58,70,71).

Макроэкономические изменения в странах бывшего СССР в начале 1990-х годов тесно связаны с приватизацией и переменами на рынке труда, что повлекло за собой множество последствий. Доказано, что массовая приватизация прочно коррелирует во времени с изменениями в уровне смертности внутри стран, пусть даже оспаривается наличие причинной связи между подобной политикой правительства и последующими изменениями показателей здоровья населения (72).

Различия между странами не ограничиваются характеристиками смертности. Популяционный анализ, проведенный на основе случайной выборки на национальном уровне в 13 странах СЦВЕ и СНГ, показал, что самооценка здоровья тесно коррелирует с ожидаемой продолжительностью жизни ( $r = -0,73$ ), а в многоуровневом анализе, с поправкой на индивидуальный социально-экономический статус, самооценка здоровья коррелировала с такими факторами национального уровня, как ВВП и уровень коррупции (73).

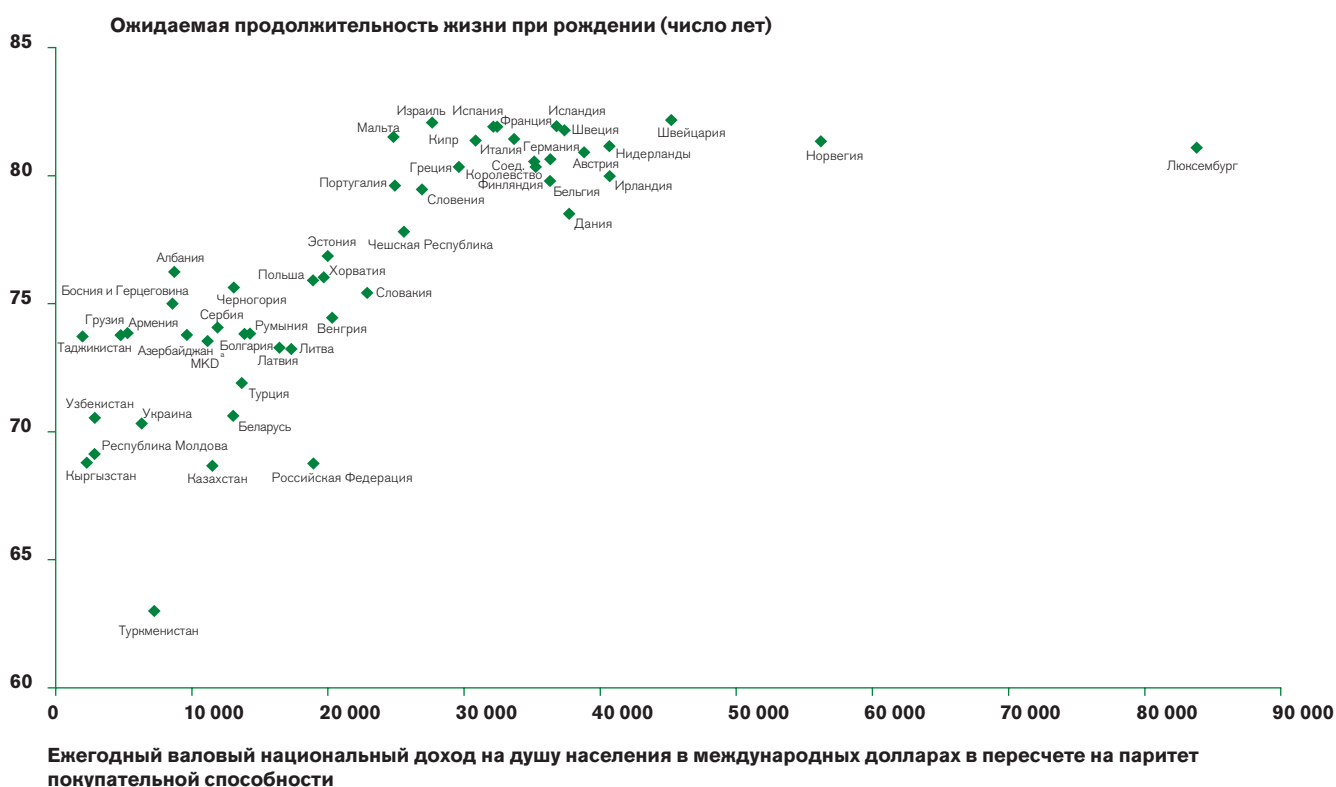
Аналогичные характеристики самооценки здоровья и ее связь с общественными условиями были ранее обнаружены в других исследованиях. Изучение информационных массивов, где объединены общественные и индивидуальные данные по 7 странам СЦВЕ и СНГ показало, что популяционные показатели дохода и неравенства доходов коррелировали с самооценкой здоровья, причем эта статистическая связь была во многом опосредована материальными обстоятельствами и самооценкой степени контроля над своими жизненными обстоятельствами. Заслуживает внимания тот факт, что средние значения самовоспринимаемого уровня контроля в каждой стране коррелировали с уровнями смертности (74). Анализ данных World Value Survey (Всемирный

### Рисунок 3.15

**Ожидаемая продолжительность жизни в соотношении с реальным ВВП в долл. США (ППС) на душу населения (кривая Престона) для стран Европейского региона, 2010 г. (или последний год с наличием данных)**

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).



ценностный опрос), собранных в 25 странах, выявил значительный разрыв в самооценке здоровья между странами Западной и Восточной Европы: в обеих частях Региона самооценка здоровья коррелировала с участием людей в деятельности гражданского общества, воспринимаемым контролем за обстоятельствами и экономической удовлетворенностью, и за счет этих факторов объяснялось до 30% различий в здоровье между восточными и западными странами (75).

Теперь будут рассмотрены вопросы распределения доходов в странах и связи между неравенством доходов и здоровьем. На рисунке 3.16 отражена степень расслоения доходов в странах ЕС в сравнении со сводным индикатором ЕС (76). Показатель соотношения между средним доходом на душу населения в верхнем и нижнем квинтилях был самым высоким в некоторых странах с самым низким медианным доходом – в Литве он составляет более 7, – однако эта зависимость соблюдается не во всех случаях. В ряде стран, где уровень дохода был ниже среднего по ЕС (Венгрия, Чешская Республика и Словения), показатель соотношения был самым низким – на уровне 3,4–3,6 (по аналогии со странами Северной Европы). Как и было упомянуто выше, это может быть связано с особенностями переходного периода, общим историче-

ским контекстом и географическим соседством этих стран. Во время рыночных реформ 1990-х годов в политическом курсе большинства этих стран делался упор на защиту уязвимых групп населения. Переговоры и последующие соглашения между правительством, работодателями и достаточно влиятельными профсоюзами, возможно, помогли остановить дальнейшее усиление неравенства доходов.

Альтернативным способом отражения разброса в распределении дохода является коэффициент Джини – индикатор, часто используемый для отражения неравенства в доходах. Нулевое значение указывает на полное равенство, а единица – на максимально возможное неравенство (весь доход принадлежит одному человеку). На рисунке 3.17 приведен перечень стран ЕС, ранжированный на основе данных Евростат.

До переходного периода начала 1990-х годов СЦВЕ отличались сравнительно низким уровнем неравенства доходов (79). Произошедшие изменения можно проиллюстрировать с использованием коэффициента Джини как критерия неравенства доходов. В конце 1980-х годов среднее значение коэффициента Джини в СЦВЕ и СНГ составляло около 0,22, по сравнению со средним значением 0,33 в странах Организации экономического сотрудничества и развития

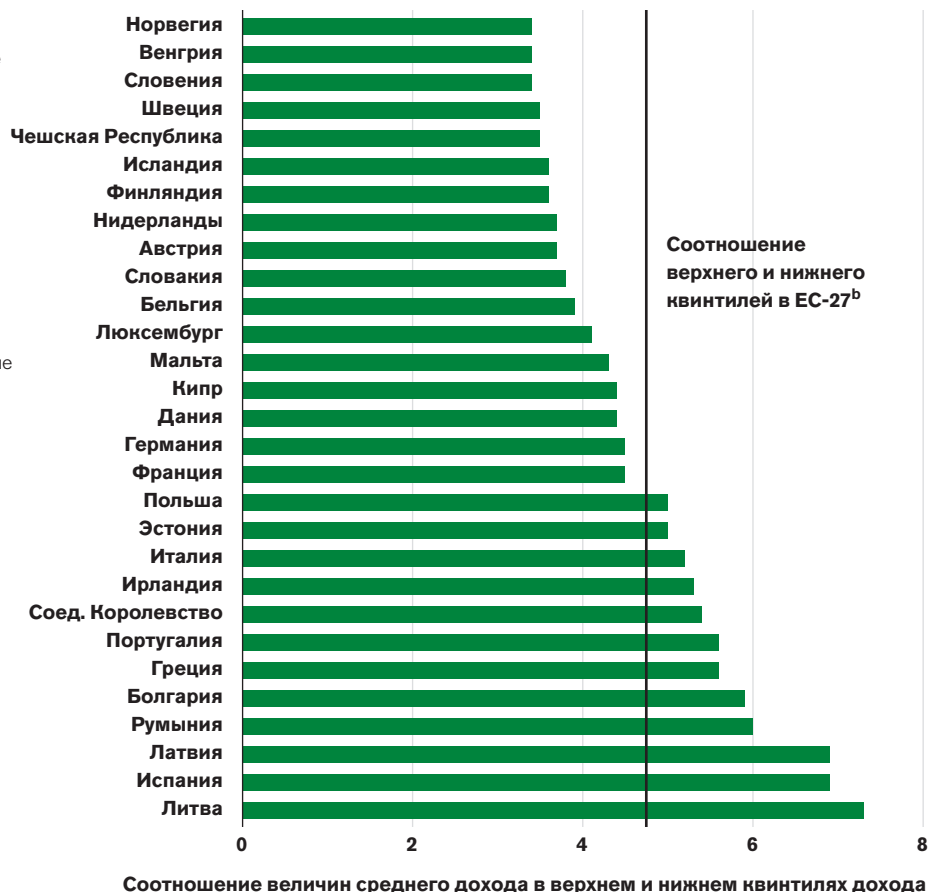
**Рисунок 3.16**

**Индикатор распределения доходов (ЕС): соотношение величин среднего дохода на душу населения в верхнем и нижнем квинтиле доходов<sup>а</sup> в странах ЕС, Исландии и Норвегии, 2010 г.**

<sup>а</sup> Отношение величины суммарного приведенного располагаемого дохода на душу населения в квинтиле населения с самым высоким доходом к аналогичной величине в квинтиле с самым низким доходом.

<sup>б</sup> ЕС-27 – страны, входящие в состав Европейского союза, по состоянию после января 2007 г.

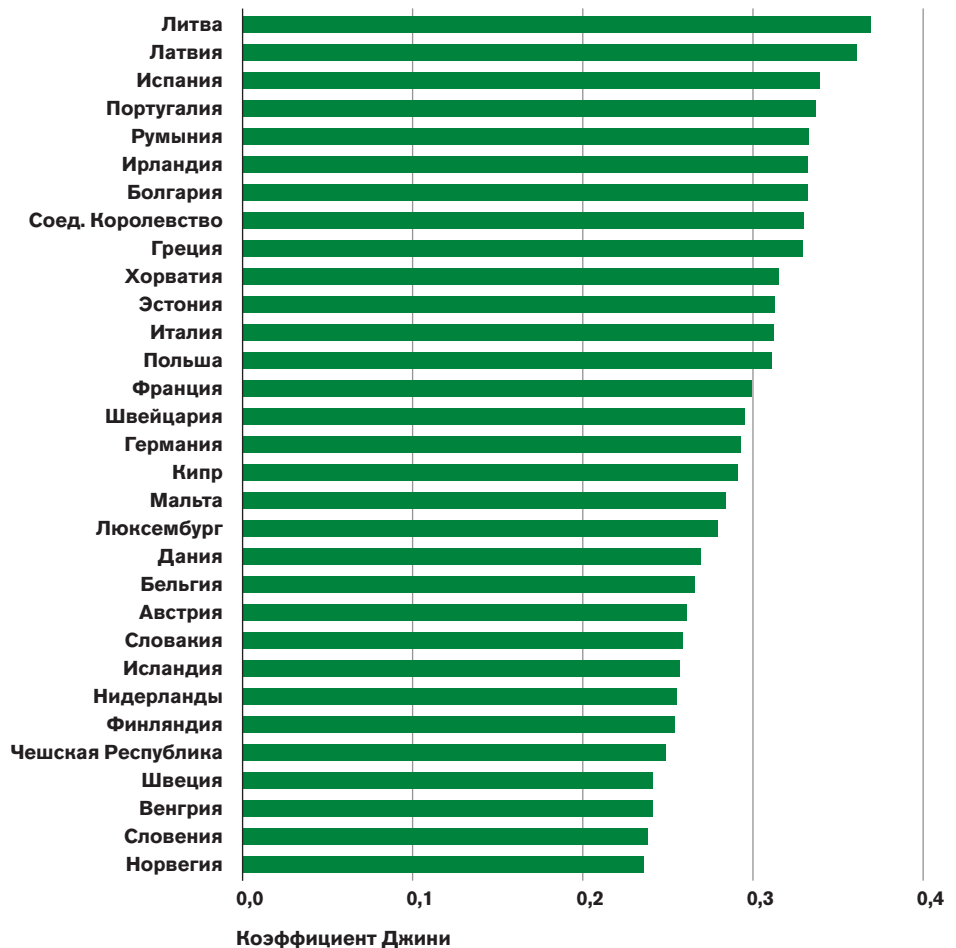
Источник: Eurostat (77,78).



**Рисунок 3.17**

**Неравенство распределения доходов (коэффициент Джини) в отдельных странах, участвующих в Программе «Европейское здоровье», 2010 г.**

Источник: Eurostat (77).



(ОЭСР). ЮНИСЕФ еще в 1994 году впервые поднял ключевой вопрос о будущем развитии СЦВЕ и СНГ: возьмут ли они курс в сторону ситуации, которая существует в странах западной части Региона с высоким уровнем дохода (растущий ВВП при низком неравенстве доходов), или примут латиноамериканскую модель (относительно низкий ВВП при значительном неравенстве доходов).

На рисунке 3.18 показана динамика неравенства доходов в Польше и Чешской Республике

в соотношении с ростом ВВП (как доли от ВВП в западных странах). Эти страны встали на путь, не противоречащий модели, принятой Западом.

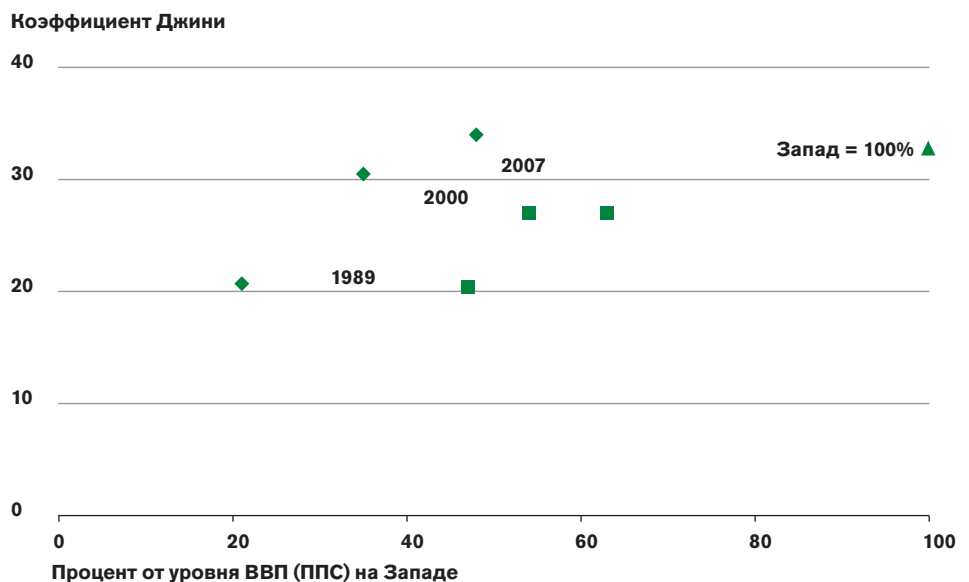
В то время как Польша и Чешская Республика контролировали рост неравенства в доходах, в Российской Федерации наблюдалось быстрое падение ВВП и резкий рост неравенства доходов (80). Самые последние данные показывают некоторое улучшение в ситуации с неравенством доходов в Российской Федерации по сравнению с

**Рисунок 3.18**

**ВВП на душу населения и значения коэффициента Джини в Польше и Чешской Республике, 1989, 2000 и 2007 гг.**

- ◆ Польша
- Чешская Республика
- ▲ Запад

Источник: ЮНИСЕФ (80).



2000 г., однако уровень неравенства по-прежнему существенно выше, чем в 1990 г. или в странах ОЭСР.

Экономические и политические реформы сопровождались ростом неравенства в доходах во всех странах, представленных на рисунке 3.19, за исключением Республики Молдова. В середине и конце 1990-х годов появились признаки сокращения неравенства, но ни в одной стране уровень его не опустился до значений, наблюдавшихся до получения независимости, и он по-прежнему существенно выше,

чем в большинстве стран ОЭСР Европейского региона.

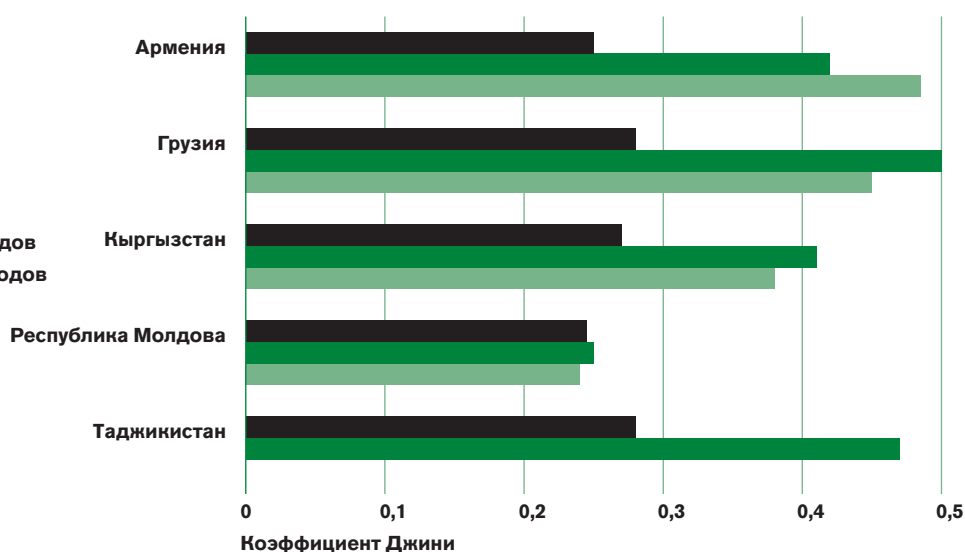
На страновом уровне с изменениями в неравенстве доходов коррелировали тенденции в ожидаемой продолжительности жизни в СЦВЕ и СНГ в переходный период. В странах с наиболее резким ростом коэффициента Джини наблюдалось самое резкое падение ожидаемой продолжительности жизни, в то время как в странах, где неравенство доходов контролировалось, динамика данного показателя была не столь удручающей (рис. 3.20).

**Рисунок 3.19**

**Неравенство распределения доходов (коэффициент Джини) в пяти странах СНГ, 1989 г., середина–конец 1990-х годов и начало–середина 2000-х годов**

■ 1989 г.  
■ середина–конец 1990-х годов  
■ начало–середина 2000-х годов

Источник: TransMonEE (52).

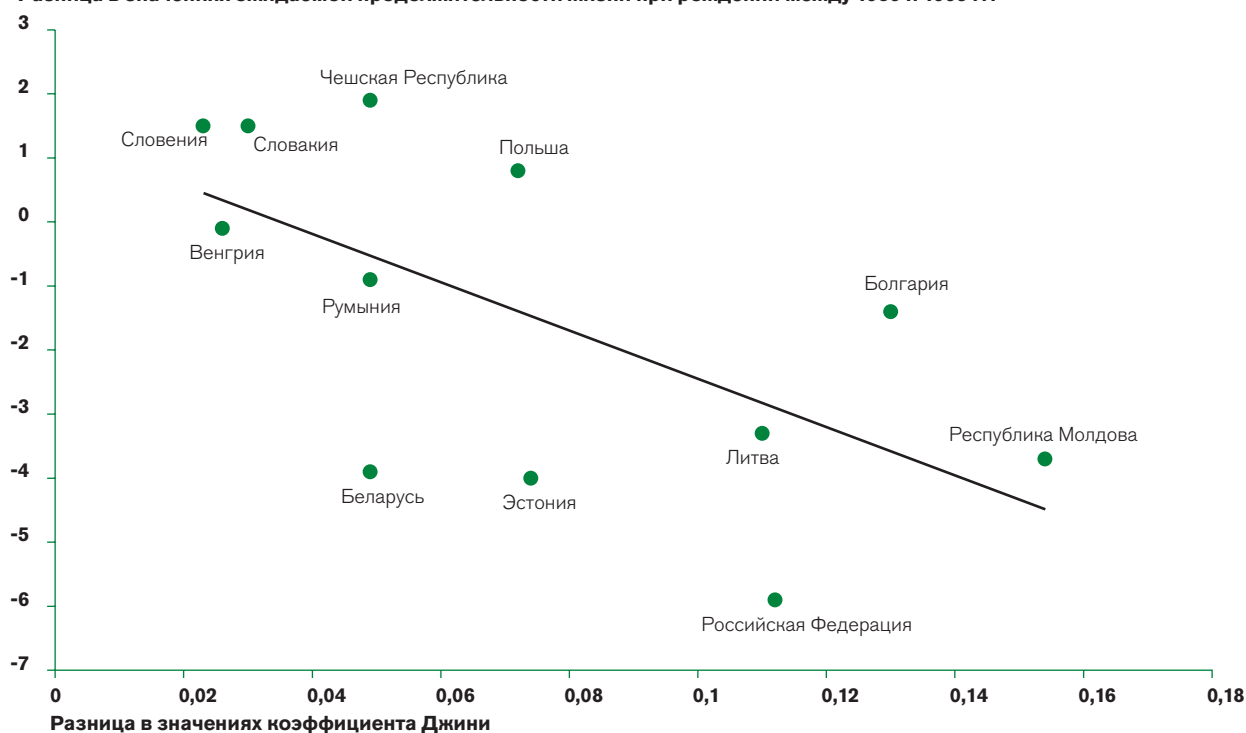


**Рисунок 3.20**

**Изменения в ожидаемой продолжительности жизни в соотношении с ростом неравенства в доходах, 1989–1995 гг.**

Источник: Marmot & Bobak (81).

Разница в значениях ожидаемой продолжительности жизни при рождении между 1989 и 1995 гг.



### 3.4 Социальная несправедливость, передающаяся от поколения к поколению

#### 3.4.1 Бедность, социальная защита и здоровье детей

Как было показано в главе 2, социальные и экономические формы несправедливости, затронувшие предшествующие поколения, оказывают существенное воздействие на жизнь детей, в частности в том, как социальное неблагополучие семьи влияет на их жизненные возможности и здоровье. Детство, проведенное в относительной бедности, оказывает сильное влияние на состояние здоровья и другие жизненные показатели на протяжении всей последующей жизни, а детство в условиях абсолютной бедности порождает дополнительные

ближайшие негативные последствия, такие как задержка роста и недостаточность питания.

Условия в детстве оказывают значительный эффект на последующие жизненные шансы и здоровье: чем хуже эти условия, тем менее благоприятны перспективы. В ряде стран ЕС более низкий уровень бедности среди населения коррелирует с более низкой смертностью среди детей до пяти лет (82). Связь между более низкими показателями бедности и показателями детской смертности тем сильнее, чем ниже установлен порог бедности (83).

Система социальной защиты в стране посредством различных видов социальных пособий может в значительной мере содействовать сокращению масштабов бедности бедности, а значит, и улучшению здоровья. Это относится к показателям здоровья на всех этапах жизни (84,85), а также к гендерным различиям в состоянии здоровья (86).

Рисунок 3.21

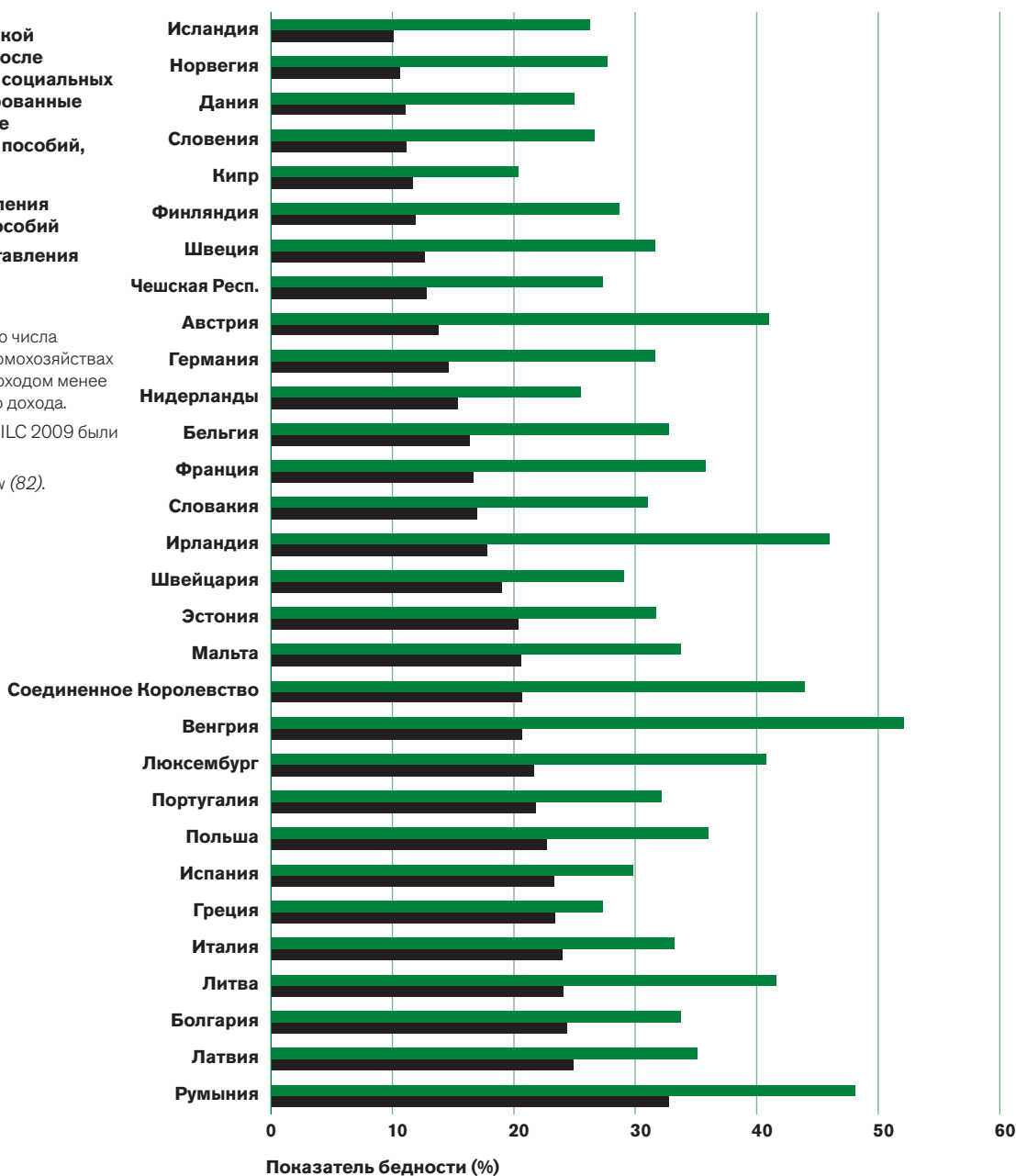
Показатели детской бедности<sup>а</sup> до и после предоставления социальных пособий, ранжированные по уровням после предоставления пособий, EU-SILC, 2009<sup>б</sup>

- До предоставления социальных пособий
- После предоставления социальных пособий

<sup>а</sup> Процент от общего числа детей до 18 лет в домохозяйствах с эквивалентным доходом менее 60% от медианного дохода.

<sup>б</sup> Данные для EU-SILC 2009 были собраны в 2008 г.

Источник: Bradshaw (82).





Показатели детской бедности особенно тесно зависят от степени социальной поддержки. На рисунке 3.21 показано, что уровень детской бедности после предоставления социальных пособий, как отмечено в EU-SILC, колеблется от 10% в Исландии до 33% в Румынии. На нем также показано, каковы были бы показатели детской бедности, если бы существовал только доход за счет заработка в отсутствие социальных пособий в виде денежных выплат (в число социальных пособий включены также пенсии).

Можно видеть, что без пособий различия в показателях детской бедности выражены гораздо меньше, чем по ситуации после предоставления пособий. Так, например, Австрия, Люксембург и Литва до выплат очень мало отличаются друг от друга по уровню детской бедности (чуть более 40%), но после выплат в Австрии показатель детской бедности резко уменьшается (14%): это свидетельствует о том, что социальные пособия более эффективно снижают детскую бедность в этой стране. В Греции пособия уменьшают детскую бедность на 14%, по сравнению с уровнем до выплат, в то время как в Норвегии и Австрии более успешная политика выплат

снижает детскую бедность на 62% и 66% соответственно.

Существует давно известная связь между детской смертностью и уровнем бедности. Рисунок 3.22 иллюстрирует прочную корреляцию между значениями смертности детей до пяти лет и степенью депривации домохозяйств в странах Региона.

На рисунке 3.22 депривация измеряется процентом домохозяйств, в которых отсутствуют три и более пунктов из перечисленных в следующем списке: возможность справиться с непредвиденными расходами; совершать ежегодно недельную отпускную поездку; оплачивать долги по ипотеке или аренду жилья; осуществлять коммунальные платежи или выплаты по покупкам в кредит; через день иметь на обед мясо, курицу или рыбу; в достаточной степени отапливать жилище; иметь стиральную машину, цветной телевизор и телефон (87). Перечисленные пункты составляют структуру потребления, считающуюся социальной нормой для домохозяйств, проживающих в Европе в первом десятилетии XXI века.

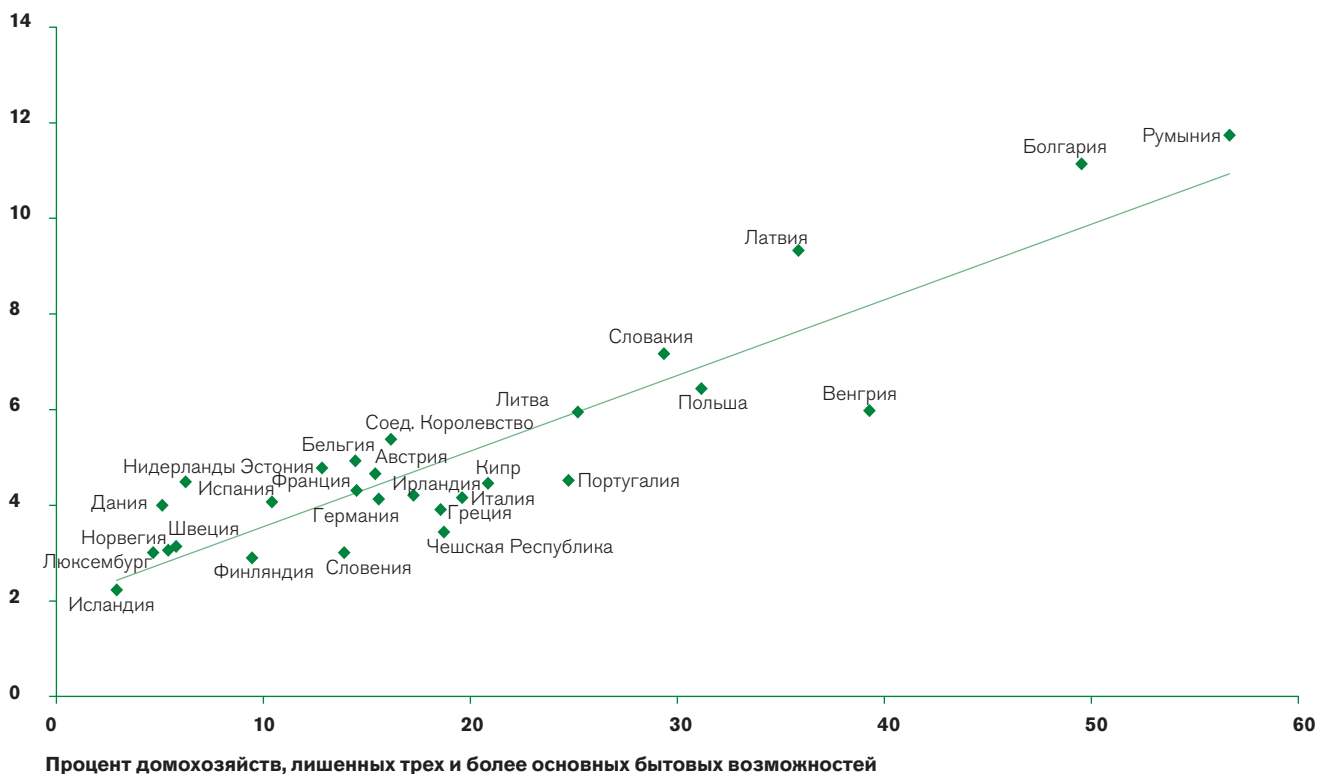
Анализ улучшения здоровья в странах Северной Европы (88), выполненный для КСДЗ (2), выявил важность такой социальной политики, которая одновременно была бы универсальной по охвату и достаточно щедрой. Многочисленные исследования обнаружили факты, подтверждающие связь между типом социального государства и характером несправедливостей в отношении здоровья, имеющих среди населения (89,90). Исследование связи между социальными расходами и смертностью от всех причин среди 18 стран ЕС позволило сделать вывод, что чем выше государ-

**Рисунок 3.22**

**Смертность среди детей в возрасте до 5 лет и процент малоимущих домашних хозяйств (лишенных трех и более основных бытовых возможностей) в отдельных странах Европейского региона**

Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ; (3); Bradshaw (82); Eurostat (87).

**Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)**



ственные расходы на социальные нужды, тем ниже смертность (91). Анализ различий в системах социальной защиты, определяющих межстрановые неравенства, обсуждается более подробно в главе 5.

Для того чтобы рассмотреть, как меняются показатели здоровья в зависимости от индивидуальных условий жизни, можно использовать ряд источников данных по Региону. Некоторые из них, особенно масштабные опросы на уровне ЕС, такие как EU-SILC, связывают состояние здоровья с существующими социальными условиями (89,92–106). Другие исследования, проведенные на материале меньшего числа стран, например скандинавские исследования регистров пациентов, связывают долгосрочные последствия для здоровья с социальными условиями в период, предшествовавший заболеванию. Это делает возможным определить, какие именно условия наиболее тесно коррелируют в последующем с нарушением здоровьем, и выявить причинно-следственные связи, охватывающие все этапы жизни (107–113). Некоторые из этих исследований были сосредоточены на индивидуумах с тем или иным конкретным расстройством здоровья и анализировали социально-экономические различия в показателях их последующего выживания (114,115).

Теперь следует обратиться к тем странам Региона, где дети, растущие в условиях бедности, подвержены угрозе хронической недостаточности питания. В таблице 3.3 проиллюстрированы различия в показателях хронической недостаточности питания среди детей до 5 лет в зависимости от принадлежности семьи к определенному квинтилю материальной обеспеченности. Существует четкий градиент в задержке роста (когда ребенок слишком маленький для своего возраста) в зависимости от материального достатка домохозяйства, причем доля детей с задержкой роста понижается по мере того как возрастает обеспеченность.

У детей в менее обеспеченных странах Восточной Европы наблюдаются одновременно как задержка роста, так и избыточный вес. В таблице 3.4 показано, что в этих странах существуют четкие различия в распространенности избыточного веса у детей по квинтилям материальной обеспеченности: дети из семей с более высокими доходами с большей вероятностью обладают избыточным весом. Связь между бедностью и избыточным весом в данном случае противоположна той, что обычно наблюдается в состоятельных странах Региона, где избыточный вес у детей чаще отмечается в семьях с низкими доходами и низким уровнем материальной обеспеченности.

На рисунке 3.23 отражены различия в самооценке здоровья среди детей в возрасте 11, 13 и 15 лет в зависимости от материальной обеспеченности семьи, по данным исследования HBSC 2009/2010. Уровни самооценки здоровья как

**Таблица 3.3**

**Процент детей до пяти лет с хронической недостаточностью питания (задержкой роста) по квинтилям материальной обеспеченности домохозяйств (5 – самый высокий) в отдельных странах Европейского региона**

Источник: Falkingham et al. (116).

	1	2	3	4	5
Албания	31,0	23,1	25,8	18,7	14,6
Беларусь	6,0	2,9	2,5	1,4	1,9
Босния и Герцеговина	15,8	11,0	7,2	10,4	7,6
Бывшая югославская Республика Македония	12,2	8,3	10,7	6,1	5,2
Грузия	19,9	14,5	13,4	11,8	7,7
Казахстан	18,1	16,5	17,0	13,1	10,8
Кыргызстан	17,6	19,4	12,7	13,3	11,7
Сербия	9,8	7,8	5,0	6,5	5,6
Таджикистан	33,6	30,5	32,2	25,6	21,6
Узбекистан	16,7	18,4	16,7	14,3	13,3
Черногория	10,9	3,8	6,3	2,7	4,3

**Таблица 3.4**

**Процент детей до пяти лет с избыточным весом, по квинтилям материальной обеспеченности домохозяйств (5 – самый высокий) в отдельных странах Европейского региона**

Источник: Falkingham et al. (116).

	1	2	3	4	5
Албания	5,6	6,2	6,8	11,7	10,9
Беларусь	7,8	6,9	6,9	8,8	7,1
Босния и Герцеговина	12,5	11,2	17,9	16,8	21,6
Бывшая югославская Республика Македония	11,6	8,9	10,8	27,1	23,5
Грузия	15,3	14,9	17,8	14,5	19,6
Казахстан	4,4	5,4	5,5	7,3	9,3
Кыргызстан	4,9	2,9	4,3	4,4	5,4
Сербия	18,5	19,4	24,0	25,5	17,9
Таджикистан	4,1	2,4	2,3	1,5	2,0
Узбекистан	9,4	9,9	9,6	8,7	10,4
Черногория	25,6	28,1	31,5	34,0	31,6

«удовлетворительного» или «плохого» резко различались среди стран и между мальчиками и девочками. Для большинства стран был характерен градиент между группами с разным уровнем материальной обеспеченности: наиболее часто здоровье оценивалось как «удовлетворительное» или «плохое» детьми из наименее обеспеченных семей.

**Рисунок 3.23**

**Частота самооценки здоровья как «удовлетворительного» или «плохого» среди мальчиков и девочек в возрасте 11, 13 и 15 лет в зависимости от материальной обеспеченности семьи в отдельных странах Европейского региона, 2010 г.**

**Материальная обеспеченность**

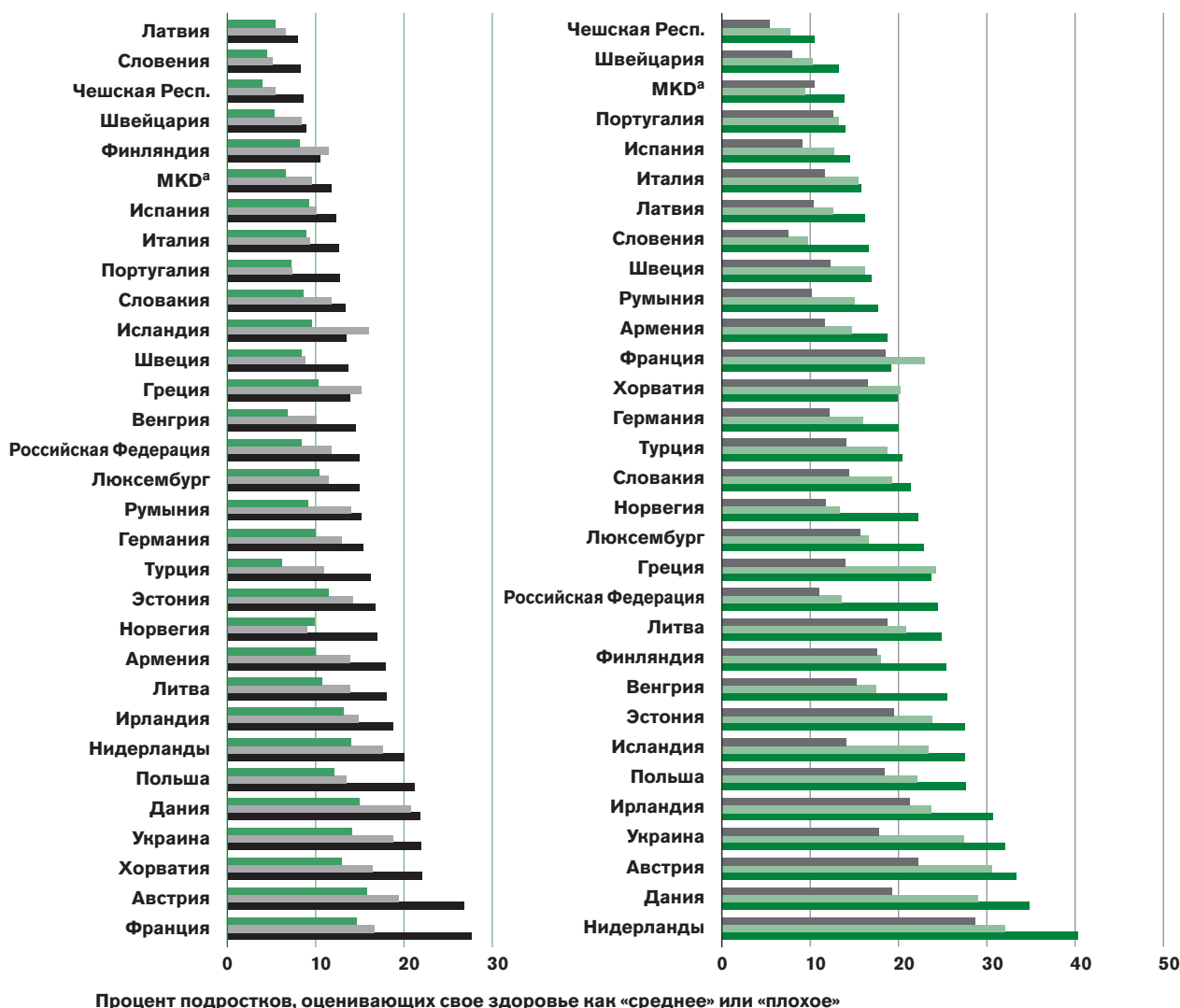
**Мальчики**      **Девочки**  
■ **Высокая**      ■ **Высокая**  
■ **Средняя**      ■ **Средняя**  
■ **Низкая**      ■ **Низкая**

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источники: Неопубликованные данные из обзора HBSC 2009/2010.

Поведение детей старшего возраста в отношении питания и здоровья связано с состоятельностью семьи. Обзоры HBSC предоставляют фактические доказательства аналогичной связи по таким аспектам поведения подростков в ряде европейских стран, как ежедневный завтрак (117), потребление фруктов и безалкогольных напитков (118) и чистка зубов (119).

Пренебрежение завтраком подростками коррелирует с рядом нарушений, связанных с неправильным характером питания, таких как недостаточное потребление микронутриентов, низкое качество питания и избыточный вес. Vereecken et al. (117) использовали данные HBSC за 2005/2006 гг. для исследования социально-демографических характеристик подростков, пренебрегающих завтраком, в различных странах. Результаты варьировались, но в целом чаще пропускали завтрак подростки из малообеспеченных семей в странах Северной и Центральной Европы. Отдельные страны Южной и Восточной Европы продемонстрировали статистически достоверную связь между обеспеченностью семьи и привычкой завтракать: в Болгарии, бывшей югославской Республике Македония и Турции подростки из малообеспеченных семей, как правило, завтракают каждый день (117).



Во всех странах, кроме Украины, жизнь в семье с одним родителем увеличивала вероятность пропусков завтрака. Однако, в то время как почти во всех странах Центральной и Северной Европы результаты были статистически достоверны, только в половине стран Южной Европы и в нескольких восточноевропейских странах были получены статистически достоверные результаты (117).

Потребление фруктов подростками возрастало с ростом обеспеченности семьи (измеряемой по ШДС – шкале достатка семьи, HBSC) (рис. 3.24) и профессионального статуса родителей, а потребление безалкогольных напитков в странах Северной, Южной и Западной Европы было ниже среди учащихся из семей с высоким профессиональным статусом (118). Значительный рост потребления безалкогольных напитков по мере роста достатка семьи был продемонстрирован в странах Центральной и Восточной Европы (118).

Значительные различия в привычках чистить зубы наблюдались во всех странах среди обоих полов: разброс показателей составил для мальчиков – 16–80%, для девочек – 26–89% (119). Высокий профессиональный статус родителей и материальная обеспеченность семьи четко коррелируют с приверженностью подростков чистить зубы чаще чем раз в день. В большинстве стран связи между проживанием в семье с одним родителем и отношением к чистке зубов обнаружено не было (119).

### 3.4.2 Уровень образования матери

В многочисленных исследованиях найдена позитивная связь между уровнем образования матери и шансами ее ребенка на выживание (120). Пути, по которым реализуется эта связь, различны, но очевидно, что женщины с более высоким

уровнем образования чаще заводят первого ребенка в более старшем возрасте, интервалы между рождениями последующих детей увеличиваются, растет понимание правильного подхода к вскармливанию, готовность обращаться за медицинской помощью, ниже финансовые препятствия для доступа к услугам здравоохранения.

Эффект уровня образования матери обобщается следующим образом:

*Переход от «фаталистического» принятия любых изменений здоровья как неизбежности к выполнению простых правил заботы о здоровье; развитие способности активно ориентироваться в современном мире, в частности взаимодействовать с медицинским персоналом; сдвиг в семейной иерархии, позволяющий образованной женщине осуществлять более рациональный контроль за здоровьем своих детей (121).*

В таблице 3.5 показана связь между уровнем образования матери и недостаточностью питания детей на материале проводимых силами ЮНИСЕФ Кластерных обследований по множественным показателям (MICS).

В странах Юго-Восточной Европы статус питания детей существенно различается в зависимости от уровня образования матери. Например, в Албании дети, чьи матери не посещали среднюю школу, в два раза чаще страдали острой недостаточностью питания (12%), чем те, чьи матери учились в школе (6%). В Черногории разница еще выше – почти в четыре раза (7,8% и 2%).

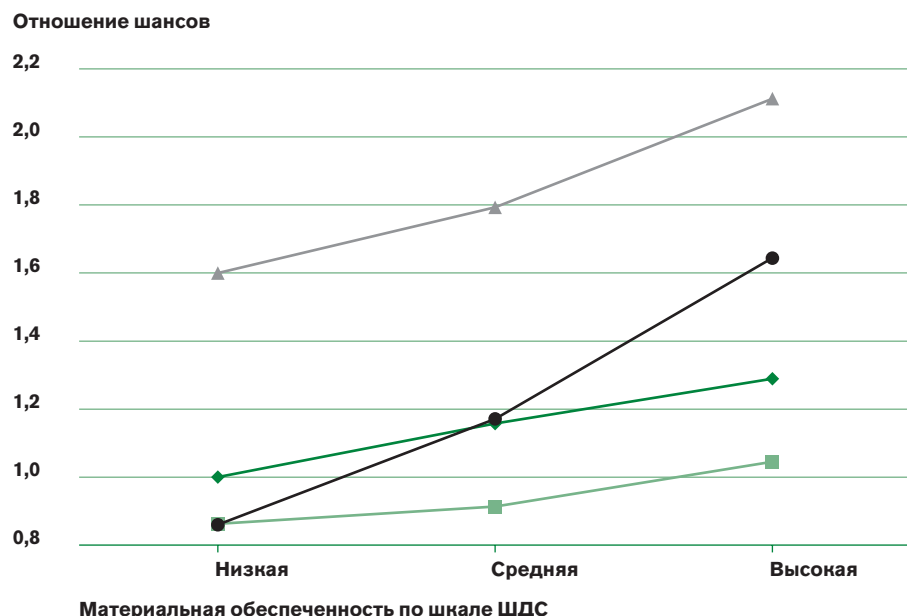
В тех странах СНГ, где, как следствие системы, существовавшей в бывшем СССР, охват начальным образованием остается практически всеобщим и значительная доля населения заканчивает среднюю школу, критерий образовательного

**Рисунок 3.24**

**Уровень потребления фруктов детьми школьного возраста в зависимости от материального достатка семьи, 2005/2006 гг.**

- ◆ страны Западной Европы
- страны Северной Европы
- ▲ страны Южной Европы
- СЦВЕ

Источник: Currie et al. (44); Vereecken et al. (118).



**Таблица 3.5**

**Процент детей до пяти лет с пониженной массой тела или с явлениями едостаточности питания<sup>а</sup> в соотнесении с уровнем образования матери в отдельных странах Европейского региона<sup>б</sup>**

<sup>а</sup> Хроническая недостаточность питания – соотношение «рост/возраст»: процент детей с выраженным или умеренным отставанием в росте. Острая недостаточность питания – соотношение «масса тела/рост»: процент детей с выраженным или умеренным истощением. Пониженная масса тела = процент детей с выраженным или умеренным снижением массы тела для своего возраста.

<sup>б</sup> В Беларуси, Грузии, Кыргызстане и Узбекистане число детей, чьи матери не получили среднего образования, крайне мало, поэтому эти страны не включены в таблицу.

Источник: Falkingham et al. (116).

	Хроническая недостаточность питания		Острая недостаточность питания		Пониженная масса тела	
	Отсутствует или начальное	Среднее или высшее	Отсутствует или начальное	Среднее или высшее	Отсутствует или начальное	Среднее или выше
Албания	31,4	22,7	12,2	6,3	7,1	7,8
Босния и Герцеговина	12,2	9,4	3,8	3,8	2,1	1,5
Бывшая югославская Республика Македония	10,7	6,4	3,4	1,9	3,3	1,1
Казахстан	19,1	15,3	4,1	5,0	6,7	5,1
Сербия	10,5	5,9	5,4	3,6	4,3	1,1
Таджикистан	31,6	28,7	7,7	8,2	17,7	17,9
Черногория	9,9	4,5	7,8	2,0	7,2	1,2

уровня был менее значимым, чем материальная обеспеченность семьи. В Таджикистане наличие более высокого уровня образования у матери, по-видимому, не давало сколько-нибудь значительных преимуществ ни по одному из трех показателей, приведенных в таблице 3.5., хотя это, вероятно, отражает тот факт, что дети, чьи матери не имеют никакого или получили только начальное образование, скорее всего, проживают в сельских районах, где потребляют пищевые продукты домашнего изготовления.

### 3.4.3

#### Этническая и расовая принадлежность и здоровье

Ряд групп меньшинств, проживающих в различных странах Региона подвержены риску многообразных процессов социального отчуждения, что повышает уровень их уязвимости. Негативные последствия для здоровья групп с неблагоприятным социальным положением хорошо документированы (122–125).

В данном разделе приведены два примера с целью проиллюстрировать связь, которая может существовать в различных условиях между этнической принадлежностью, процессами социального отчуждения и здоровьем. Первый пример взят из материалов MICS ЮНИСЕФ (116), в части из которых собраны данные по этнической принадлежности, нередко сопряженной с процессами, которые приводят к повышенному риску бедности и/или социального отчуждения.

В таблице 3.6 показана степень задержки роста у детей в возрасте до 5 лет в различных группах. В трех странах, где были отдельно учтены сообщества рома (бывшая югославская Республика

**Таблица 3.6**

**Процент детей до пяти лет, страдающих хронической недостаточностью питания, в соотнесении с этнической принадлежностью в отдельных странах Европейского региона**

Источник: Falkingham et al. (116).

#### Процент детей с хронической недостаточностью питания (с отставанием в росте)

##### Бывшая югославская Республика Македония

Македонцы	8,0
Албанцы	8,5
Влахи	4,6
Рома	17,2
Турки	16,9
Другие	4,0

##### Грузия

Грузины	11,5
Азербайджанцы	25,7
Армяне	17,8
Другие	5,7

##### Казахстан

Казахи	17,3
Русские	11,0
Другие	13,0

##### Сербия

Сербы	6,1
Черногорцы	5,7
Венгры	3,9
Боснийцы	9,1
Рома	19,2
Албанцы	8,6
Другие	7,1

##### Черногория

Черногорцы	5,0
Сербы	3,0
Боснийцы	13,3
Рома	17,8
Албанцы	6,0
Другие	14,4



Македония, Сербия и Черногория), среди детей рома отмечается наивысшая распространенность задержки роста – более 17% в каждой стране. В остальных странах показатели различаются по группам, при этом в некоторых из них наблюдается более высокая степень задержки роста, чем в беднейших квинтилях населения.

Второй пример иллюстрирует этнические закономерности в стране с низкой общей смертностью. Исследование различий в ожидаемой продолжительности жизни у арабов и евреев в Израиле выявило более высокую смертность среди арабского населения в двух возрастных группах – от 0 до 10 лет и от 45 до 70 лет с трехкратным различием показателей для детей в возрасте до 5 лет (126).

### 3.5

#### **Развитие в раннем детстве, образование и здоровье**

Убедительные данные исследований, посвященных вопросам детского развития, свидетельствуют о том, что детям уже в раннем возрасте необходимо обеспечить прочную базу физического, психологического и социального развития, с тем чтобы в дальнейшем они смогли бы полностью раскрыть свой потенциал и оставаться здоровыми. При этом ключевое значение имеют любящие и стимулирующие взаимоотношения с находящимися рядом взрослыми в условиях стабильности и безопасности. Такие отношения всегда желаемы, однако не всегда имеются.

Неравенства условий для полноценного развития детей трансформируются в неравенства в состоянии здоровья и развития, распознаваемые уже на ранних этапах и оставляющие свой след на протяжении всей последующей жизни. Эти неравенства потенциально поддаются коррекции путем предоставления поддержки семьям, услуг охраны материнства и детства, а также образования детей. Фактические данные свидетельствуют о том, что оказание такой поддержки на уровне высочайших международных стандартов возможно во многих странах Региона (127), однако эти блага неравномерно распределены, и их нередко лишены дети из беднейших семей. Силами Исследовательского центра Инноченти, действующего под эгидой ЮНИСЕФ (128), были изучены вопросы несправедливых различий по трем аспектам благополучия детей (материальная обеспеченность, образование и здоровье). Результаты показали, что в Дании, Нидерландах, Финляндии и Швейцарии равные условия с точки зрения благополучного развития детей обеспечиваются в значительно большей степени, чем в остальных 22 европейских странах, участвовавших в проекте.

Одним из критериев развития детей в раннем возрасте является готовность ребенка к школе. Она оценивается при помощи показателей раннего развития в физической, поведенческой и когнитивной/языковой сферах и зависит от

широкого спектра индивидуальных, семейных и социальных факторов (129). Политика, направленная на улучшение ухода и образования в ранние годы жизни, потенциально способствует более справедливому распределению итоговых показателей (130). Действия, относящиеся к данной области политики, рассматриваются в главе 4.

На рисунке 3.25, составленном на основе данных ЮНИСЕФ, показаны значительные различия в посещаемости детских дошкольных учреждений в СЦВЕ и СНГ – от менее 20% в трех странах до свыше 80% в четырех. Доля детей, не посещающих дошкольные учреждения, во всех странах выше в семьях квинтиля наименьшей материальной обеспеченности (рис. 3.26).

В Регионе наблюдаются значительные различия в пропорции учащихся, которые в раннем возрасте посещали дошкольные учреждения. На рисунке 3.27 приведены данные по ряду стран Региона, которые участвуют в Международной программе по оценке образовательных достижений учащихся (PISA).

На одном конце шкалы, в Нидерландах, более 95% детей посещали дошкольные учреждения в течение более 1 года, а совсем не посещали – менее 4%. На противоположном конце, в Турции, почти 72% детей не посещали дошкольные учреждения, примерно 20% посещали в течение менее 1 года и только 8% посещали дошкольные учреждения в течение более 1 года. Такой разброс, вероятнее всего, связан с разными подходами в обществе к воспитанию детей и роли женщин, а также с различиями в образовательных системах. Хотя, учитывая культурные различия, не следует ставить знак равенства между посещением дошкольных учреждений и полноценным развитием детей, существуют весомые фактические данные, свидетельствующие о том, что при наличии высококвалифицированного персонала дошкольные учреждения обеспечивают лучшие возможности для развития детей, особенно из социально неблагополучных семей (132).

Посещение дошкольных учреждений – это один из факторов, влияющих на формирование конечного уровня образования (134). По данным исследований в рамках PISA, подростки в возрасте 15 лет, ранее не посещавшие дошкольные учреждения, статистически чаще находятся в самом низком квинтиле по навыкам чтения (см. рис. 3.28). Несомненно, в данную корреляцию могут вносить свой вклад такие факторы, как различие в социально-экономической базе детей, не посещавших дошкольные учреждения, и качество их последующего школьного обучения.

Масштаб и качество образовательного опыта усиливают влияние развития в раннем возрасте на последующее социально-экономическое благополучие, здоровье и другие жизненные показатели. Уровень образованности в малой степени зависит от богатства страны, за исклю-

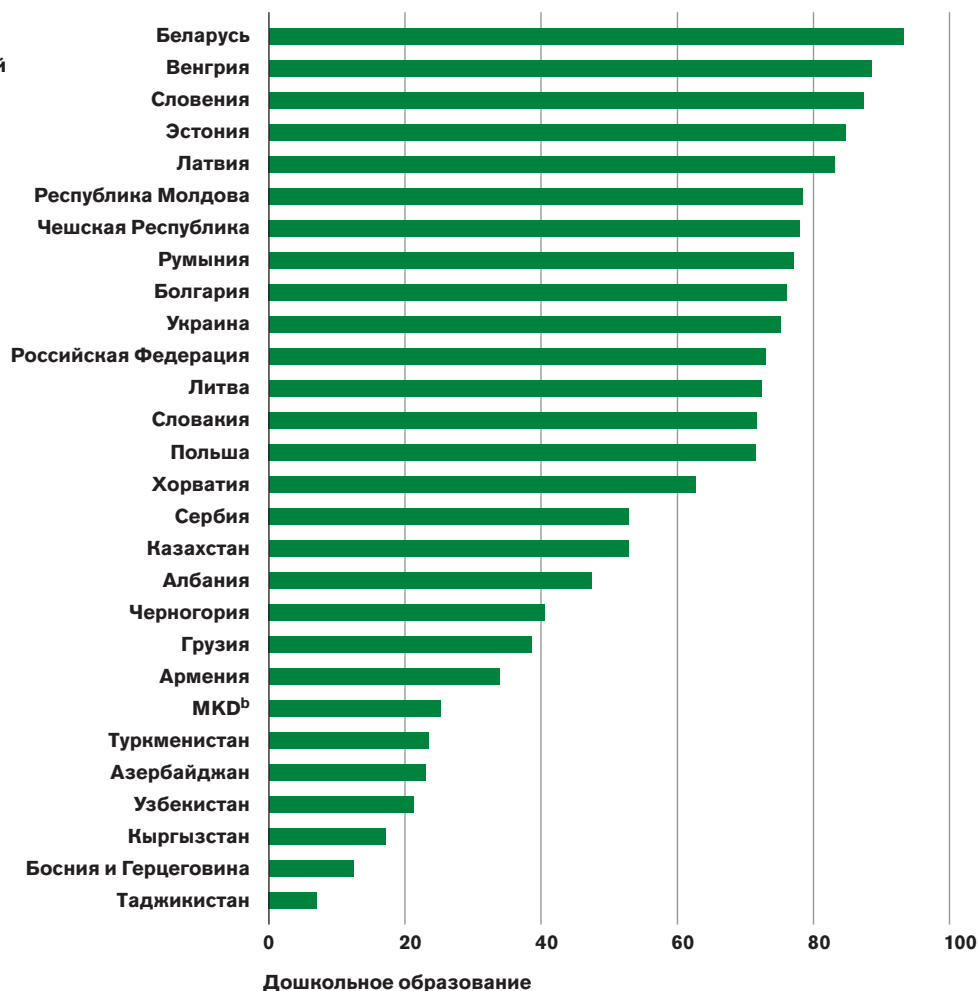
**Рисунок 3.25**

**Посещаемость детских дошкольных учреждений в СЦВЕ и СНГ, 2010/2011 гг.<sup>а</sup>**

<sup>а</sup> Данные относятся к детям от 3 до 6 (либо от 3 до 5) лет, в зависимости от возраста начала обязательного школьного обучения.

<sup>б</sup> МКД – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источники: TransMonEE (52).



**Рисунок 3.26**

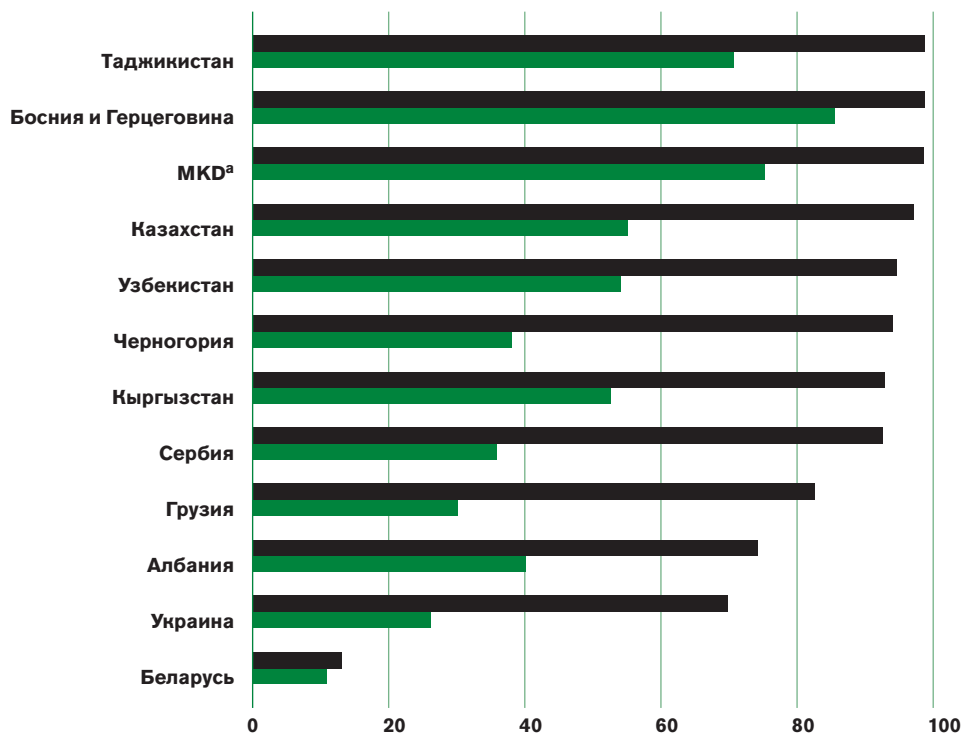
**Дети в возрасте 36–59 месяцев в quintилях населения с самым низким и самым высоким уровнем доходов, не участвующие ни в одной из форм раннего образования, в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии, 2005/2006 гг.**

■ Самые бедные 20%

■ Самые богатые 20%

<sup>а</sup> МКД – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источники: ЮНИСЕФ (131).



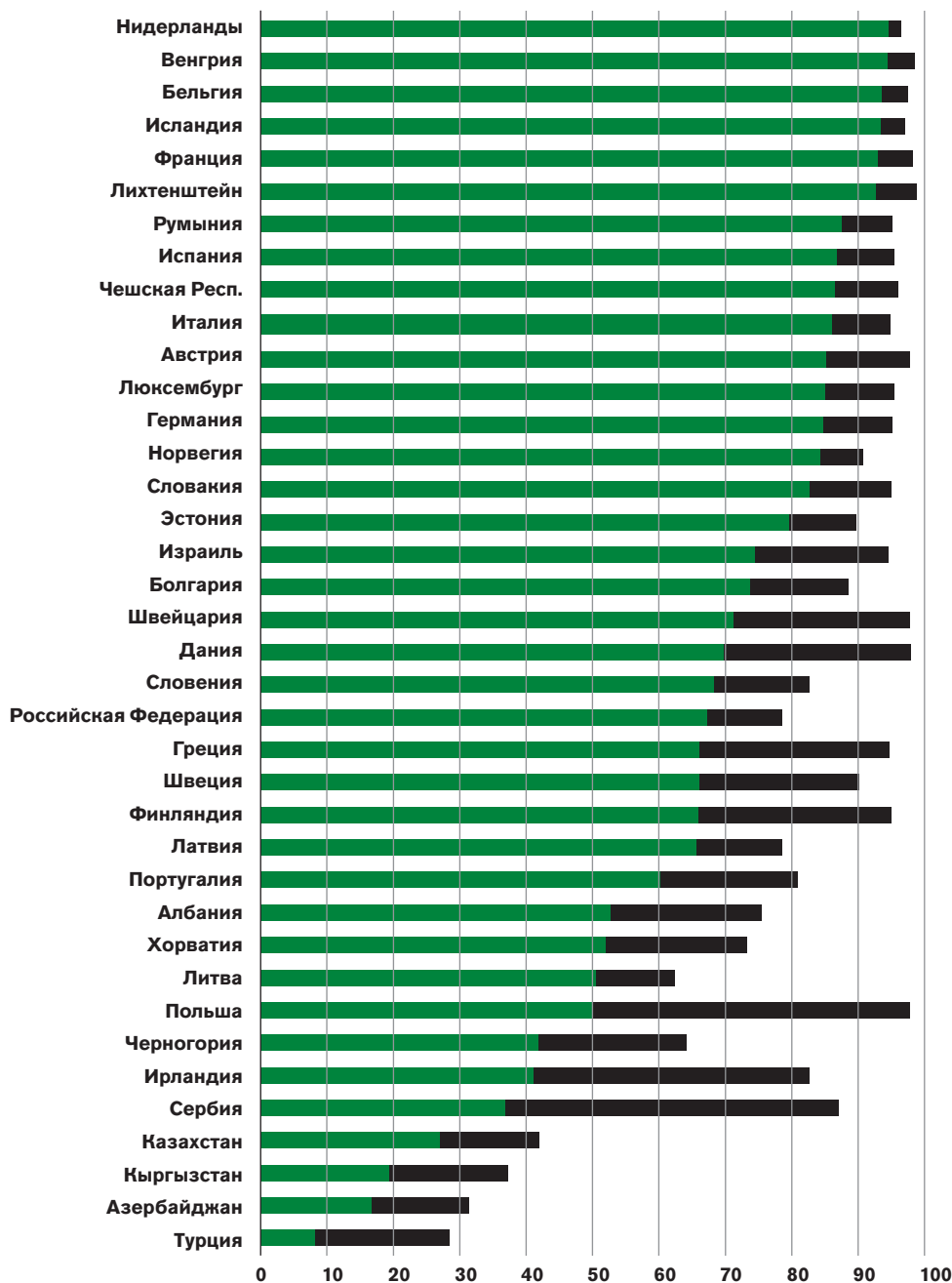
**Рисунок 3.27**

Посещаемость дошкольных детских учреждений<sup>а</sup> по данным опросов учащихся из европейских стран, принимающих участие в программе PISA, 2009 г.

- Посещали дошкольные учреждения более года
- Посещали дошкольные учреждения в течение года или меньше

<sup>а</sup> Дошкольное образование, по определению Международной стандартной классификации образования (МСКО, уровень 0), – это начальный этап организованного обучения, направленного, в первую очередь, на то, чтобы приобщить детей младшего возраста к школьной среде, то есть обеспечить переход от домашних к школьным условиям.

Источник: ОЭСР (133).

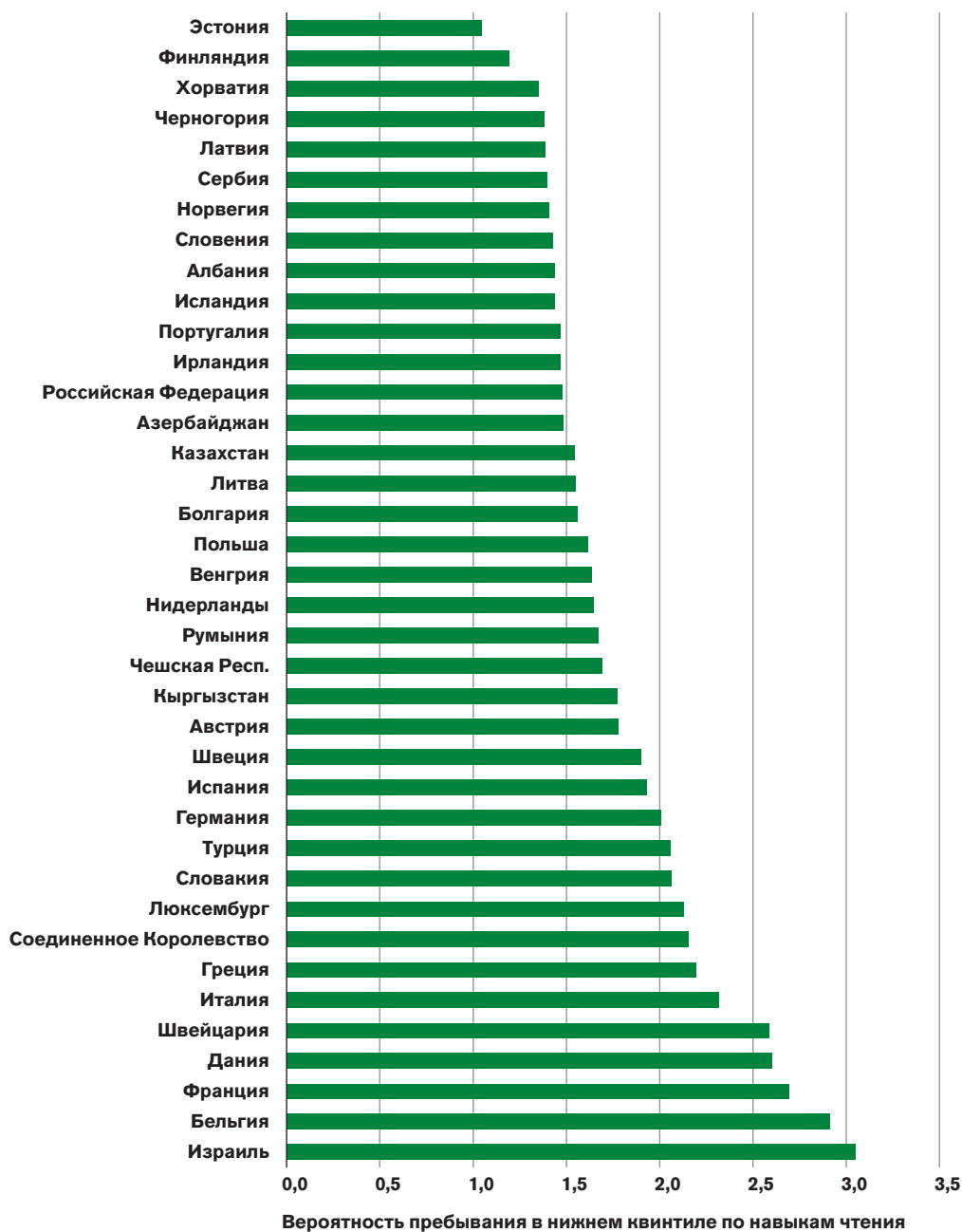


**Рисунок 3.28**

**Вероятность<sup>а</sup> пребывания в самом нижнем квинтиле по навыкам чтения для детей в возрасте 15 лет, ранее не посещавших дошкольное учреждение, PISA, 2009 г.**

<sup>а</sup>Определение дошкольного образования – см. примечание к рис. 3.27. В Отчете PISA «вероятность» означает относительный риск оказаться в самой неэффективной группе. Вероятность, равная «1», указывает на отсутствие повышенного риска. Ни социально-экономические условия детей, ни качество школьного обучения в расчет не принимались.

Источник: ОЭСР (135).



чением государств с крайне низким национальным доходом. На рисунке 3.29 отражена умеренная корреляция между средними оценочными баллами 15-летних школьников и ВВП (особенно на нижних уровнях) на душу населения в 36 странах Региона. При ВВП выше примерно 15 000 долл. США (ППС) четкой зависимости не наблюдается.

Связь между уровнем образования и здоровьем неоднократно подтверждена. Инвалидизирующие хронические заболевания с возрастом в целом учащаются, однако их распространенность среди людей в возрасте от 45 до 54 лет особенно сильно зависит от социальных факторов. На рисунке 3.30 показан зарегистрированный в рамках проекта EU-SILC резкий градиент, связанный с уровнем образования. В вышеуказанной возрастной группе градиент в отношении инвалидизирующих хронических заболеваний выражен резче, чем в других возрастах.

### Рисунок 3.29

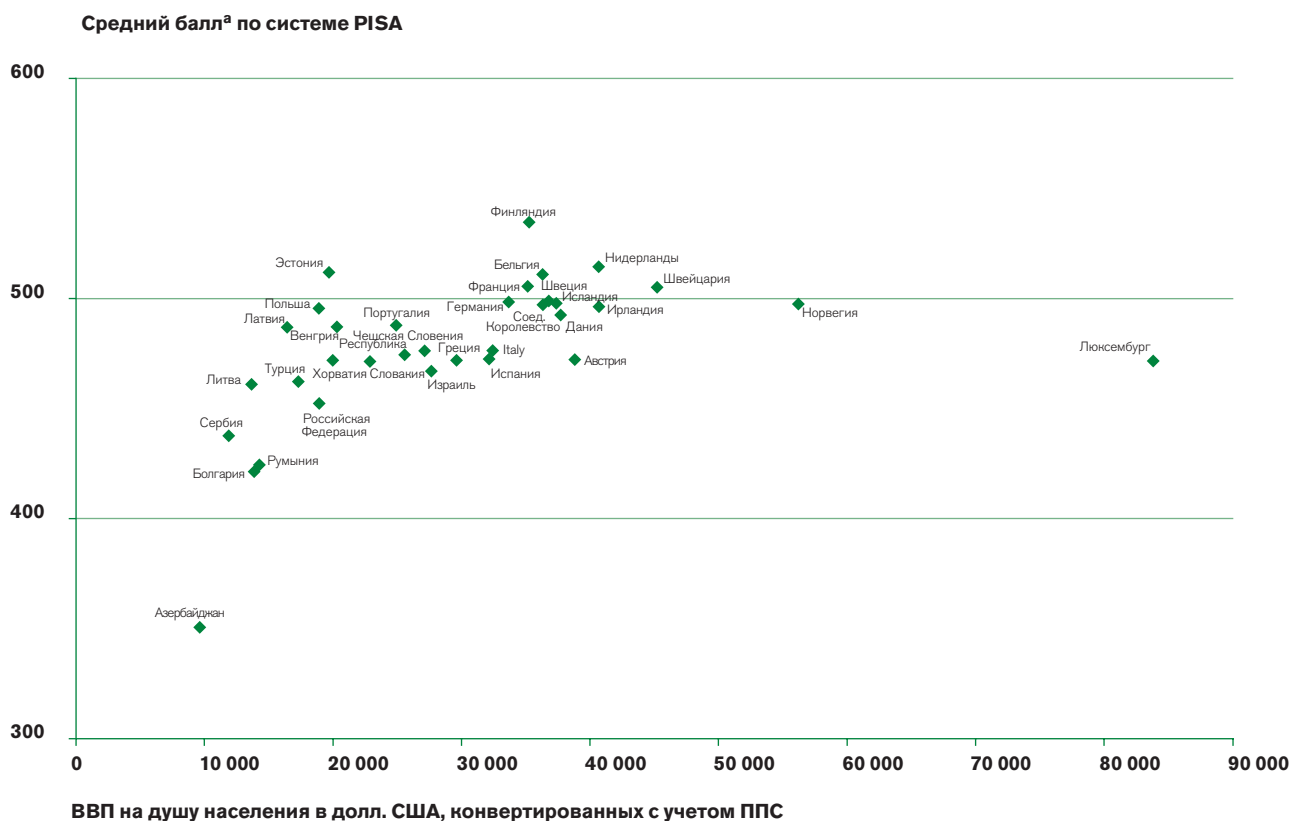
**Средние оценочные баллы 15-летних школьников по программе PISA в соотношении с ВВП на душу населения в отдельных странах Европейского региона, 2009 г.**

Рисунок 3.31 показывает, что в каждой стране с соответствующими данными EU-SILC в 2010 г., за исключением Швеции, лица с начальным образованием отмечали у себя значительно худшее состояние здоровья, чем те, кто получил базовое (неполное) высшее образование. Степень различий значительно варьировала: от почти равного соотношения в Швеции до четырехкратной разницы в Латвии и Литве.

Эти данные, наряду с результатами других исследований, показывают, что неравенства в уровне образования влияют на здоровье в течение всей жизни (64,90,137–141).

Риск плохой самооценки здоровья и функциональных ограничений, которому подвержены люди с низким уровнем образования (неполное среднее или ниже), очевидно, выше в возрасте 25–55 лет, чем в старших возрастных группах, хотя данная закономерность варьируется по странам, полу и показателям здоровья (142). Как показано на рисунке 3.4, существует резкий социальный градиент по показателю смертности от всех причин в зависимости от уровня образова-

<sup>a</sup> Средние баллы PISA по чтению, математике и естественным наукам.  
Источники: ОЭСР (135) [оценочные баллы]; Европейское региональное бюро ВОЗ (3) [ВВП].



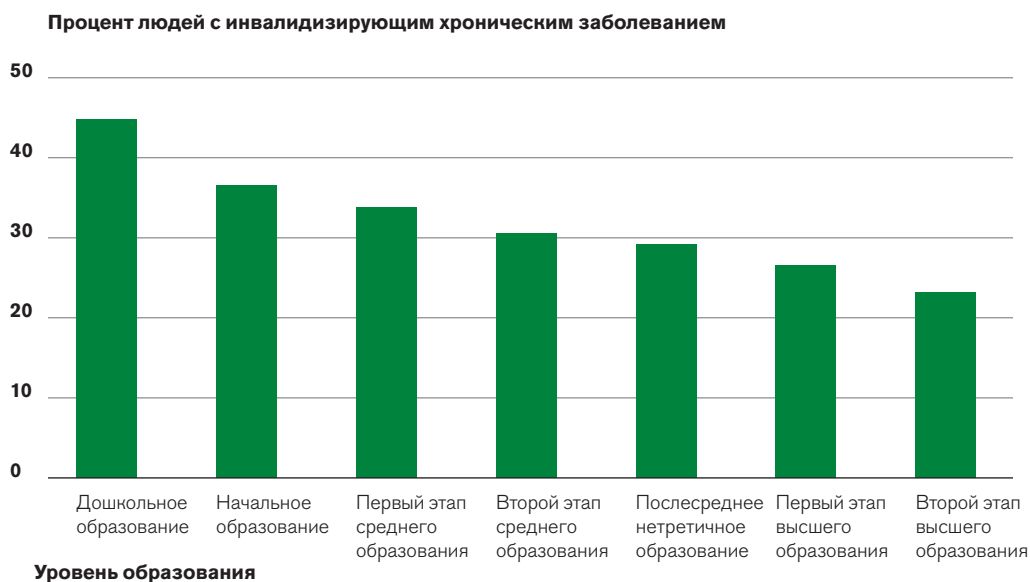


**Рисунок 3.30**

**Процент людей в возрасте 45–54 лет с инвалидизирующим хроническим заболеванием в соотношении с уровнем образования<sup>a</sup> в странах ЕС, 2010 г.**

Источник: Eurostat (78).

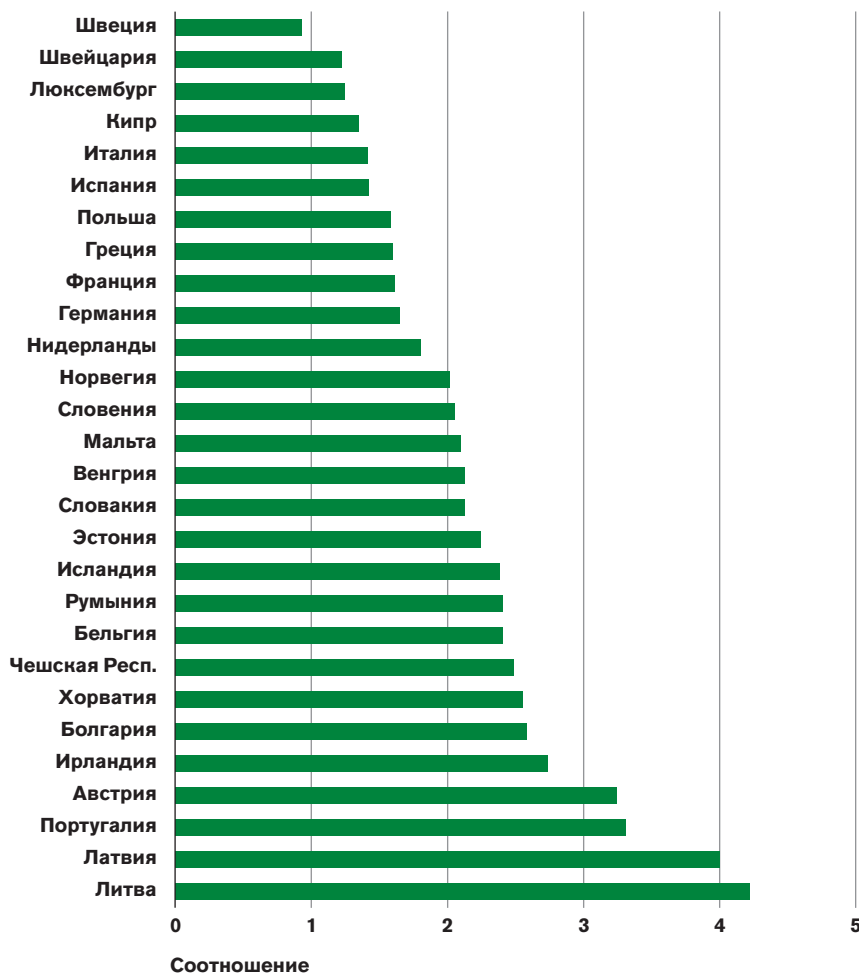
<sup>a</sup> Уровни образования по классификации МСКО (136):  
 0 - Образование детей младшего возраста (дошкольное)  
 1 - Начальное образование  
 2 - Первый этап среднего образования (неполное среднее)  
 3 - Второй этап среднего образования (полное среднее)  
 4 - Послесреднее нетретичное образование (среднее специальное)  
 5 - Первый этап третичного (высшего) образования (незаконченное высшее)  
 6 - Второй этап третичного (высшего) образования, ведущий к продвинутой научной квалификации



**Рисунок 3.31**

**Соотношение частоты плохого здоровья среди лиц с начальным образованием (уровень 1) и лиц с базовым высшим образованием (уровень 5) в отдельных странах Европейского региона, 2010 г.**

Источник: EU-SILC (87).



ния (23). В исследовании Eurothine, посвященном анализу данных по смертности в 16 европейских странах, были обнаружены неравенства в предотвратимой смертности, в зависимости от уровня образования, наблюдающиеся в каждой стране и относящиеся ко всем причинам предотвратимой смертности (143). В ряде исследований была, в частности, выявлена связь с самоубийствами, хотя ее статистическая достоверность была различной для разных стран (144, 145).

### 3.6

#### Другие социальные детерминанты здоровья детей

В Регионе существует множество социальных факторов, помимо уже описанных в этой главе, которые влияют на здоровье и развитие детей. Чтобы проиллюстрировать обстоятельства, в которых дети могут быть наиболее уязвимы, ниже приведены два примера.

#### 3.6.1

##### Миграция и здоровье

По данным недавно проведенных систематических обзоров, многие группы мигрантов в Европе демонстрируют более низкие показатели самооценки здоровья, по сравнению с основным населением (146). В одном из обзоров, исследовавших связь исходов беременности среди женщин из числа мигрантов и интеграционной политики принимающих стран, отмечено, что женщины-мигранты находятся в явно неблагоприятном положении по всем учитываемым показателям (147): на 43% выше риск рождения ребенка со сниженной массой тела; на 24% выше риск преждевременных родов; на 50% выше риск перинатальной смерти и на 61% выше риск врожденных пороков развития. Однако эти риски были значительно ниже в странах с развитой интеграционной политикой.

Процессы, которые могут приводить к росту уязвимости, описаны в главе 5. Дети, родившиеся за рубежом, являются иммигрантами первого поколения, и их интеграция – это важный показатель интеграции всей семьи в новое общество. Хотя иммиграция представляет собой весьма распространенное явление, о здоровье и интеграции детей иммигрантов в Европе известно сравнительно мало, хотя некоторые исследования предпринимались (146–151). Особое значение имеет иммунизация – с точки зрения доступа, отношения семьи к прививкам и предоставления информации о вакцинах.

Изучение и понимание этих вопросов, относящихся к детям мигрантов, может помочь в выработке культурно-ориентированной политики, способствующей лучшей интеграции таких детей в странах Европы. Molcho et al. (152) провели исследование здоровья и благополучия детей

мигрантов с использованием данных обзора HBSC за 2005/2006 гг. Наиболее выраженными оказались характеристики, относящиеся к уровню достатка в семье. В 10 из 12 стран, где собирались данные о стране рождения, дети мигрантов были в значительно большей степени представлены в категории семей с низкими доходами (по шкале ШДС), по сравнению с их местными сверстниками. В Регионе не обнаружено различий в самооценке здоровья между детьми, родившимися за пределами страны настоящего пребывания, и их местными сверстниками (152).

#### 3.6.2

##### Различия в связи с проживанием в городе или сельской местности

В качестве второго примера продемонстрированы, с использованием данных MICS ЮНИСЕФ, различия в состоянии питания детей в зависимости от проживания в городе или сельской местности. В таблице 3.7 представлена информация из этого источника по Балканским странам (Албания, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Сербия и Черногория) и отдельным странам СНГ (Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан).

Различия между городской и сельской средой выражены нечетко. Дети, проживающие в городской среде, отличаются незначительно лучшими показателями здоровья, чем те, кто проживает в сельской среде, в большинстве, но не во всех странах, вошедших в данный сравнительный анализ. Многое зависит от используемых критериев и конкретных условий: например, в странах СНГ у меньшей доли сельских детей наблюдается острое недоедание, что отражает тот факт, что большинство людей, проживающих вне крупных городов, имеют доступ к участкам земли, где они выращивают основные продукты питания.

Однако даже в этих странах хроническая недостаточность питания более характерна для сельских, чем для городских условий, что отражает глубокие различия в стандартах жизни. Например, в Кыргызстане 17% детей в возрасте до 5 лет, живущих в сельской местности, страдают от хронической недостаточности питания, по сравнению с 12% в городах. Аналогичные различия обнаруживаются в Грузии (15% и 10%) и в Казахстане (18% и 13%). Во всех трех странах уровень бедности в сельских районах выше, чем в городах (53). Данные примеры и обширная литература, посвященная популяционным корреляциям между географическим неблагополучием и здоровьем (153–159), демонстрируют разрыв по показателям здоровья между странами и между разными территориями в пределах стран Региона. Любая стратегия, направленная на сокращение этих разрывов, должна устранять различия на всех географических уровнях.

**Таблица 3.7**

**Процент детей до пяти лет, страдающих хронической недостаточностью питания в соотношении с местом проживания (в городской или сельской местности) в отдельных странах Европейского региона**

<sup>a</sup>SD – стандартное отклонение.

Источник: Falkingham et al. (116).

	Хроническая недостаточность питания ( $<2\text{ SD}^a$ по показателю «рост/возраст»)		Острая недостаточность питания ( $<2\text{ SD}$ по показателю «масса тела/рост»)		Пониженная масса тела ( $<2\text{ SD}$ по показателю «масса тела/возраст»)	
	Город	Село	Город	Село	Город	Село
Албания	23,1	22,9	4,9	7,4	5,5	9,1
Беларусь	2,0	4,5	1,6	0,9	0,7	1,8
Босния и Герцеговина	9,8	10,5	4,9	3,3	2,7	1,2
Бывшая югославская Республика Македония	8,9	9,3	2,1	3,7	2,7	2,2
Грузия	10,8	15,3	2,3	2,5	2,0	2,5
Казахстан	13,4	17,8	5,9	4,0	4,4	6,0
Кыргызстан	12,1	16,7	2,9	4,6	3,9	3,8
Сербия	6,5	7,3	4,3	3,6	2,1	1,4
Таджикистан	27,5	29,2	8,3	8,1	17,4	18,5
Узбекистан	15,6	16,1	4,7	3,9	5,3	5,5
Черногория	5,4	6,3	2,7	4,4	3,0	1,8

### 3.7

#### Работа, условия найма и безработица

Работа оказывает огромное влияние на здоровье человека как в период трудовой занятости, так и после выхода на пенсию. Влияние работы на состояние здоровья зависит как от гарантий надежного трудоустройства, так и от условий труда, например от уровня контроля, которым обладают работники над предъявляемыми к ним требованиями. Негарантированная работа (временные контракты и неформальные договоренности), ее отсутствие или угроза безработицы, особенно в течение продолжительного периода, оказывают негативный эффект на здоровье.

Имеющиеся фактические данные убедительно доказывают, что условия найма и рабочие условия влияют на здоровье (2,160). Исследование, проведенное среди рабочих в Испании, занятых ручным трудом, показало, что среди работников на временных контрактах и не имеющих контрактов, были в большей степени распространены нарушения психического здоровья, по сравнению с рабочими на контрактах постоянного найма или с фиксированным сроком (161). С начала 1990-х годов, в связи с изменениями рынка труда, в странах ЕС увеличилась доля контрактов найма на неполный рабочий день и временного найма (162).

В исследовании, в котором две западноевропейские страны сравнивались с четырьмя странами

бывшего социалистического лагеря, было показано, что в Польше, Российской Федерации, Чешской Республике, Германии и Соединенном Королевстве (Англия) неблагоприятные условия работы с высоким уровнем стресса коррелировали с негативной самооценкой здоровья. Выраженность эффекта варьировала по странам, однако систематических различий между западными и восточными странами выявлено не было (163) (рис. 3.32).

По оценкам Eurostat, по состоянию на апрель 2012 г. абсолютная численность безработных (мужчин и женщин) в странах ЕС составила 24,7 млн человек, из них 17,4 млн – в странах еврозоны. По сравнению с апрелем 2011 г. число безработных выросло на 1,9 млн в ЕС и на 1,8 млн в странах еврозоны. Безработица с учетом сезонного фактора в апреле 2012 г. составила соответственно 10,3 % и 11,0 %, по сравнению с 8,9 % и 9,4 % в мае 2009 г. (164).

По отдельным странам самый низкий уровень безработицы, зафиксированный в первом квартале 2012 г., составил 3,9% в Австрии и 5,2% в Люксембурге и Нидерландах. Самый высокие уровни безработицы были зафиксированы в Испании (24,3%) и в Греции (21,7%).

По странам ЕС уровень безработицы среди молодежи в возрасте 15–24 лет составил в апреле 2012 г. 22,4%, по сравнению с 19,5% в мае 2009 г. Самые низкие показатели в первом

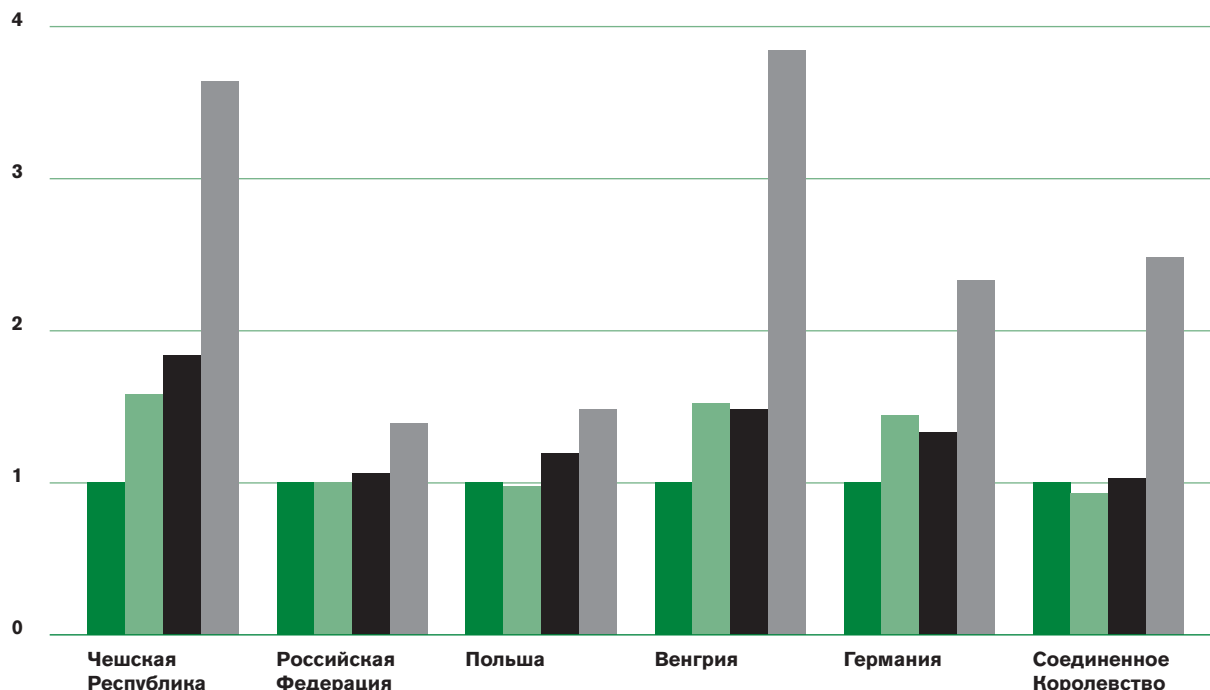
**Рисунок 3.32**

**Риск плохого здоровья в соотношении с дисбалансом между трудовыми усилиями и поощрением: европейские страны**

- Самый низкий
- Второй
- Третий
- Верхний

Источник: Salavec et al. (163).

**Риск плохого состояния здоровья**



**Квартиль дисбаланса между усилиями и поощрением**

квартале 2012 г. были отмечены в Германии (7,9%) и Австрии (8,9%), а самые высокие – в Греции (52,7%) и Испании (51,5%).

В ретроспективе уровень безработицы в странах ЕС среди женщин был, как правило, выше, чем среди мужчин, однако, как показано на рисунке 3.33, после экономического кризиса 2007–2008 гг. безработица росла быстрее среди мужчин, особенно молодого возраста.

На рисунке 3.34 отражены уровни безработицы в отдельных странах в 2011 г. в соотношении с возрастом и полом. Максимальный уровень безработицы среди представленных стран наблюдался в Греции среди женщин в возрасте от 15 до 24 лет (51%), в то время как среди мужчин в Греции в той же возрастной группе этот показатель составил 38,5%. В Испании уровень

безработицы среди мужчин в возрасте 15–24 лет был немного выше, чем среди женщин (соответственно 48,2% и 44,4%). По контрасту с этими очень высокими цифрами, аналогичные показатели для мужчин и женщин этого возраста в Нидерландах, Германии, Австрии и Норвегии не достигали 10%.

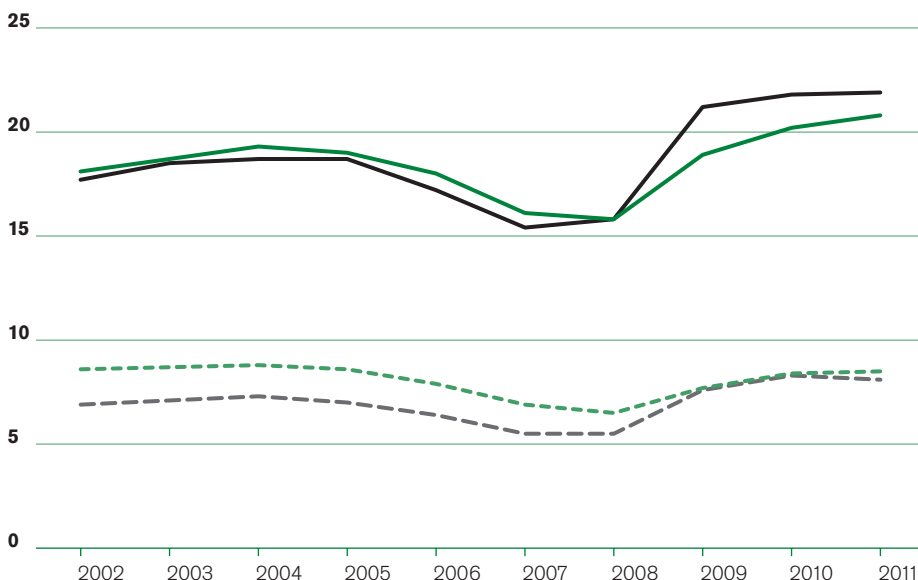
На востоке Региона самый высокий уровень безработицы в 2010 г. отмечался в Боснии и Герцеговине и в бывшей югославской Республике Македония, самый низкий – в Казахстане и Азербайджане (рис. 3.35). Безработица среди молодежи в возрасте 15–24 лет была значительно выше, по сравнению с общим уровнем, во всех представленных странах, за исключением Казахстана. Этот показатель превысил 50% в двух странах с самым высоким уровнем общей безработицы.

**Рисунок 3.33**

Динамика показателя безработицы в 27 странах ЕС среди мужчин и женщин в возрасте до 25 лет и от 25 до 74 лет, 2002–2011 гг.

- Мужчины, моложе 25 лет
- Мужчины, 25–74 года
- Женщины, моложе 25 лет
- - - Женщины, 25–74 года

Источник: Eurostat (165).

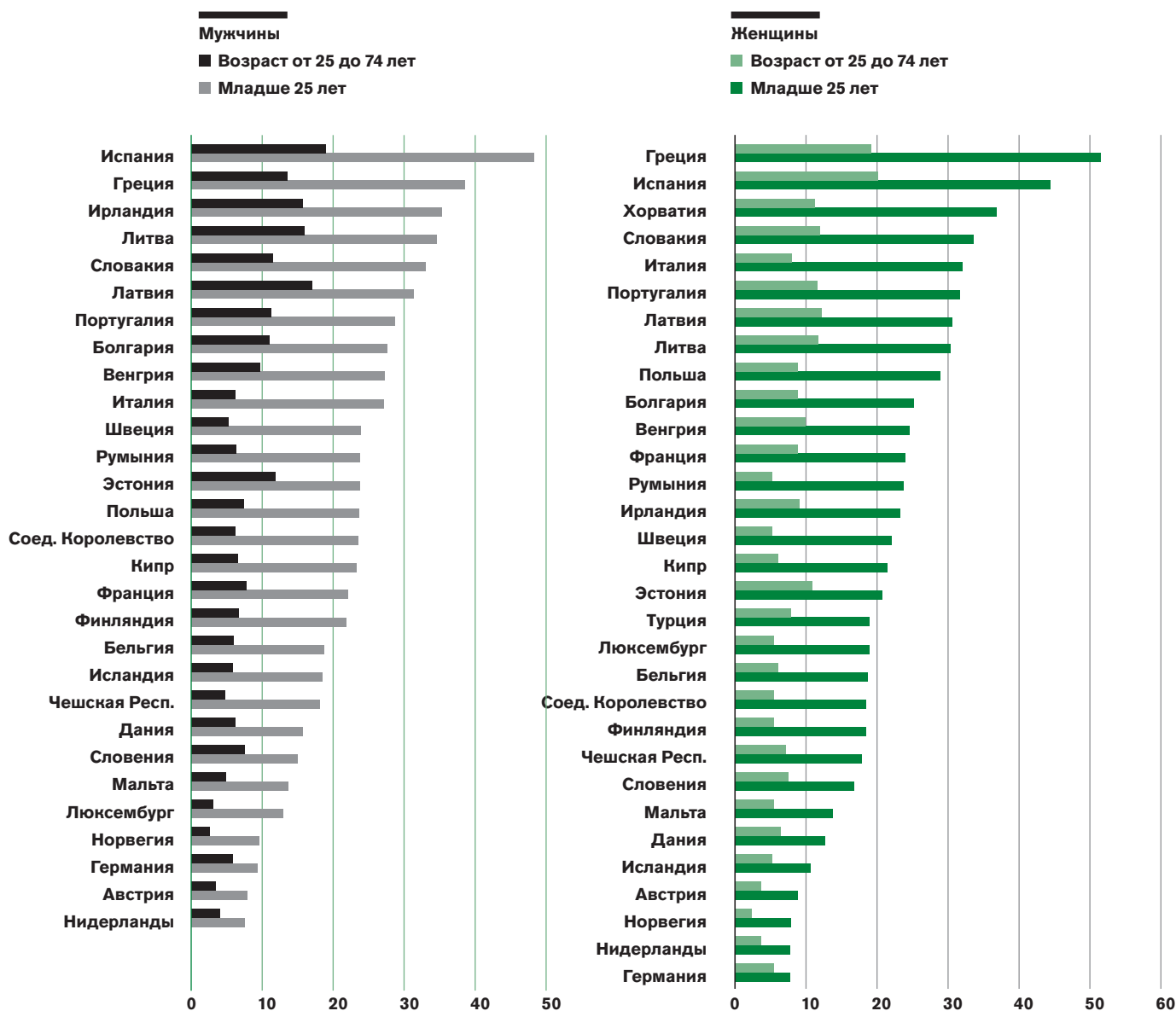


**Рисунок 3.34**

Безработица<sup>а</sup> среди мужчин и женщин в возрасте 15–24 и 25–74 лет в отдельных странах, участвующих в Европейской программе здоровья, 2011 г.

<sup>а</sup> Без учета сезонного фактора.

Источник: Eurostat (165).





**Рисунок 3.35**

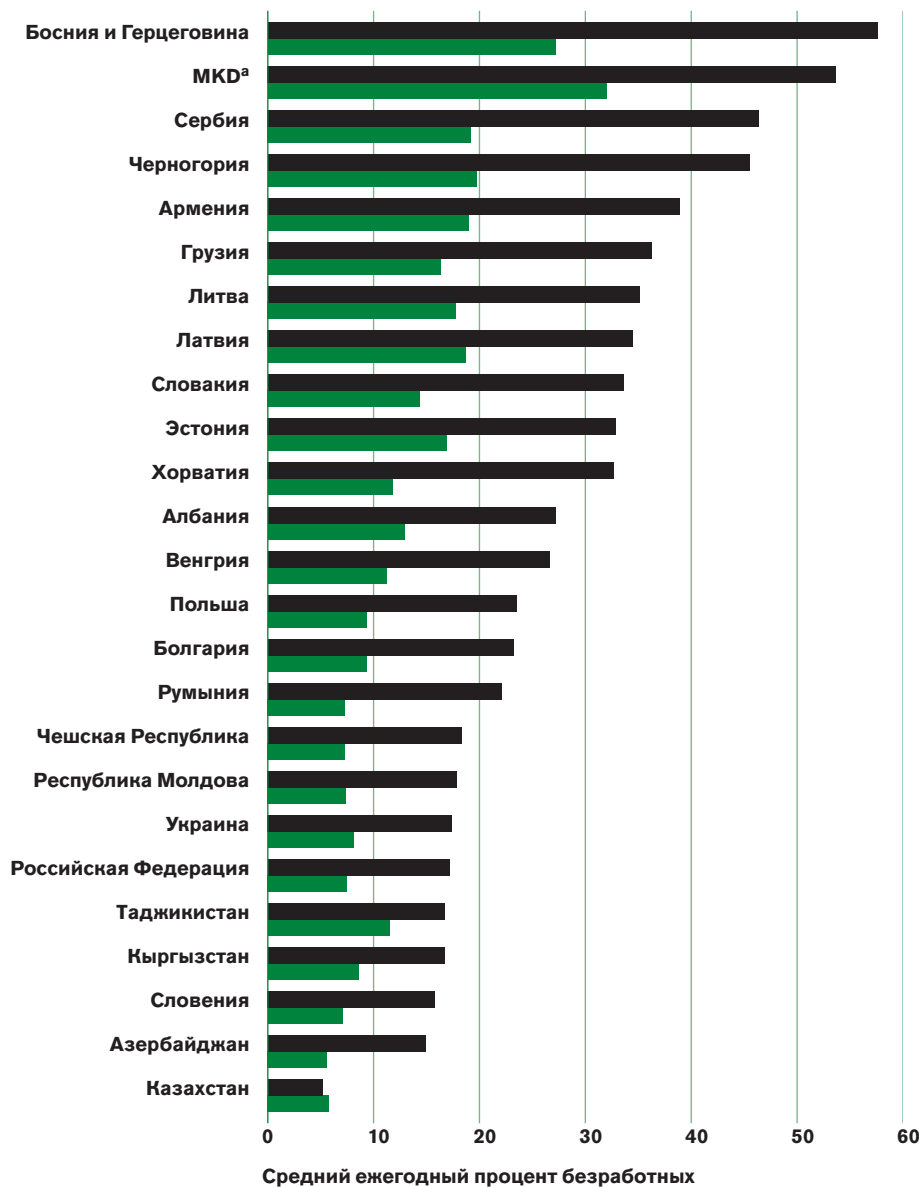
**Уровень трудовой занятости среди молодежи в возрасте 15–24 лет и общая безработица в странах СЦВЕ и СНГ, 2010 г. (или последний год с наличием данным)**

■ Среди лиц в возрасте 15–24 лет  
■ Всего

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Примечание: данные по Таджикистану – за 2009 г., данные по Албании – за 2008 г.

Источник: TransMonEE (52).



Стандартные данные агентства Евростат показывают, что в большинстве стран, по которым составляются отчеты, безработица среди иностранцев выше, чем среди местных граждан (166, 167). Из специальной подборки данных агентства Евростат за 2009 г. видно, что существует четкая, ступенчатая зависимость между страной происхождения родителей, уровнем образования и безработицей: положение хуже для лиц с менее специализированными навыками и мигрантов (рис. 3.36). Среди лиц с высшим образованием уровень безработицы составил 6%, однако и в этой группе показатель безработицы варьировал от 3% у тех, чьи родители родились в ЕС, до 12% у тех, чьи родители родились в стране с низким индексом развития человеческого потенциала (ИРЧП). На другом конце

образовательного спектра средний показатель безработицы среди тех, кто получил в лучшем случае неполное среднее образование, составил 12% (если родители родились в ЕС – 11%, если родители из страны с низким ИРЧП – 19%).

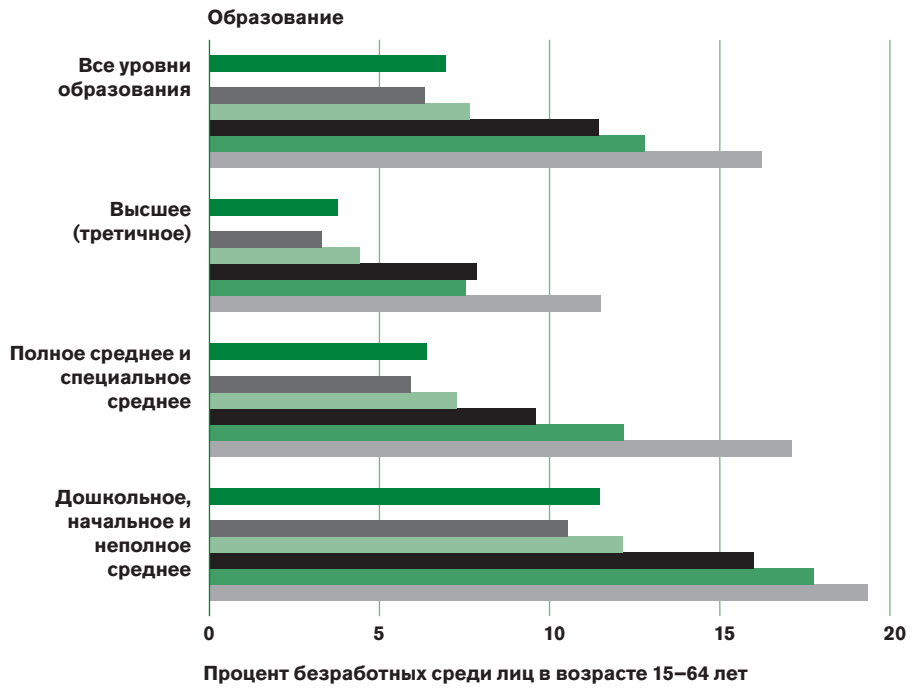
Длительное отсутствие работы оказывает отчетливо вредный эффект на соматическое и психическое здоровье (169). В 2011 г. наблюдались значительные различия по Региону в относительной численности лиц, которые оставались без трудоустройства свыше 12 месяцев (рис. 3.37). Так, показатели общей безработицы среди мужчин и женщин были самыми высокими в Испании, а показатели длительного отсутствия работы были самыми высокими среди мужчин в Ирландии и среди женщин в Греции.

**Рисунок 3.36**

Показатели безработицы в соотнесении с уровнями образования и страной происхождения в отдельных государствах Европейского региона, 2009 г.

- Страна происхождения родителей:
- все страны происхождения
  - страна ЕС, в которой заполнялся вопросник
  - другая страна ЕС
  - страна, не входящая в ЕС, с высоким ИРЧП
  - страна, не входящая в ЕС, со средним ИРЧП
  - страна, не входящая в ЕС, с низким ИРЧП

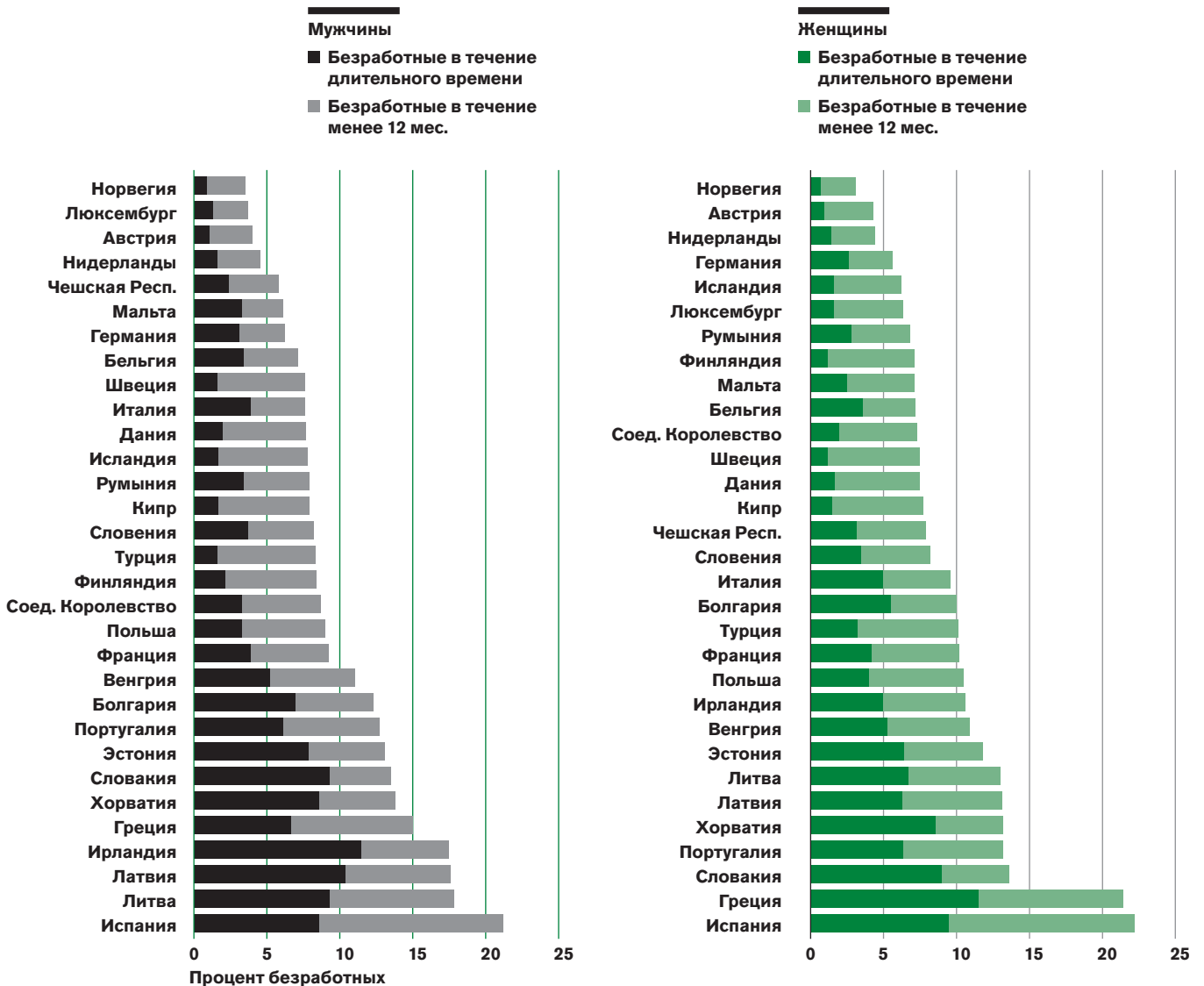
Источник: Eurostat (168).



**Рисунок 3.37**

Показатели безработицы по продолжительности в отдельных странах Европейского региона, 2011 г.

Источник: Eurostat (170).



### 3.8

#### Пожилые люди

Несправедливости по показателям здоровья и благополучия пожилых людей в значительной степени связаны с различиями на предшествующих этапах – накопленных благоприятных и неблагоприятных воздействий, имевших место на протяжении жизни. Условия жизни в пожилом возрасте также вносят свой вклад в несправедливости в отношении здоровья (см. главу 4).

В многочисленных исследованиях показана связь между социально-экономическим статусом, измеряемым разными способами, и смертностью в пожилом возрасте (171–175). В частности, выявлена статистическая связь между такими факторами, как наличие в собственности жилища (176) и автомобиля (177) и показателями смертности от всех причин среди мужчин и женщин (178). Статус трудовой занятости (никогда не работали по найму), как обнаружилось, коррелирует у пожилых людей со смертностью от любых причин и от сердечно-сосудистых заболеваний (179,180). Более подробные сведения об этих связях и гендерных различиях приведены в отчете рабочей группы по пожилым людям (181).

В ряде исследований показано, что социальные градиенты в относительных уровнях смертности не только сокращаются с возрастом (171;182–189), но и также проявляют тенденцию к меньшей выраженности среди пожилых женщин, по сравнению с пожилыми мужчинами (175,183,190–193). Это отчасти является отражением существенных абсолютных различий вследствие высокой доли смертей, происходящих в пожилом возрасте, особенно среди женщин.

В большинстве исследований отмечается более высокий риск смерти среди населения с низким уровнем образования. По этому вопросу имеются обширные фактические данные из стран Северной Европы и из отдельных стран южной части Региона (Испания, Италия и Израиль). Связь между уровнем образования и смертностью в группах людей пожилого возраста отмечается в Скандинавских странах (173–176,179,188,194–198), в Соединенном Королевстве и, в частности, в Англии, Шотландии, Северной Ирландии и Уэльсе (178,182,184,188,189,199–203), в большинстве стран Западной и Центральной Европы (171,180,185,187,191,204,205), в странах южной части Региона, в частности в Испании и Италии (188,192,193,206–211), а также в Израиле (177,212,213). Информация о влиянии образовательного неравенства на смертность среди пожилого населения Восточной Европы более скудная, хотя несколько отчетов указывают на разницу в уровне смертности по показателям образования в Литве (214), Польше (215) и Российской Федерации (216). Не отмечено связей между образовательным уровнем и смертностью среди пожилых пациентов

учреждений первичной медико-санитарной помощи в Германии (217), а также в исследовании, проведенном в домах для престарелых в Северной Испании (218), однако объектами обоих исследований были весьма специфические и селективные подгруппы.

Результаты анализа, проведенного Eurothine, показывают, что фактор образовательного неравенства в уровне смертности четко прослеживается в Европе, при этом особенно резкие различия выявлены в странах Балтии и СЦВЕ. В то время как масштаб относительных различий в смертности часто меньше среди лиц наиболее преклонного возраста (75 лет и старше), чем среди менее пожилых (60–74 года), они тем не менее существенны и свидетельствуют в пользу более образованных слоев. Этот факт отмечен для ряда европейских стран в других исследованиях (помимо Eurothine) (188) и в исследовании влияния образовательного фактора у женщин в Мадриде, Испания (211). В исследовании, проведенном в Швейцарии, образовательный градиент в ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, особенно среди «более молодых» пожилых мужчин, оказался весьма значительным, но показал тенденцию к ослаблению в группах более преклонного возраста (219). Влияние образовательных различий уменьшается с возрастом, и некоторые исследования, включившие только людей наиболее преклонного возраста, в частности проведенные в Дании (196,198), Швейцарии (204) и Испании (207), не обнаружили связи между образованием и смертностью.

Среди конкретных причин смерти наибольшая доля случаев, связанных с различиями в смертности по фактору образования, как у мужчин, так и у женщин, приходится на сердечно-сосудистые заболевания. Подавляющая часть других причин смерти также коррелирует с уровнем образования, и более высокая смертность отмечается среди менее образованных слоев населения. Следует отметить одно явное исключение в постоянных градиентах среди мужчин и женщин: у высокообразованных пожилых женщин выше вероятность умереть от рака легких. Это связано с частотой курения среди более состоятельных женщин старше 65 лет и отражает широкую вариативность в подходах к курению и отказу от него среди различных контингентов.

По результатам исследований, самооценка здоровья у пожилых людей коррелирует с рядом показателей социально-экономического статуса, таких как уровень дохода (220–235), получение материальной поддержки (236), материальная обеспеченность и наличие имущественных активов (237,238), профессиональная квалификация (220–222, 239–244), владение домом или автомобилем или бытовыми удобствами (222,228,236,245), оценка собственного финансового положения и финансовых трудностей (245–248), а также социаль-

но-экономическое положение, основанное на критериях зоны проживания (221). Уровень статистической значимости этих закономерностей, по-видимому, различается среди европейских стран, и в результатах исследований заметны некоторые несоответствия (66, 187, 222, 228, 237, 239, 245, 249, 250). Связь между относительными уровнями с возрастом ослабевает (251, 252), поскольку по мере старения люди чаще жалуются на плохое здоровье и, как уже говорилось ранее, возрастают абсолютные различия.

Инвалидность коррелирует с рядом аспектов менее благоприятного социально-экономического положения, в частности по таким параметрам, как доход (187, 196, 216, 220, 237, 253–257), обеспеченность и материальные активы (237, 254–261), профессиональная квалификация (220, 240, 254, 258, 260–263), владение домом или автомобилем (196, 221, 255, 262) и самооценка финансовых затруднений (263). Степень прочности связи варьируется в зависимости от используемого показателя. В целом исследования показывают, что существующие обстоятельства (имеющийся доход, материальная обеспеченность, жилищные условия) более тесно коррелируют с инвалидностью, чем положение в предшествующей жизни (образование, заработок, род занятий) (255, 258–261). Эти связи неизменно обнаруживаются в Соединенном Королевстве (258, 260, 263), странах континентальной Западной (255) и Южной Европы (237, 258, 259, 261), и выглядят менее значимыми и последовательными в исследованиях, проведенных в странах Северной Европы (196, 240, 241, 264) и в Турции (265).

Результаты исследования связей, обнаруженных между инвалидностью и образовательным статусом, варьируются от страны к стране и от типа исследования. Высокие показатели инвалидности среди наименее образованных слоев обнаружены в ряде исследований, проведенных в Скандинавских странах (195, 266), Соединенном Королевстве (Англия) (252, 260), Центральной и Западной Европе (220), Южной Европе (99, 237, 258, 259, 267–269) и Израиле (270). Однако в одном сравнительном проспективном исследовании, где использовались данные из многолетних опросов «Здоровье пенсионеров в Европе» (SHARE), в странах Западной и Южной Европы уровень образования коррелировал с функциональными ограничениями, при этом в странах северной части Европы такой связи не было обнаружено (141). В этом исследовании число лет школьного обучения также коррелировало с реабилитацией после инвалидизирующего заболевания (оцениваемой как полное возвращение к норме с устранением одного или нескольких функциональных ограничений) в Южной Европе, но не в Северной или в Западной.

Связь между уровнем образования и инвалидностью ослабевает с возрастом, поскольку в старости ограничения функциональных возможностей становятся более распространенными. В этой ситуации незначительные величины относительных показателей связи могут быть объяснены за счет крупных абсолютных различий в числе случаев.

### 3.9

#### **Поведение в отношении здоровья и риски для здоровья**

Концептуальная основа, определяющая социальные детерминанты здоровья (рис. 2.1), подтверждает основное положение данного обзора, которое состоит в том, что в формировании здоровья наибольшую важность представляют «причины причин» соответствующего поведения людей. «Причины причин» включают факторы, описанные выше в этой главе: доход (включая системы социальной защиты), опыт ранних лет жизни, образование и работу. Важно понять пути, по которым социальные детерминанты влияют на состояние здоровья, в том числе то, как отсутствие контроля над обстоятельствами, стресс и сниженные возможности влияют на поведение в отношении здоровья – курение, нездоровое питание, отсутствие физической активности, злоупотребление алкоголем, небезопасный секс и несоблюдение медицинских рекомендаций, таких как прививки.

Влияние поведенческих факторов на выраженность несправедливостей в отношении здоровья и на преждевременную смертность зависит от распространенности конкретных видов поведения среди различных социальных групп, а также от того, в какой мере тот или иной вид поведения повышает риск заболевания или смерти. Степень и характер распространенности в обществе поведенческих факторов, влияющих на здоровье, варьируется от страны к стране. В настоящем разделе иллюстрируется распределение различных видов поведения в отношении здоровья между странами и внутри стран со ссылкой на сравнительные данные и факты по курению и потреблению алкоголя. Также включены данные по распространенности ожирения – состояния, повышающего риск нарушений здоровья и связанного с социально моделируемыми разновидностями образа жизни и поведения (характер питания и физическая активность) – поскольку это состояние отражает дисбаланс между поступлением и расходом энергии. По мере роста распространения ожирения в различных странах Региона стала более выраженной связь этой проблемы с социальными детерминантами здоровья.

### 3.9.1 Курение

Распространенность курения существенно различается по странам Региона (рис. 3.38). Эти различия касаются численности курильщиков (в одних странах она продолжает расти, в других начала сокращаться), а также влияния социальных детерминант (как те, что описаны выше) на пиковые уровни числа курящих. По этим причинам интерпретация существующих на сегодняшний

день уровней распространенности курения, в отношении как вероятной будущей динамики, так и последствий для здоровья, требует более глубокого анализа предшествующих тенденций в разных возрастных когортах и социальных группах в каждой стране. Следует также отметить, что пассивное воздействие табачного дыма влияет на большее число людей, чем активное курение, с потенциально более широкими социальными и демографическими характеристиками, что зависит, например, от наличия запретов на курение и уровня их охвата (см., в частности, опубликованный в 2012 г. доклад ВОЗ по оценке неравенств в показателях гигиены окружающей среды) (271).

В шести странах из числа представленных на рисунке 3.38 (Российская Федерация, Албания, Грузия, Армения, Республика Молдова и Беларусь) регулярными каждодневными курильщиками

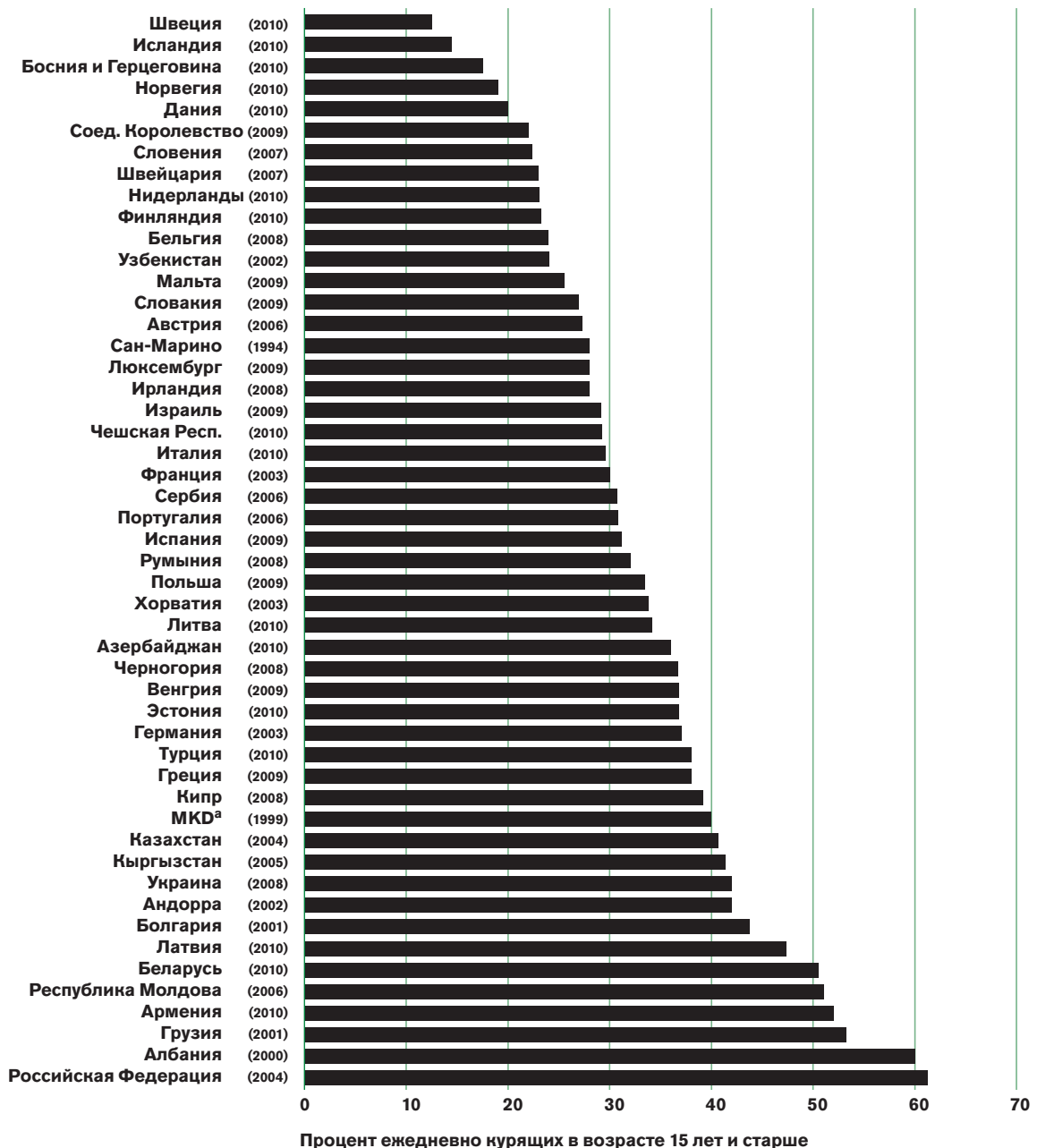
**Рисунок 3.38**

**Процент населения в возрасте 15 лет и старше – регулярных курильщиков, 2010 г. (или последний год с наличием данных)**

#### Мужчины

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).





ми являются более половины мужчин, а в Норвегии, Боснии и Герцеговине, Исландии и Швеции – менее 1/5 мужского населения. Показатели курения обычно ниже среди женщин – от 2% и менее в Армении, Кыргызстане, Узбекистане и Азербайджане до 30% и выше в бывшей югославской Республике Македония, Германии и Андорре.

Соотношение полов в распространенности курения во многих странах различно. Например, исследование условий и образа жизни и здоровья в восьми странах СНГ (Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина) обнаружило колебания в распространенности курения среди мужчин от 50% до 65%, среди женщин – от 2% до 16% (272), хотя число курящих женщин растет во многих из этих стран. В странах с низким уровнем распространенности курения среди женщин чаще курят более материально обеспеченные женщины: например, в

Республике Молдова в нижнем квинтиле материальной обеспеченности курящие женщины составляют 1%, а в самом верхнем квинтиле – 17% (270). И наоборот, в странах с высоким уровнем курящих мужчин самая высокая доля курильщиков приходится на наименее состоятельный слой населения. В Республике Молдова среди наименее обеспеченных мужчин курят 60%, а в самом верхнем по состоятельности квинтиле мужчины-курильщики составляют 45%. В ряде недавно опубликованных статей рассматриваются новые тенденции в курении в некоторых других европейских странах (274–277).

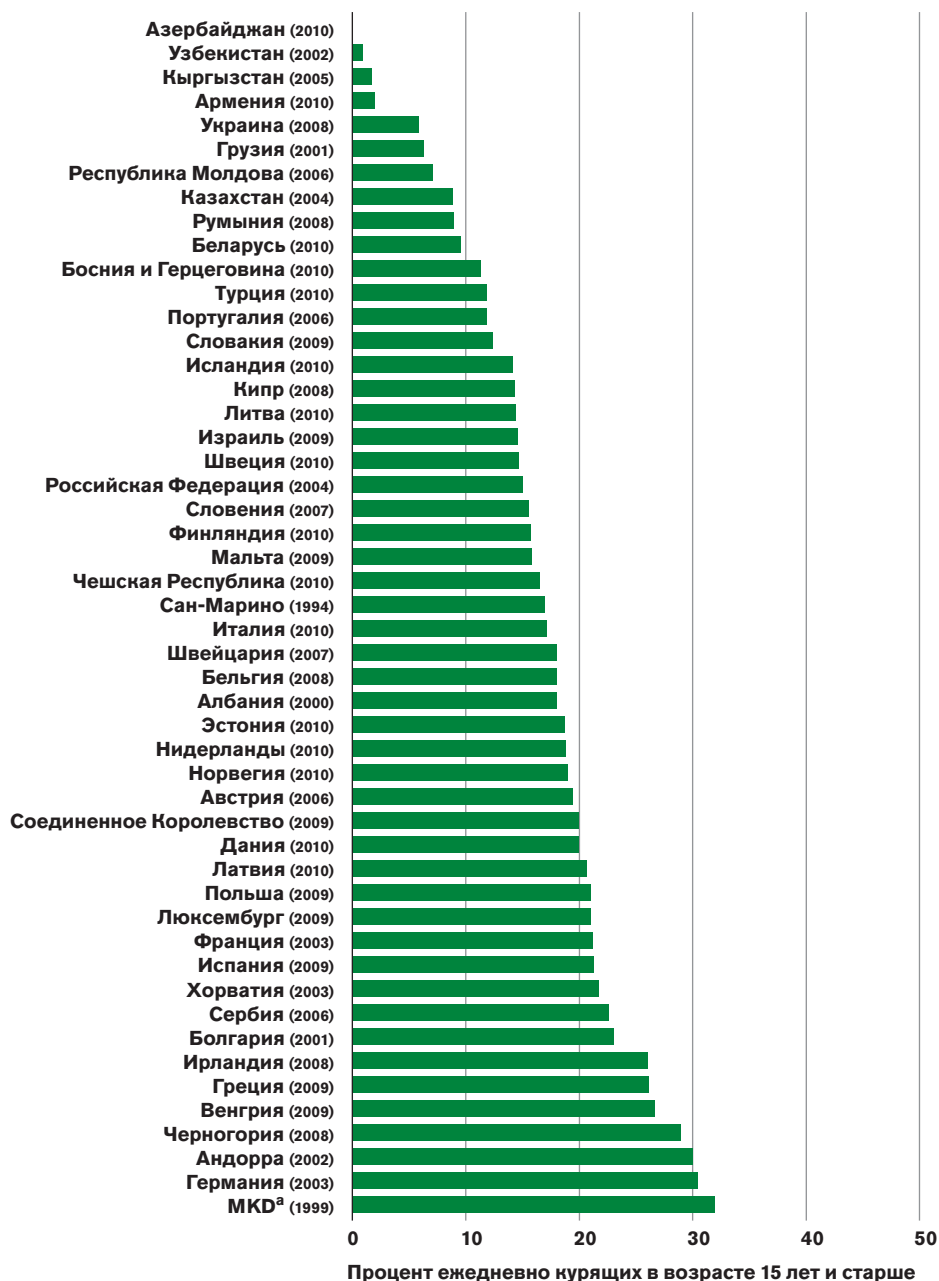
Исследование Eurothine обнаружило в ряде стран обратную зависимость между распространенностью курения и уровнем образования, профессиональной квалификацией и семейными материальными ресурсами. Выявлены региональные и возрастные различия в относительной значимости уровня образования по сравнению с другими

**Рисунок 3.38**  
(продолжение)

**Женщины**

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).



показателями социально-экономического статуса в распространенности курения, что отражает динамику эпидемии курения (278).

Исследование HBSC дает информацию о курении среди подростков в 31 стране Региона. По данным обзора 1997/1998 г. подростковое курение было более распространено среди девочек, детей, живущих в семьях с личным доходом выше среднего, с приемным родителем

или у которых по крайней мере один из родителей курит, а также проживающих совместно с другими курильщиками (279). Распространенность курения была во многих случаях выше в менее состоятельных семьях, но статистическая достоверность подтверждена лишь в трех странах (279).

**Рисунок 3.39**

**Потребление алкоголя в литрах на человека в возрасте 15 лет и старше, 2010 г. (или последний год с наличием данных)**

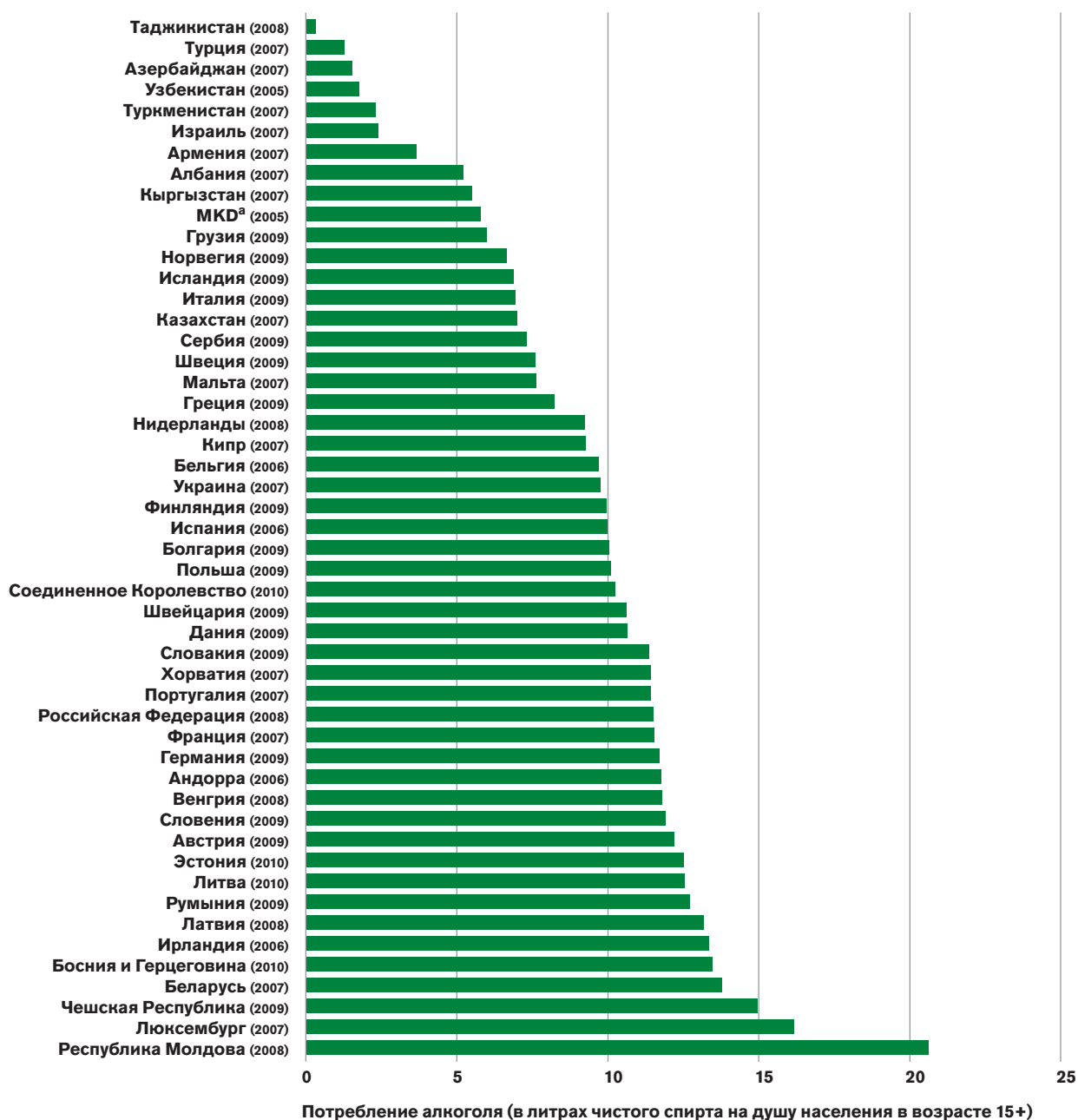
<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).

### 3.9.2 Потребление алкоголя

Для Региона характерен самый высокий в мире уровень потребления алкоголя. В 2007 г. он составлял в среднем 10,8 л из расчета чистого этилового спирта на каждого человека в возрасте 15 лет и старше. На рисунке 3.39 приведены последние цифры, имеющиеся по каждой стране в Европейской базе данных «Здоровье для всех» (3).

Существует тесная связь между общим потреблением алкоголя на душу населения в стране и распространенностью вреда, наносимого алкоголем, и алкогольной зависимости. Неумеренное



употребление алкоголя разрушает соматическое и психосоциальное здоровье и нередко является одной из причин физических травм, наносимых себе и окружающим. Неудивительно, что Регион характеризуется самой большой в мире долей от всех нарушений здоровья и преждевременной смертности, которая приходится на причины, связанные с потреблением алкоголя (280–283). Характер потребления алкоголя и его вредное влияние на здоровье при различных уровнях потребления коррелируют с социально-экономическим статусом: например, нарушения здоровья, возникшие в связи с употреблением алкоголя, тяжелее среди безработных (284).

Средние уровни потребления алкоголя в значительной степени варьируются среди стран Региона (рис. 3.39). Следует оговориться, что точная оценка потребления алкоголя досадно затруднительна, не в последнюю очередь из-за неполноты представленных сведений. Оценочные цифры неучтенного потребления алкоголя приведены в докладе ВОЗ о глобальной ситуации по алкоголю и его влиянию на здоровье (285). По данным этого доклада, в 2003–2005 гг. в четырех странах Региона (Казахстан, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина) уровни такого потребления превышали 4 л на душу населения в год. Учитывая трудности получения данных оценок, некоторые авторы предполагают, что реальные цифры могут быть даже выше (286). Воздействие алкоголя на здоровье частично зависит от привычек потребления в каждой стране, на которые влияют материальный и психосоциальный факторы, культура употребления спиртных напитков, а также цена и доступность алкоголя. В частности, употребление значительных количеств алкоголя в больших разовых дозах, употребление алкогольных напитков домашнего приготовления, а также технических спиртов (таких как метилированный спирт и антифриз) влияют на различия в смертности, связанной с алкоголем (286–287).

Обширная литература предоставляет фактические данные о том, что злоупотребление алкоголем среди взрослых мужчин вносит вклад в межстрановые и внутристрановые различия по смертности (23,288). В исследовании Eurothine на материале 13 государств-членов ЕС проводилась оценка различий в смертности, связанной с употреблением алкоголя, в зависимости от уровня образования; было обнаружено, что социально-экономические различия вносили существенный вклад в суммарную вариативность по показателям смертности среди мужчин (289). С алкоголем связана высокая смертность в СЦВЕ и СНГ, и злоупотребление алкоголем (особенно среди мужчин), по всей вероятности, внесло существенный вклад в колебания смертности в течение экономического переходного периода в этих странах. В ряде случаев отмечается связь между чрезмерным употреблением алкоголя и длительным пребыванием без работы (290).

Потребление алкоголя по-прежнему вносит вклад в высокие уровни смертности и заболеваемости

среди взрослых молодого и среднего возраста в восточной части Региона. По мере активизации борьбы с курением в европейских странах алкоголь становится наиболее значимой непосредственной причиной преждевременной смертности среди молодых взрослых не только в Восточной Европе, но и в некоторых западных странах, таких как Соединенное Королевство и Ирландия. Это требует координированных общеевропейских стратегических мер реагирования.

### 3.9.3

#### Ожирение и статус питания

В разделах 3.4 и 3.5 были представлены фактические данные о связях между бедностью, хронической недостаточностью питания и избыточной массой тела среди детей в контексте детского здоровья и развития. В настоящем разделе кратко освещена проблема прогрессирования эпидемии ожирения в Европе.

Robertson et al. (291) провели обзор фактических данных о распространении ожирения в различных странах Европы и обнаружили стойкий и резко выраженный социальный градиент в распространенности ожирения в тех странах Западной Европы, по которым имелись данные. Особенно высокие уровни ожирения, по сравнению с остальным населением, были продемонстрированы среди женщин и детей в менее привилегированных социально-экономических группах. У мужчин градиент был выражен в меньшей степени.

Robertson et al. делают вывод, что ситуация с ожирением в Восточной Европе в переходный социальный период хуже поддается анализу, но в целом более высокие уровни ожирения традиционно характерны для материально более обеспеченных мужчин и пожилых женщин. В некоторых территориях может параллельно наблюдаться проблема недостаточной массы тела среди женщин более молодого возраста. На основании проанализированных данных авторы предположили, что в целом по Региону примерно 20–25% риска развития ожирения у мужчин и 40–50% у женщин может приходиться на различия в социально-экономическом статусе. Имеющиеся факты заставляют предположить, что различия между социально-экономическими группами углубляются, причем ожирение распространяется быстрее среди менее благополучных групп населения, что приводит к усилению выраженности градиента (292,293). Это отражает целый ряд изменений в среде, порождающей факторы, ведущие к распространению и повышению уровня ожирения (такие как доступность и состав продуктов быстрого питания, изменения в занятости и условиях труда, а также изменения факторов, влияющих на физическую активность).

Robertson et al. отметили, что для стран с более высоким уровнем социального неравенства (например, в доходах, или с более высокой долей населения, живущего в относительной бедности) характерна тенденция к высокой распространен-

ности ожирения, особенно среди подростков и детей более раннего возраста. В последнем случае прослеживается также позитивная связь с социально-экономическим статусом родителей (291).

Roskam et al. (294) исследовали различия в распространенности ожирения в странах Европы, охватываемых исследованием Eurothine, в соотношении с уровнем образования и полом (рис. 3.40). Общая распространенность ожирения составила 11%, с разбросом от 6% во Франции до 22% в Соединенном Королевстве (Англия).

Roskam et al. (294) выявили значительные различия в том, в какой степени в различных странах была выражена зависимость ожирения среди мужчин от уровня образования. На основе сводного показателя вариативности уровней, приведенного на рисунке 3.40 (относительный индекс неравенства), они пришли к выводу о том, что в большинстве стран при более высоком уровне образования отмечается более низкая распространенность ожирения. По данным этого анализа, самые выраженные различия по распространенности ожирения, связанные с уровнем образования, были отмечены в Швеции, Чешской Республике и Нидерландах. Исключение составили Латвия и Литва, где чем выше был уровень образования у мужчин, тем они были более склонны к ожирению. Принимая во внимание относительно низкий уровень ожирения в этих балтийских странах, можно предположить, что эпидемия ожирения находится там на ранних стадиях.

Данные в отношении мужчин коррелировали с ВВП. Рост ВВП на 10 000 евро на душу населения коррелировал с 3%-ным ростом избыточной массы тела и ожирения у мужчин с низким уровнем образования и с 4%-ным снижением – у мужчин с высоким уровнем образования. Связей ВВП и ожирения у женщин выявлено не было (294).

Общая распространенность ожирения среди женщин составила 11%, с разбросом от 5% в Италии до 23% в Соединенном Королевстве (Англия). Анализ, проведенный с использованием относительного индекса ожирения, позволил заключить, что на всех территориях, охваченных исследованием, женщины с более низким уровнем образования были в большей степени склонны к ожирению. Наименее очевидной была данная связь в Латвии, Финляндии и Норвегии, а наиболее выраженной – среди женщин Средиземноморья, особенно в Португалии (294).

### 3.10

#### **Углубление несправедливых различий по показателям здоровья**

Для изучения динамики несправедливых различий по показателям здоровья в европейских странах используют данные как поперечных (одномоментных), так и лонгитудинальных

(проспективных) исследований (295). К сожалению, весьма часто наблюдается тенденция к углублению этих различий.

Многочисленные данные указывают на социально-экономический градиент в различных итоговых показателях здоровья в СЦВЕ и СНГ (28, 166, 296). Первое исследование, в котором были представлены эмпирические данные по тенденциям, было выполнено в Российской Федерации. Школьников (Shkolnikov) с соавторами (297) сравнили образовательный градиент в уровне смертности по переписи 1989 г. с уровнем смертности по микропереписи в 1993 г. Всего за 4 календарных года смертность среди мужчин и женщин с более низким уровнем образования выросла соответственно на 57% и 30%, а смертность среди мужчин и женщин со средним и высшим образованием повысилась соответственно на 35% и 8%. Таким образом, относительный риск смерти при более низком уровне образования, по сравнению с более высоким уровнем, за эти 4 года вырос с 1,6 до 1,9 у мужчин и с 1,4 до 1,8 у женщин.

В ряде исследований в разных странах были получены аналогичные результаты, свидетельствующие о возрастании различий в смертности в зависимости от образовательного уровня (298). Расходящийся образовательный градиент в смертности от всех причин продемонстрирован в когортном исследовании, выполненном на базе Лаборатории изучения липидного обмена в Санкт-Петербурге (299), а также на основе других данных из Российской Федерации, полученных с использованием непрямого когортного метода (300). Анализ данных из Российской Федерации демонстрирует рост ожидаемой продолжительности жизни в группе людей с высшим образованием и ее сокращение среди наименее образованных лиц (рис. 3.41).

В Эстонии в период с 1989 по 2000 г. соотношение показателей смертности у людей с начальным образованием, по сравнению с людьми с университетским образованием, выросло с 1,7 до 2,4 у мужчин и с 1,4 до 2,2 у женщин (рис. 3.42).

В Чешской Республике в 1980-х и 2000-х годах было предпринято два популяционных когортных исследования (302, 303). Наблюдение за когортами показало, что образовательный градиент в показателях смертности в первые пять лет отслеживания значительно увеличился как у мужчин, так и у женщин. Анализ данных приведен на рисунке 3.43.

Сравнение четырех центральноевропейских и прибалтийских стран демонстрирует резко различающиеся тенденции в характере несправедливых различий. В Венгрии и Латвии в группах населения с низким образовательным уровнем наблюдалось постепенное снижение ожидаемой продолжительности жизни; в Польше и Чешской Республике среди групп с низким уровнем

**Рисунок 3.40**

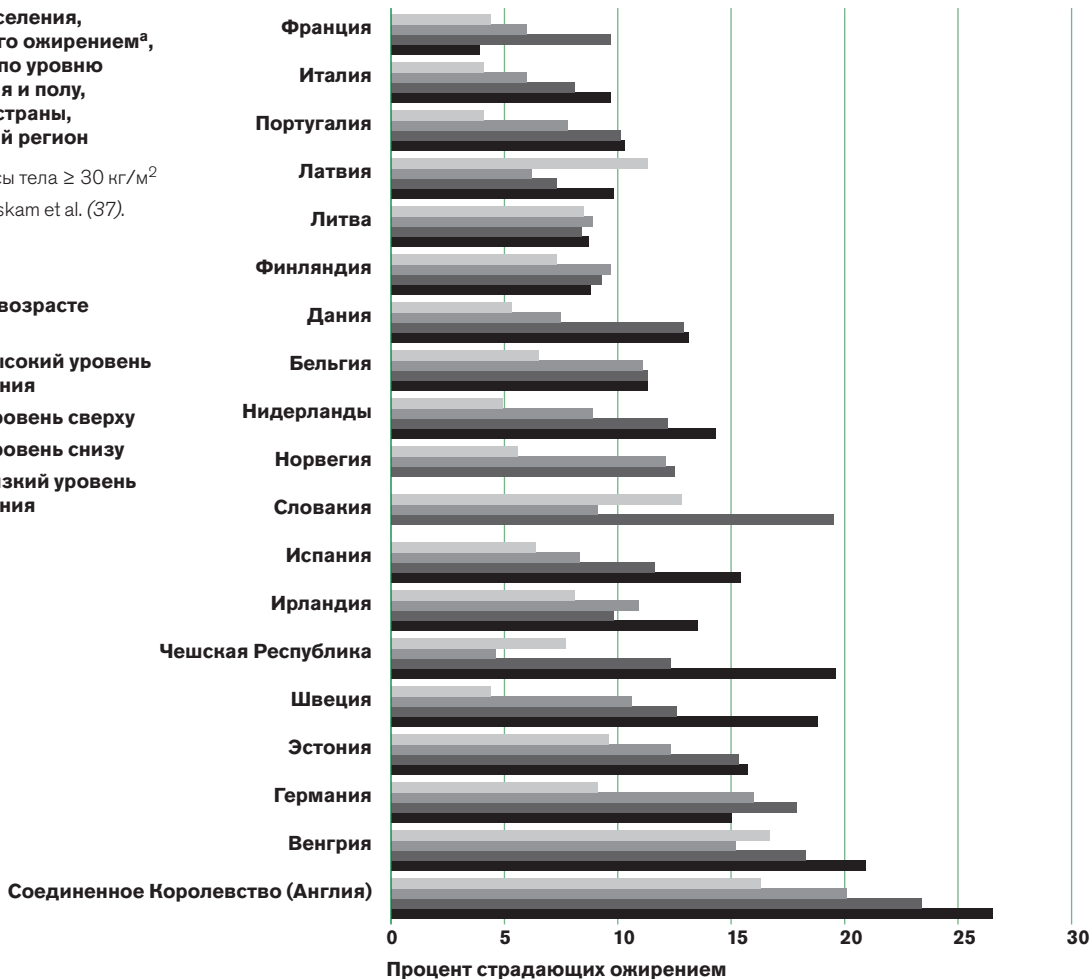
Процент населения, страдающего ожирением<sup>а</sup>, в разбивке по уровню образования и полу, отдельные страны, Европейский регион

<sup>а</sup> Индекс массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>

Источник: Roskam et al. (37).

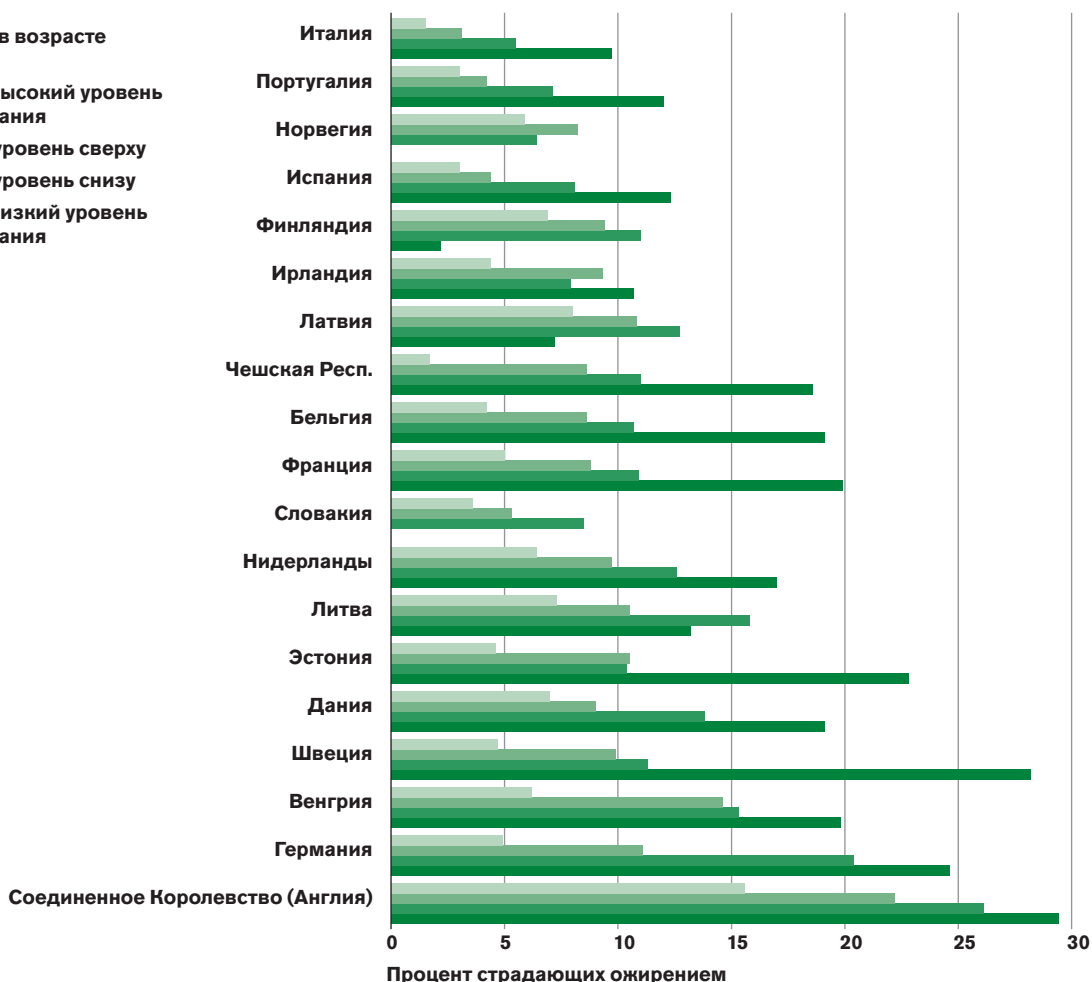
**Мужчины в возрасте 25–44 лет**

- Самый высокий уровень образования
- Второй уровень сверху
- Второй уровень снизу
- Самый низкий уровень образования



**Женщины в возрасте 25–44 лет**

- Самый высокий уровень образования
- Второй уровень сверху
- Второй уровень снизу
- Самый низкий уровень образования



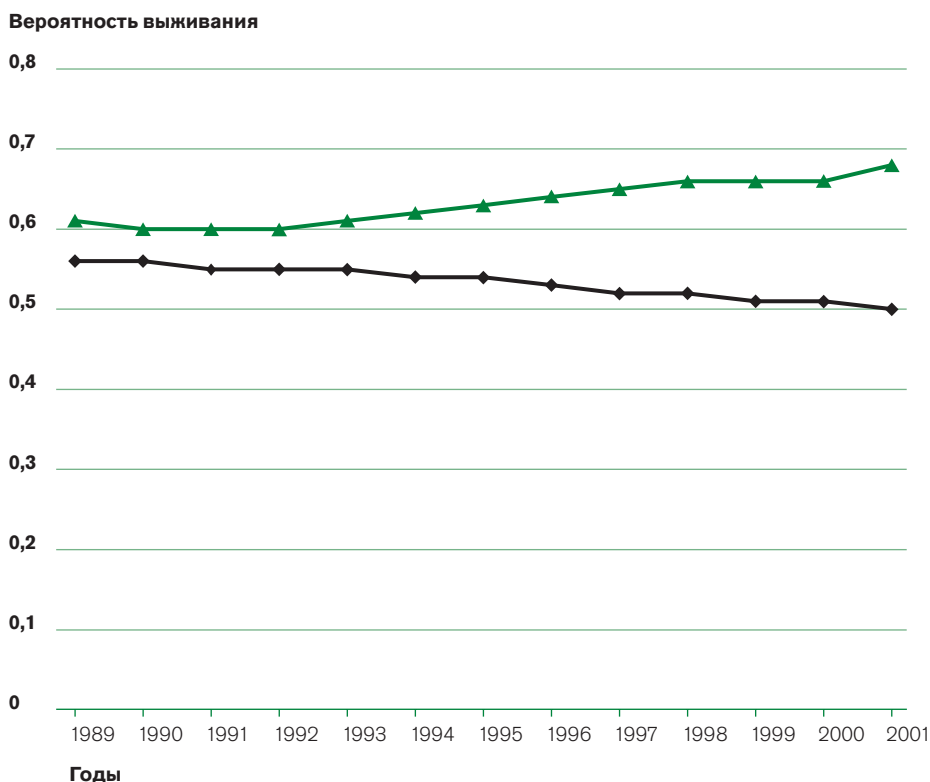


**Рисунок 3.41**

**Вероятность выживания среди мужчин в возрасте 30 лет в соотношении с уровнем образования, Российская Федерация, 1989–2001 гг.**

- ▲ Высшее образование
- ◆ Неполное среднее и начальное

Источник: Murphy et al. (300); Martin Bobak, профессор эпидемиологии, Университетский колледж Лондон, личное сообщение, 2013.



**Рисунок 3.42**

**Показатели смертности в разбивке по полу и уровню образования в Эстонии, 1989 и 2000 гг.**

**Мужчины**

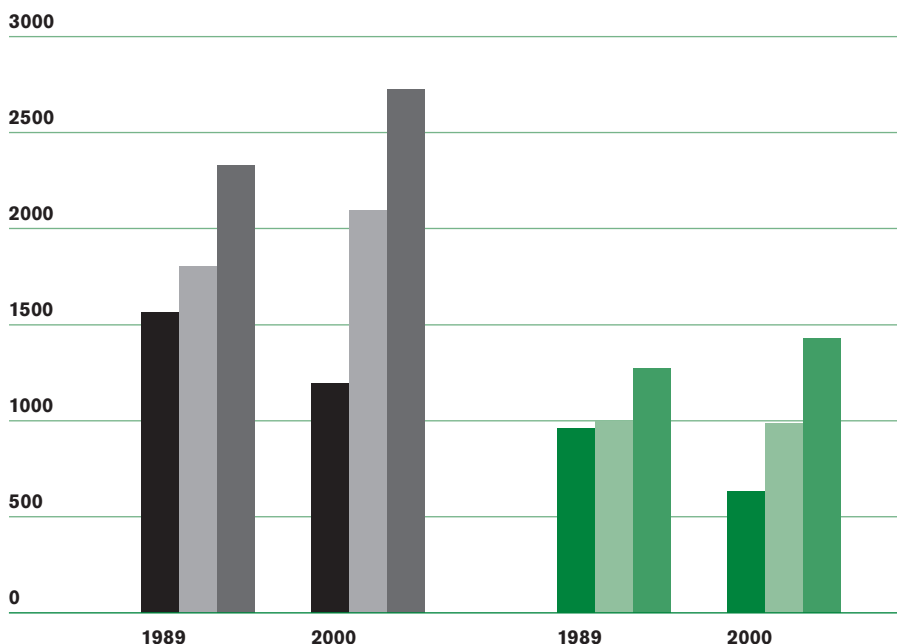
- Высшее образование
- Среднее образование
- Начальное образование

**Женщины**

- Высшее образование
- Среднее образование
- Начальное образование

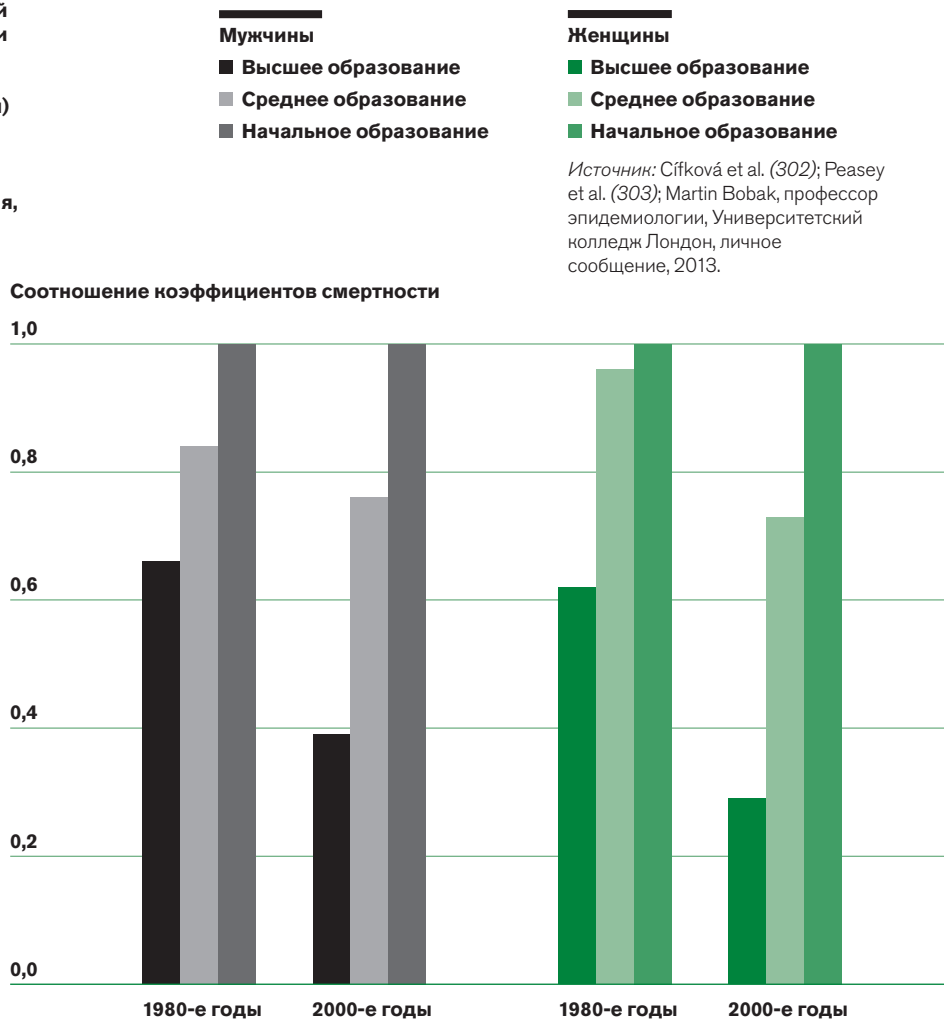
Источник: Leinsalu et al. (301).

**Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности на 100 000 населения**



**Рисунок 3.43**

Соотношения показателей смертности в зависимости от уровней образования (сравнение только с начальным образованием) среди мужчин и женщин в возрасте 45–64 лет в Чешской Республике, 5-летние средние значения, 1980-е и 2000-е годы



Источник: Cífková et al. (302); Peasey et al. (303); Martin Bobak, профессор эпидемиологии, Университетский колледж Лондон, личное сообщение, 2013.

образования ожидаемая продолжительность жизни росла, но медленнее, чем в группах со средним и высоким уровнем образования (304).

В исследовании, проведенном в Израиле с использованием национальных данных многолетних исследований смертности, было отмечено углубление несправедливых различий по показателям общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от социально-экономического положения в период между 1983–1992 гг. и 1995–2004 гг. (305). Социально-экономический статус оценивался по наличию в собственности шести видов бытовых предметов с учетом каждого периода времени. На рисунке 3.44 показано, что относительный рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний наблюдался у обоих полов, более заметно у женщин (305).

Помимо этого, Jaffe и Manor (305) отметили, что в период 1995–2004 гг. несправедливые различия в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний были значительно выше среди местных женщин, чем среди местных мужчин и иммигрантов (как мужчин, так и женщин).

Страны Северной Европы считаются одними из наиболее эгалитарных обществ в мире. Несмотря на общее улучшение показателей здоровья,

**Рисунок 3.44**

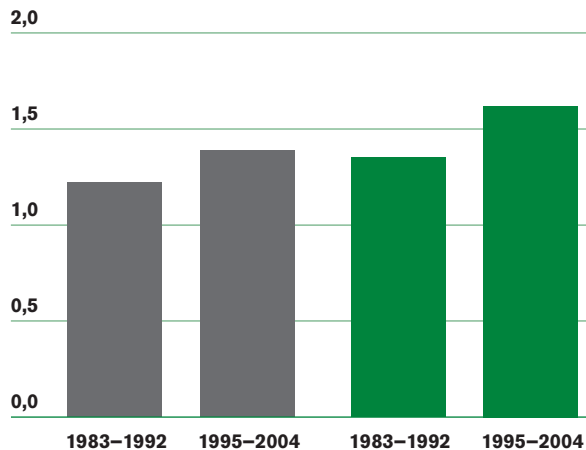
Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в соотношении с уровнем материальной обеспеченности семьи, Израиль, 1983–1992 гг. и 1995–2004 гг.

■ Мужчины  
■ Женщины

Источник: Jaffe & Manor (305).

<sup>a</sup> Отношение шансов по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, коррелирующее с изменением в бытовых удобствах на 1 стандартное отклонение среди мужчин и женщин в возрасте от 45 до 64 лет в многолетнем исследовании смертности в Израиле (ILMC I) (1983–1992) и ILMC II (1995–2004).

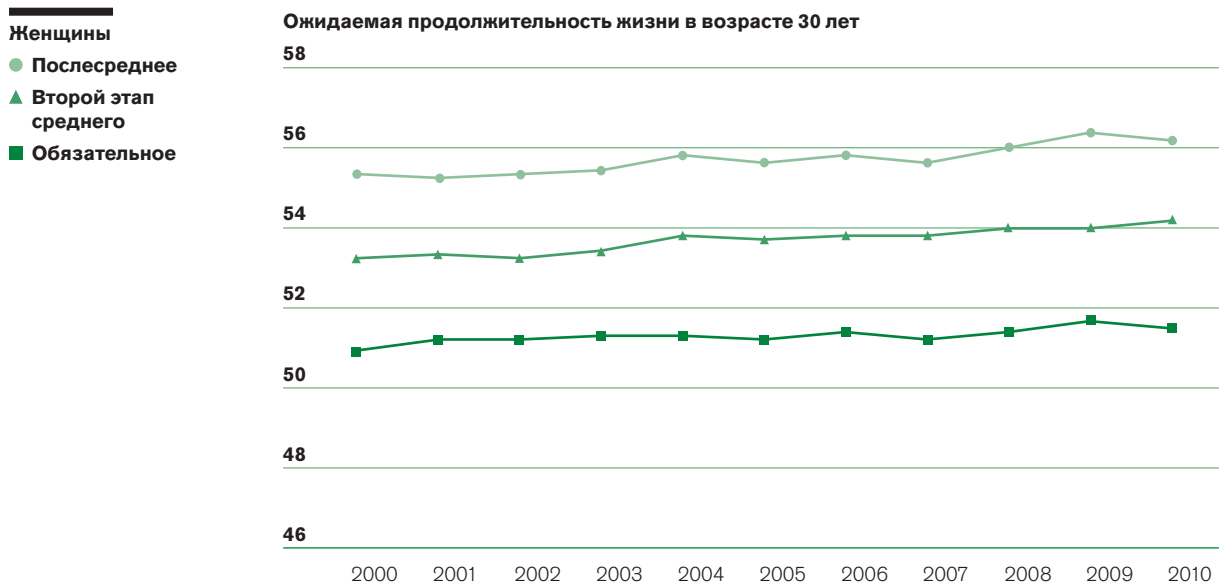
Отношение шансов<sup>a</sup>



**Рисунок 3.45**

**Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения Швеции, 2000–2010 гг., в соотношении с уровнем образования, мужчины и женщины**

Источник: Statistics Sweden (4).



Школьников и соавт. (306) выявили в Швеции, Норвегии и Финляндии в период между 1970 и 2000 гг. устойчивый рост абсолютных и относительных различий в смертности среди мужчин и женщин в зависимости от уровня образования. На рисунке 3.45 представлены данные по ожидаемой продолжительности жизни в 2000–2010 гг. В целом складывается впечатление, что различия в смертности по уровню образования в Швеции постоянно росли в период по меньшей мере с 1970 по 2010 г., свидетельствуя о 40 годах углубления несправедливых различий в отношении здоровья. Проблемы, порождаемые новыми глобальными экономическими факторами (например, ростом иммиграции) нанесли значительный урон системам социального обеспечения в странах Северной Европы, в результате чего масштабы оказываемой социальной поддержки сокращаются (см. главу 6).

Углубление несправедливых различий по показателям здоровья получило документальное подтверждение в ряде стран за прошедшие 20–30 лет, и проблемы, возникшие в результате текущего экономического кризиса, являются императивным аргументом в пользу необходимости действий на основе социальных детерминант здоровья. Конкретные стратегические рекомендации для этого представлены в части III.







### Часть III

#### Конкретные области действий, направленных на социальные детерминанты здоровья

Градиент по показателям здоровья, существующий между странами и внутри стран, который описан в части II, будет стойко сохраняться и во многих случаях увеличится, если не предпринять срочные действия по контролю и преодолению несправедливостей в социальных детерминантах здоровья – условиях повседневной жизни и их структурных определяющих факторах (2).

В части III представлены рекомендации по вмешательствам и стратегиям, которые позволят с наибольшей эффективностью добиться сокращения несправедливостей в отношении здоровья в ближайшей, среднесрочной и долгосрочной перспективе. Эти рекомендации базируются на наилучших имеющихся фактических данных, собранных целевыми группами по тем факторам, которые ведут к несправедливостям в масштабе Региона, и по действиям, которые имеют наибольшую эффективность в различных условиях для устранения причин несправедливостей в отношении здоровья. По мере возможности, для того чтобы наглядно продемонстрировать инновационные подходы, текст на всем протяжении проиллюстрирован примерами из практики, с особым вниманием к наиболее свежим имеющимся научным данным.

Также суммированы требования по организации и укреплению систем и стратегического руководства, необходимых для того, чтобы обеспечить выполнение рекомендаций в условиях синергизма и систематическим образом. По мере целесообразности, проводятся различия между контекстами – вопросами практического внедрения, актуальными для различных уровней государственного управления секторов и уровней дохода соответствующих стран.

Рекомендации и подтверждающая их объективная информация излагаются в четырех главах, которые отражают основные факторы, суммированные на рис. 2.2.

- Глава 4 – этапы жизни;
- Глава 5 – общество в целом;
- Глава 6 – макроуровень;
- Глава 7 – системы.

## 4.1

**Исходные данные**

Как было показано в главе 2, подход с учетом всех этапов жизни играет важнейшую роль в выявлении кумулятивного воздействия социальных детерминант на здоровье и сокращении связанных с этим несправедливостей.

В настоящей главе описаны следующие этапы жизни и факторы влияния:

- ранний возраст;
- родительский уход и воспитание;
- дошкольное и школьное образование;
- переход к трудовой жизни, безработица, профессиональное обучение;
- создание семьи;
- позитивные и негативные влияния на здоровье в трудоспособном и в пожилом возрасте.

## 4.2

**Стойкое повторение рисков для здоровья, переходящих от одного поколения к другому****Рекомендация 1(а).**

**Обеспечить необходимые условия для надлежащего ухода за детьми и их воспитания, для формирования благоприятных семейных отношений при соблюдении гендерного равенства, а также для предоставления адекватной социальной поддержки и защиты здоровья.**

**Конкретные действия**

(i) Обеспечить общедоступные, недорогостоящие и высококачественные услуги охраны сексуального и репродуктивного здоровья для всех нуждающихся (особенно для женщин, молодых девушек и подростков обоего пола). Это включает доступ к современным средствам контрацепции и помощи во время беременности и родов. Помимо обеспечения безопасных родов, что является одним из основных прав женщин, такие услуги помогают снизить распространенность курения в период беременности и повысить процент грудного вскармливания, а также способствуют формированию навыков ухода за ребенком. При оказании таких услуг необходимо заблаговременно выявлять семьи, входящие в группы риска, и направлять их в соответствующие службы.

(ii) Добиваться того, чтобы стратегии, направленные на сокращение социальных и экономических несправедливостей, служили интересам женщин детородного возраста и семей с детьми раннего возраста.

(iii) Рекомендовать министрам здравоохранения активно отстаивать курс на создание таких систем социальной поддержки, которые предусматривают защиту доходов населения, достаточные льготы и пособия и прогрессивное налогообложение в целях сокращения масштабов бедности среди семей с детьми и пенсионеров.

(iv) Добиваться того, чтобы стратегии и услуги, касающиеся родительского ухода за детьми, способствовали расширению прав и возможностей женщин, имеющих детей, распоряжаться своей жизнью, поддерживали здоровье и развитие детей и способствовали повышению роли мужчин в уходе за детьми и в их воспитании. В частности, укрепить меры политики в области трудоустройства, ориентированные на семью, путем введения более гибкого графика работы – без перехода на использование негарантированных контрактов – и обеспечения ценовой доступности служб по уходу за детьми, чтобы помочь родителям совмещать работу с выполнением родительских обязанностей.

#### 4.2.1 Введение

Глава начинается с описания того, каким образом несправедливости, которые накапливаются в течение жизни, передаются и закрепляются в последующих поколениях. В свете имеющихся фактических данных рекомендуется оценивать все стратегии и направления политики с точки зрения их возможного влияния на состояние справедливости для будущих поколений. Для того чтобы прервать стойкое повторение несправедливостей в отношении здоровья от одного поколения к другому, требуются инвестиции и особое внимание к конкретным этапам жизни, в частности к внутриутробному периоду и раннему детству, когда закладываются траектории дальнейшего жизненного развития.

Окружающая среда в ранние годы жизни, включая степень родительской заботы, и домашняя обстановка оказывают влияние на последующие жизненные шансы индивидуума. Развитие в детстве закладывает фундамент физиологического и психосоциального здоровья и благополучия в течение всей последующей жизни. Проблемы раннего детского возраста не являются необратимыми, а чем старше становится человек, тем более трудным и дорогостоящим становится их исправление (307). То, как дети развиваются и что они переживают, имеет долгосрочное влияние на здоровье в зрелом возрасте, причем существуют убедительные научные доказательства того, что люди, у которых было благополучное детство, имеют хорошее здоровье и другие позитивные результаты в течение последующей жизни (см. главу 3 и отчет целевой группы по вопросам ранних лет жизни, образования и семьи (307)).

Очень рано устанавливаются долгосрочные траектории развития здоровья, включая риск ожирения, ССЗ и психических расстройств (308), также имеется связь между грудным вскармливанием и результатами когнитивного развития ребенка (309). На долгосрочное когнитивное, языковое и социальное развитие влияет качество домашней обучающей среды в ранние годы жизни (310,311). Благополучное детство включает целый ряд факторов развития: учебные достижения, физическое развитие, социальный и эмоциональный потенциал для поддержания взаимоотношений и также качества, связанные с трудовой деятельностью, такие как настойчивость, способность к работе в коллективе и надежность. Развитие этих качеств и навыков зависит от семьи, местного сообщества, а также от национальных и региональных условий. Некоторые семьи более заботливы, чем другие, некоторые местные сообщества более безопасны, чем другие, и некоторые политические системы также оказывают более действенную поддержку, чем другие.

Для того чтобы во всех семьях достичь более высокого уровня справедливости в развитии

детей по ряду показателей, включая здоровье в последующей жизни, важно обеспечивать соблюдение следующих положений:

- возможность для женщин делать осознанный репродуктивный выбор;
- хорошее состояние здоровья и достаточный образовательный уровень матери;
- развитые навыки родительского ухода за ребенком;
- высококачественные услуги ухода для всех детей в раннем возрасте;
- достойные условия работы родителей;
- достаточный доход, позволяющий вести здоровый образ жизни;
- баланс между работой и семейной жизнью для женщин и мужчин.

Существует множество путей, по которым риски негативных влияний на здоровье могут передаваться от родителей к детям. Первый – это прямые физиологические эффекты, вытекающие из состояния родителей: так, например, дети у малообеспеченных матерей подвержены большему риску негативных воздействий во внутри-утробном периоде, с повышенной вероятностью плохого питания матери во время беременности и низкой массы тела при рождении (51,312–316). Второй путь – это влияние жизненной ситуации родителей на ребенка уже после рождения, например влияние низких уровней образования родителей на развитие и восприятие речи (317–320). Третий путь связан со взаимодействием между социальной средой ребенка и генетической предрасположенностью, включая то, как присутствие при тяжелых конфликтах между родителями влияет на развитие у ребенка надлежащих механизмов поведенческого контроля (321). Архитектоника головного мозга в значительной степени формируется на ранних этапах жизни за счет динамических взаимодействий между генетическими и средовыми влияниями (см. обзор этих вопросов в работе Fox et al. (322)).

Родительское влияние, безусловно, может обеспечить устойчивость ребенка по отношению к воздействию некоторых из этих негативных факторов, даже в наиболее неблагоприятных обстоятельствах. Практика родительского ухода и воспитания оказывает мощное влияние на ребенка. Интерактивный контакт с родителем (воспитателем) в течение первых месяцев жизни может определить путь к здоровому социальному и психологическому развитию в течение всей последующей жизни (323,324). Значительная часть фактических данных относительно практики родительского воспитания и ухода связана с вопросами формирования и поддержания привязанности ребенка к родителям (воспитателям) (324–327). Поэтому психическое здоровье

родителей играет важную роль в развитии детей. Так, например, дети матерей с психическими расстройствами в пять раз больше подвержены риску также иметь психические расстройства, включая эмоциональные и поведенческие отклонения (328). Бедность и особенно финансовая задолженность могут повышать стресс у матери (329). Конфликт между родителями также несет в себе риски для ребенка (327). Расширенные семейные связи, особенно участие бабушек и дедушек, могут обогатить жизнь ребенка, предоставляя поддержку родителям и дополнительное стимулирование развития и заботу о детях.

Такие состояния, как ожирение и артериальная гипертензия, а также поведение, создающее угрозу для здоровья, например курение, повторяются в последующих поколениях (330). Особую озабоченность должно вызывать то, что определенные детерминанты здоровья, такие как бедность и недостаточный образовательный уровень, не только переходят от одного поколения к другому, но и могут усиливаться в тех случаях, если ребенок подвержен множественным процессам депривации или уязвимости (331). Определяющие факторы включают социально-экономические условия, место проживания, культуру и традиции, образование и трудоустройство, доход и материальное благосостояние, а также образ жизни и поведение (330). Все эти параметры влияют на здоровье и могут усиливать друг друга (330). Они могут с течением времени влиять на проявления генетической предрасположенности к определенным болезням, несмотря на то что наследственная передача многих типов заболеваний не имеет доказанной связи с этими детерминантами (330).

Ясно, что социальная политика и действия могут иметь самый значительный эффект на экологические влияния. В рамках проекта «Обзор Мармота» в Соединенном Королевстве (Англия) получены фактические данные, доказывающие, что если бы все дети начинали свою жизнь так, как ее начинают дети в наиболее благополучных семьях, можно было бы достичь прогресса в сокращении несправедливостей в отношении здоровья, сохраняющихся на протяжении всей жизни (51).

Для того чтобы достичь устойчивого сокращения несправедливых различий в отношении здоровья, необходимы действия, которые помешали бы относительно и абсолютно неблагоприятным условиям жизни родителей губительным образом отражаться на жизни их детей, внуков и последующих поколений. Следующие два раздела посвящены более детальному рассмотрению проблем уязвимости матерей и детской бедности. Меры, направленные на решение обеих проблем, помогут свести к минимуму межпоколенческую передачу несправедливостей в Регионе.

#### 4.2.2

### Сексуальное и репродуктивное здоровье

Обеспечение необходимой поддержки женщинам репродуктивного возраста до, во время и после беременности крайне важно для их здоровья, здоровья рожденных детей, а также для предупреждения передачи негативных влияний из поколения в поколение. Взаимодействие между гендерным неравенством, другими социальными детерминантами здоровья (особенно такими, как бедность, принадлежность к этническим меньшинствам и низкий уровень образования) и такими факторами, как возраст и инвалидность, повышает степень уязвимости женщин. Они становятся более подверженными таким рискам, как нежелательная беременность, инфекции, передаваемые половым путем, материнская смертность и заболеваемость, низкая масса тела новорожденных и младенческая смертность (332). Отсутствие доступа к контрацепции и гендерное насилие оказывают непосредственное воздействие на физическое и психическое здоровье матери, что, в свою очередь, негативно влияет на здоровье и развитие ребенка. По показателям репродуктивного и материнского здоровья, особенно материнской смертности, можно судить о том, какое значение в обществе придается вопросам охраны репродуктивного здоровья женщин. Материнская смертность является важным показателем социальной несправедливости, складывающейся из результатов гендерного и расового/этнического неравенства, влияния социально-экономических факторов и места проживания.

Здоровье матерей зависит от ряда социальных факторов, в частности такой важной детерминанты здоровья, как положение женщин и девочек в обществе (332). Расширение прав и возможностей женщин в отношении самостоятельного принятия решений и выбора в пользу здоровья важны для наилучшего развития ребенка. Анализ демографических обследований, проведенных в Азербайджане, Албании и Армении, показал, что возможность принятия женщинами самостоятельных решений, а также их социальные роли в большей степени влияют на объем использования услуг охраны материнского здоровья, чем уровень образования и трудоустройство.

Материнская смертность в Европе имеет тенденцию к снижению, однако средний уровень в Регионе за период между 1990 и 2010 гг. (3,8% в соответствии с данными публикации *Trends in maternal mortality* [Тенденции материнской смертности] за 2012 г. (333)) не достиг 5,5%, что, по расчетам, необходимо для решения к 2015 г. задач, предусмотренных соответствующей Целью развития тысячелетия Организации Объединенных Наций. Различия между странами по-прежнему значительны. По оценкам специали-

стов, уровень материнской смертности в Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Туркменистане в 2010 г. превысил 50 смертей на 100 000 живорожденных, в то время как в других 8 странах этот показатель составил от 3 до 5 смертей. Менее 3 смертей были зарегистрированы в 2010 г. еще в 12 странах. В 2 странах (Соединенное Королевство и Хорватия) был зарегистрирован статистически достоверный рост материнской смертности за период с 1990 г. по 2010 г. Результаты исследований, проведенных в Нидерландах и Соединенном Королевстве, указывают на увеличение доли общей материнской смертности, приходящейся на уязвимые сообщества этнических меньшинств и иммигрантов (334–336).

Различия в материнской смертности связаны с уровнем предоставления услуг, гендерными нормами и традициями, а также с другими социальными факторами, которые порой лишают женщин возможности доступа к необходимым медицинским услугам и приводят к задержкам в обращении за экстренной акушерской помощью и ее получении в соответствующем медицинском учреждении. Есть несколько причин таких задержек: высокая стоимость услуг, отсутствие информации и образования, физические барьеры (расстояние, инфраструктура, транспорт), административные препятствия (страховка, отсутствие у нелегальных мигрантов необходимых документов, культурные различия, языковые барьеры), отсутствие квалифицированного персонала, перебои с водо- и электроснабжением, недостаток медикаментов. Высококачественные услуги охраны сексуального и репродуктивного здоровья помогают снижать количество курящих во время беременности и связанный с этим риск для здоровья, способствовать грудному вскармливанию, предоставлять помощь в развитии навыков ухода за детьми, а также выявлять на раннем этапе семьи, подверженные риску.

К сожалению, не имеется данных о распространенности контрацепции во всех странах, но результаты исследований показывают, что с 1990 г. использование современной контрацепции возросло по всему Региону. Сохраняется повышенная потребность в услугах планирования семьи в СЦВЕ, среди сельского населения, для женщин со средним и начальным образованием, а также для женщин в сообществах этнических меньшинств и мигрантов.

В ряде исследований показано, что гендерные факторы влияют на отношение к риску и использование информации и услуг здравоохранения. Нарушения гендерной справедливости уменьшают возможность молодых женщин принимать самостоятельные решения по использованию контрацептивных средств. Беременность при ранних браках подвергает женщин повышенному риску смерти от акушерских осложнений, так как в возрасте 15–19 лет они в два раза выше,

чем в возрасте 20–29 лет. Кроме того, у слишком юных матерей чаще рождаются дети с пониженной массой тела.

### 4.2.3

#### Детская бедность

Если ребенок растет в условиях бедности, это сильно сказывается на его здоровье и на многих других сторонах всей его дальнейшей жизни. В малообеспеченной семье денег не хватает даже на удовлетворение основных потребностей, поэтому соблюдать требования здорового образа жизни нелегко. Кроме того, зачастую бедность и особенно жизнь в долг влекут за собой нарушения в психическом здоровье матери (51,329), что неблагоприятно влияет на качество воспитания и ухода – чрезвычайно важный фактор в развитии ребенка (337).

Детская бедность определяется отчасти ситуацией на рынке труда и отчасти социальной политикой. Высокий уровень детской бедности характерен для регионов с высоким уровнем безработицы и/или низкой заработной платой, особенно при отсутствии мер социальной защиты для малообеспеченных семей с детьми. Помимо принятия таких мер государство может влиять на доходы населения, устанавливая минимальную заработную плату и принимая законы о равной оплате труда, а также предпринимать активные вмешательства на рынке труда (глава 6) и таким образом улучшать перспективы трудоустройства. Каждый из этих факторов будет способствовать снижению детской бедности.

Немаловажны и такие взаимосвязанные факторы, как гендерное разделение труда, разница в оплате труда мужчин и женщин, относительная численность матерей-одиночек и доступ к услугам дошкольных детских учреждений.

Распространенность относительной детской бедности по-прежнему высока в большинстве стран Региона. Несмотря на то что нынешнему экономическому спаду в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии предшествовал рост экономики на протяжении 10–15 лет, детская бедность остается там на примерно одинаковом уровне (79). Основная причина, по которой дети ничего не выиграли от экономического роста, – это то, что средние расходы на семейные пособия в этой части Региона составляли менее 1% ВВП, в то время как в странах ОЭСР этот показатель в 2007 г. был равен 2,25% (80).

Проведенное в 2009 г. исследование доходов и условий жизни в странах ЕС выявило в них весьма значительный разброс по показателям детской бедности – от 10 до 33% (рис. 4.1) (82,87). И это несмотря на то, что средний уровень доходов в западной и центральной частях Региона был выше по сравнению с СЦВЕ и СНГ. Уровень бедности в 20 странах, показанных на рис. 4.1,



**Рисунок 4.1**

**Показатели детской бедности<sup>а</sup> в отдельных европейских странах в 2009 г. и изменения, происшедшие с 2005 г.**

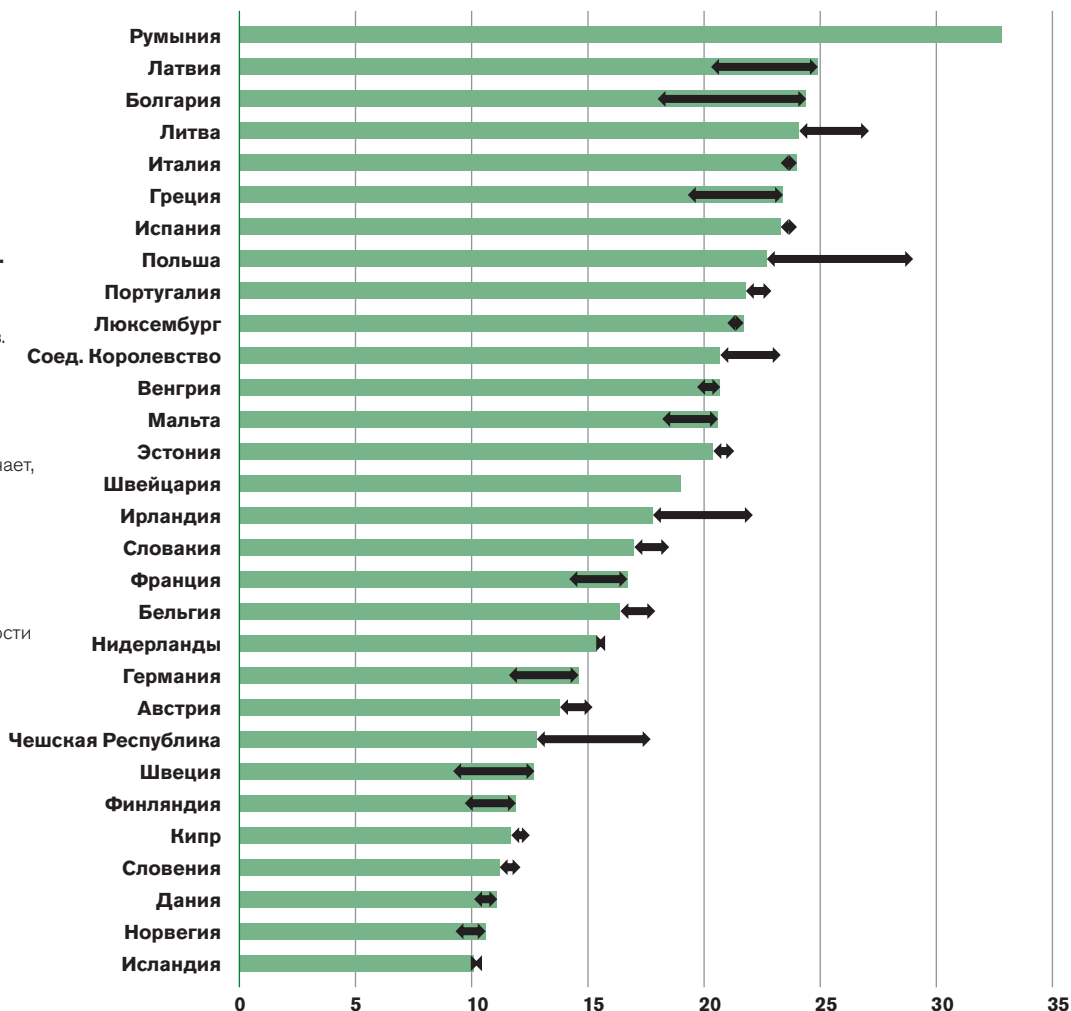
■ Показатель детской бедности в 2009 г.

◄ Разница между 2005 г. и 2009 г.

<sup>а</sup> Критерий – <60% от медианного уровня доходов.

Примечание: Цветные полоски обозначают уровни детской бедности в 2009 г. Там, где стрелки находятся справа от полосок, это означает, что показатели бедности в период с 2005 по 2009 г. снизились; когда стрелки находятся слева от конца полосы, это указывает на то, что в период с 2005 по 2009 г. показатели бедности увеличились.

Источник: Bradshaw (82).



изменился в период с 2005 по 2009 г. на один процентный пункт и более. В 11 из них этот уровень повысился.

Уровень детской бедности в различных странах ЕС в определенной степени маскируется вследствие использования лишь наиболее общих показателей относительной бедности. Вариабельность между странами в уровнях риска бедности среди детей и связи этих показателей с составом материально необеспеченных семей с детьми коррелируют с различиями государственных стратегий, например по получению права на социальные пособия и их выплатам (см. главу 5). В частности, во всех странах, охваченных обзором EC-SILC, дети в семьях с одним родителем, которым чаще всего являются женщины, в большей мере подвержены риску бедности, чем дети в полных семьях. И в этом случае также наблюдается вариабельность между странами. На рис. 4.2 приводится сравнение уровней детской бедности в семьях с одним родителем с детской бедностью во всех семьях в странах, принимавших участие в исследовании EC-SILC. При этом первый показатель во всех странах выше. Этот уровень в семьях с одним родителем был менее 20% в Дании, Швеции и Норвегии, однако превышал 40% в 13 других странах (82).

Разброс в показателях бедности по различным странам ЕС проиллюстрирован на рис. 3.21

(глава 3), где показано, что страны различаются по тому, в какой мере они сокращают показатели детской бедности путем социальных пособий – от всего 14% в Греции до 66% в Австрии.

Имеется лишь немного сравнимых данных по детской бедности в странах Региона за пределами ЕС. Например, ЮНИСЕФ и другие организации проводили сравнение этого показателя в СЦВЕ и странах СНГ с использованием социальных индикаторов для оценки материальной депривации, что обнаружило значительную вариабельность между странами по этим показателям. Стратегии социальной защиты семей с детьми в СЦВЕ и странах СНГ обсуждаются ниже.

#### **4.2.4 Социальная защита семей с детьми в СЦВЕ и странах СНГ**

До начала переходного периода в СЦВЕ и СНГ, несмотря на низкие уровни подушевого дохода и ВВП, политика социальной защиты в этих странах обеспечивала детям определенный уровень гарантии против крайней бедности. В общем плане имелась бесплатная медицинская помощь, бесплатное образование и система государственных дошкольных детских учреждений, а также гарантированная занятость и всеобщий охват выплатами пособий на ребенка (82).

**Рисунок 4.2**

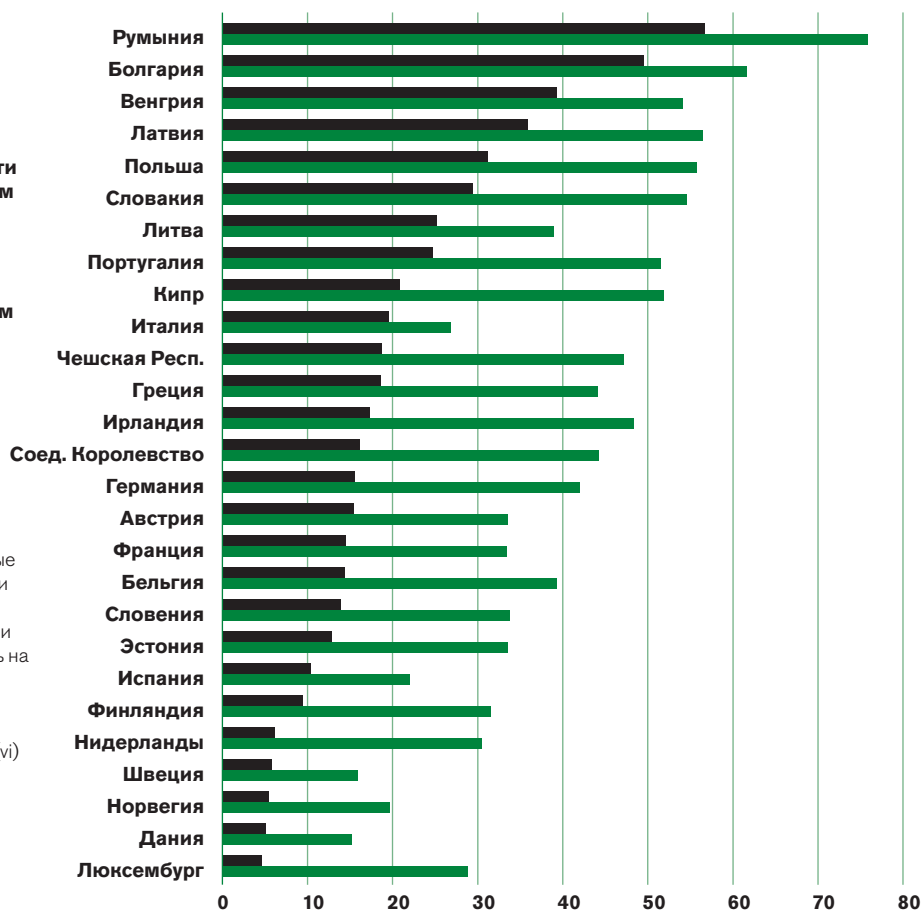
**Показатели детской бедности: процент детей в семьях с отсутствием по крайней мере трех пунктов из перечня депривации<sup>а</sup>, сравнение детской бедности в семьях с одним родителем и со всеми остальными семьями**

■ Все семьи

■ Семьи с одним родителем

<sup>а</sup> Использован индикатор материальной депривации, применяемый Европейской комиссией. Он основан на ответах на вопросы о том, имеет ли семья достаточно средств, чтобы быть в состоянии: (i) оплачивать стоимость жилья и коммунальные услуги; (ii) в достаточной степени отапливать жилище; (iii) справляться с непредвиденными расходами; (iv) через день иметь на обед мясо, рыбу или пищу с эквивалентным содержанием белков; (v) совершать ежегодно недельную отпускную поездку; (vi) иметь автомобиль; (vii) иметь стиральную машину; (viii) иметь цветной телевизор; (ix) иметь телефон.

Источники: Bradshaw (82); Eurostat (87).



С наступлением переходного периода была введена плата за медицинское обслуживание и образование, государственные дошкольные учреждения закрыты, взамен которых появились соответствующие платные услуги. Росла безработица, и в то время как некоторые страны вновь ввели накопительную систему страхования против безработицы, она защищала только работающих по найму в официальном секторе экономики. Сдвиг от двух работающих родителей к одному работающему или к семьям, где никто не работал по найму, привел к снижению семейного дохода. Средством, апробированным во многих странах, были денежные пособия семьям с детьми. В настоящее время ни в одной из стран СНГ или СЦВЕ не обеспечен по-настоящему всеобщий охват детскими пособиями. В большинстве стран денежные пособия выплачиваются семьям с детьми в так называемых целевых (адресных) схемах социальной помощи, которые поддерживает Всемирный банк (82).

В типичных случаях схемы целевой социальной поддержки используют крайне усложненные процедуры для оценки материального положения. Таким образом, помощь предоставляется только тем целевым группам, которые, как правило, находятся в крайне необеспеченном положении, в то же время многие бедные семьи не получают этой поддержки, либо потому что

они не соответствуют критериям материальной обеспеченности, либо потому что они не обращаются за такой помощью. Низкооплачиваемые работающие семьи также часто исключены из таких программ, и поскольку большинство необеспеченных детей живут в семьях с низким доходом в работе по найму, такая целевая помощь имеет ограниченный эффект в плане сокращения детской бедности (82). Там, где помощь предоставляется, она обычно недостаточна для того, чтобы вывести семьи из бедности. Целевые схемы – это часто дорогой и сложный для управления метод, открытый для коррупции. Проверка материального состояния и ограничения на работу по найму подрывают стимулы работать, а также заставляют людей отказываться от получения или скрывать наличие помощи от родственников за рубежом; это также может влиять на условия заключения брака и общего владения семейной собственностью. В результате экономического спада увеличивается число детей, страдающих от бедности, поскольку уровни безработицы растут, а размеры пособий и предоставляемых услуг сокращаются (82).

Bradshaw et al. (338) предприняли сравнение структуры и уровня налогов и пакетов пособий в СЦВЕ и СНГ. На рисунке 4.3 на примере ряда стран показана структура дохода семьи с двумя

**Рисунок 4.3**

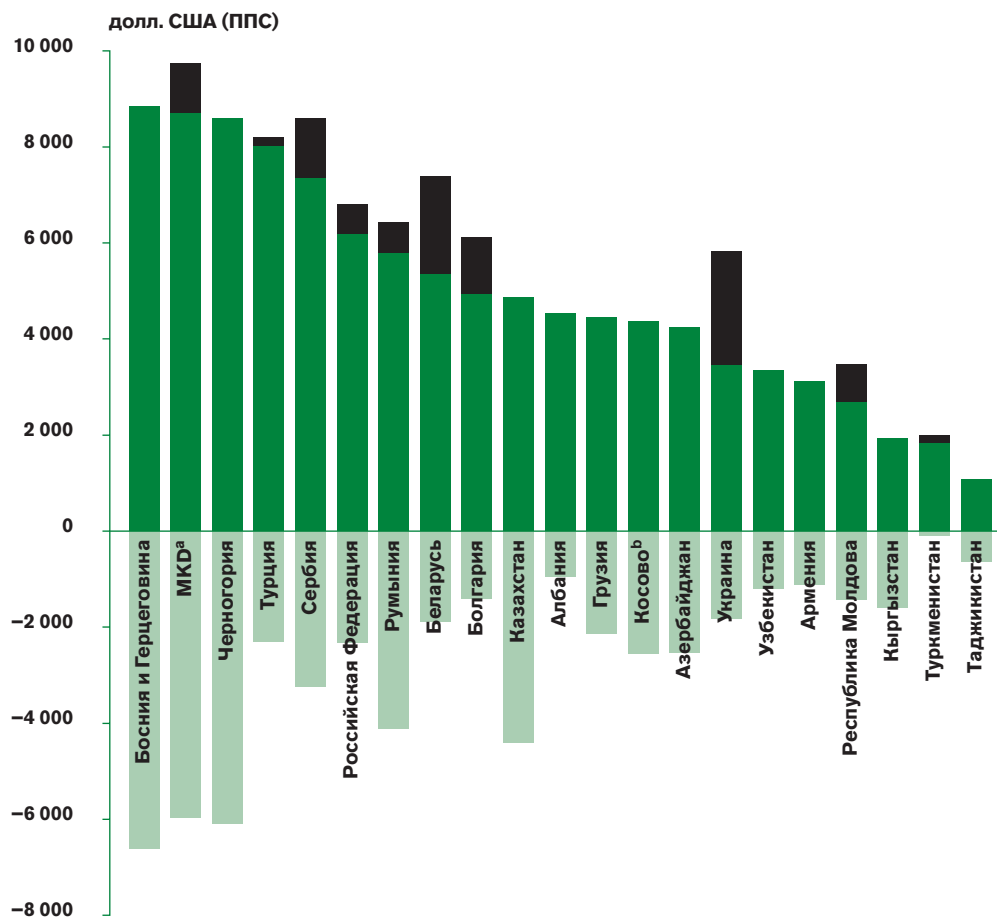
**Заработок, расходы и получаемые пособия для семьи с 2 детьми (в возрасте 2 лет 11 мес. и 7 лет) с размером заработной платы, составляющим половину от среднего, СЦВЕ и СНГ, июнь 2009, в долл. США ППС на 2007 г., из расчета за год**

- Пособия
- Заработок
- Вычеты и расходы

<sup>a</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

<sup>b</sup> Косово (в соответствии с резолюцией 1244 Совета Безопасности (1999)).

Источник: Bradshaw (82).



детьми и одним работающим родителем, который получает половину от средней по стране заработной платы, – типичной бедной рабочей семьи. Заработок и размер пособий представлены в качестве положительных величин, а подоходный налог, взносы на социальное страхование и вычеты за услуги, такие как здравоохранение и образование, показаны в качестве отрицательных величин.

Из графика видно, что денежные пособия дают крайне незначительный вклад в чистый доход семей с низким уровнем заработка. Во всех странах за исключением Беларуси и Украины они составляют менее четверти от суммы дохода. Расходы на налоги и услуги в семьях в большинстве стран превышают стоимость денежных пособий, это означает, что чистая ценность поддержки, предоставляемой государством (денежные пособия за вычетом стоимости услуг), имеет для малообеспеченных семей с детьми отрицательную величину.

Результат данной политики таков, что дети в семьях с низким уровнем дохода получают меньший объем поддержки от государства по сравнению с условиями до переходного периода. График на рисунке 4.3 показывает, что уровни затрат на социальные пособия в СЦВЕ и СНГ недостаточны для эффективного сокращения детской бедности. Средние расходы на

семьи с детьми в странах ОЭСР в 2007 г. составили 2,25% ВВП. Средние расходы на пособия для семей в СЦВЕ и СНГ были менее 1% (339) и во многих странах еще гораздо меньше.

Вслед за ослаблением мер социальной защиты во время переходного периода повысились цены на пищевые продукты и нефть и наступил экономический спад. ЮНИСЕФ в течение десятилетий выражает озабоченность в связи с данной ситуацией. В настоящее время имеется экстренная потребность поддержать аргументацию для обеспечения минимального уровня социальной защиты, так чтобы каждой семье, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, были предоставлены условия, необходимые для здоровой жизни (рекомендация 2(a)(iii)).

## 4.3

### Развитие в детском возрасте

#### Рекомендация 1(b).

**Обеспечить всеобщий доступ к высококачественным и приемлемым по стоимости услугам ухода, воспитания и образования в раннем детском возрасте.**

#### Конкретные действия

(i) Обеспечить всеобщий доступ к высококачественным, приемлемым по стоимости услугам ухода, воспитания и образования в раннем детском возрасте в качестве фундамента для устранения социальных несправедливостей в получении образования, снижения нищеты и содействия гендерному равенству.

(ii) Приложить особые усилия к тому, чтобы образовательными услугами были охвачены дети, подверженные множественным рискам социального отчуждения, в частности:

- (a) с ограниченными физическими или психическими возможностями;
- (b) из семей мигрантов;
- (c) представители этнических меньшинств, таких как народность рома.

#### 4.3.1

##### Введение

Как показано в разделе 4.2., развитие в детстве закладывает фундамент здоровья и благополучия в течение всей последующей жизни. Действия, способствующие физическому, когнитивному, социальному и эмоциональному развитию, жизненно важны для всех детей начиная с самого раннего возраста, и их следует настойчиво проводить на протяжении всего детства и подросткового периода.

Определение понятия ранних лет жизни варьирует в широких пределах по странам Региона. «Ранние годы жизни» (early years), или «раннее детство» (early childhood) – это период с момента зачатия плода до возраста начала обязательного школьного обучения, который различается по странам. Международные фактические данные последовательно поддерживают предположение о том, что ранние годы жизни ребенка, включая внутриутробный период, закладывают основу для последующего благополучия взрослого человека. Ввиду особенностей этапа раннего детства услуги, поддерживающие этот этап развития, затрагивают разные поколения и предполагают мультидисциплинарное участие, включая здравоохранение, образование и социальное обеспечение, и нацелены как на самих детей, так и на родителей (307).

#### Примеры: поддержка родителей/семей

##### Центры здоровья для детей раннего возраста, Нидерланды

Эти центры выполняют три основные задачи: вакцинацию, проверку состояния здоровья и выявление возможных нарушений физического развития детей, а также просвещение молодых родителей по вопросам питания, гигиены и семейной медицины. Центры предоставляют услуги бесплатно и расположены поблизости от мест проживания. Центры здоровья для детей раннего возраста являются частью центров для молодежи и семей, которые были созданы в рамках инициатив по организации системы семейной поддержки.

##### Детские центры «Надежный старт», Соединенное Королевство

Центры «Надежный старт» предоставляют всеобщие бесплатные услуги с более целевой поддержкой для тех, кто подвержен повышенному риску. Эти службы оказывают поддержку всем семьям с детьми с периода беременности до начала школьного обучения. Все они проводят мероприятия, не лимитированные рамками каких-либо узких программ, через активный выход на места, групповую работу и индивидуальные взаимодействия. Некоторые из центров в своей работе используют и официальные программы.

##### Ассоциация «Aprender em Parceria» (A PAR) [ассоциация обучения в партнерстве, Португалия]

A PAR – это программа, направленная на детей раннего возраста, цель которой – оказывать поддержку и помощь родителям маленьких детей, проживающим в неблагополучных сообществах, путем сочетания индивидуальных подходов и мер на уровне местных сообществ. Программа призвана содействовать: формированию привязанности между родителями и детьми; повышению самооценки; развитию интереса к обучению, любознательности и уверенности в себе; учебной успеваемости детей; школьной посещаемости; социальной взаимопомощи между семьями на уровне местного сообщества. Отчет показал наличие позитивных результатов.

##### Другие примеры

В европейских странах используется ряд систематических индивидуально адаптированных вмешательств, таких как «Незабываемые годы» и семейное партнерство с медицинскими сестрами, изначально разработанных в США.

Источник: Currie et al. (307).

### 4.3.2

#### Развитие детей раннего возраста

Фактические данные, представленные в главе 3, показывают, что первые три года жизни – это то время, когда можно заложить прочную основу для улучшения последующих жизненных шансов. Любящая, отзывчивая, заботливая и стимулирующая среда поддерживает активное развитие ребенка в ранние годы. Система здравоохранения – это часто важный контактный пункт для семей, которые нуждаются в поддержке для создания такой среды. Она предоставляет возможности для улучшения развития детей, например за счет программ, которые обеспечивают поддержку семьям и матерям силами медсестер в период беременности и в ранние годы жизни ребенка. Это важно для тех семей, где необходима поддержка на ранних этапах, как показано в разделе 4.2, поскольку во многих странах такие семьи не обращаются за помощью, особенно в странах с низким уровнем дохода, а также там, где существует более традиционное отношение к роли женщины и воспитанию детей и где формальные услуги дошкольного образования или детских садов начинаются в возрасте 3 или 4 лет (см. рис. 3.25–3.28).

Для сокращения несправедливостей в развитии детей необходимо создавать системы, обеспечивающие каждому ребенку благоприятный жизненный старт. Как показано в разделе 4.2, системный подход включает обеспечение безупречной медико-санитарной помощи до и после рождения, наличие систем занятости и социальной защиты, в которых учитываются риски, создаваемые нищетой и стрессом в раннем возрасте, а также хорошую организацию отпусков родителей по уходу за ребенком, поддержку материнства и отцовства и высококачественное образование и уход в раннем возрасте.

#### Европейский контекст услуг для детей раннего возраста

Услуги для детей раннего возраста состоят из двух основных категорий: поддержка родителей и семей, а также образование и воспитание детей раннего возраста (ОДРВ). Осуществление конкретных мер зависит от социокультурного контекста и финансовой доступности, последняя во многом определяется развитием и прочностью национальной экономики. Отношение к работе женщин по найму и пользованию дошкольными детскими учреждениями для ухода за маленькими детьми, а также степень, в которой государство участвует в консультативной помощи по вопросам родительского ухода и воспитания, широко варьируют по странам. В южных культурах традиционно мужчина является основным источником дохода, в таких странах менее развиты схемы социальной помощи и предпочитается прочная независимость семьи (340). В других странах поддержка родителей в

плане ухода за ребенком рассматривается в контексте гендерного равноправия, и поэтому имеются эффективные системы для защиты женщин от невыгодных ситуаций на рабочем месте. Детские субсидии, щедрые условия предоставления отпуска по уходу за ребенком и гибкого рабочего графика являются характерными чертами стран Северной Европы.

Как обсуждалось в главе 3, предоставление поддержки и услуг для детей раннего возраста широко варьируют, и при этом во многих странах имеются явные несправедливости в доступе к этим услугам и их использовании (см., например, рис. 3.26).

#### ОДРВ

В большинстве европейских стран имеется та или иная форма субсидируемых государством и аккредитованных служб ОДРВ для детей до обязательного школьного возраста. При этом используются две модели предоставления услуг:

- двухэтапная модель (0–3 года и 3–6 лет);
- объединенная модель, которая охватывает все возрастные группы от рождения до поступления в школу.

Имеющиеся данные научных исследований о влиянии ОДРВ показывают, что, хотя и существует незначительный риск, связанный с многочасовым пребыванием маленького ребенка в условиях коллективного ухода, все дети получают пользу для социального и когнитивного развития от использования услуг дошкольных учреждений в раннем возрасте к тому времени, когда они достигают возраста 2–3 лет (134,310,341–343). Дети из неблагополучных семей получают наибольшую пользу (344,345), особенно при высококачественном предоставлении услуг (346).

Свидетельства о пользе дошкольных учреждений, особенно в условиях высококачественного ОДРВ, значительны и приводятся во многих странах. Такие данные оказали большую помощь в расширении служб образования и ухода за детьми раннего возраста в Соединенном Королевстве. При этом качество может иметь прямую связь с более благоприятными показателями развития детей (346), а анализ «затраты–выгоды» также дал позитивные результаты. Полезный эффект более выражен для неблагополучных слоев населения, однако благодаря сокращению преступности и антисоциального поведения и более благоприятным шансам на трудоустройство общее население также выигрывает (307). Имеется прочная аргументация для того, чтобы рекомендовать создание дошкольных служб повсеместно – с адаптацией конкретных услуг пропорционально потребностям.

Участие в ОДРВ значительно выросло в течение последних десятилетий, однако, как показано



в главе 3, во многих странах Европы его уровень остается ниже, чем, например утвержденный странами ЕС в 2002 г. - обеспечить (к 2010 г.) места для полудневного пребывания в официальных детских учреждениях не менее чем для 90% детей от 3 лет до достижения школьного возраста и по меньшей мере для одной трети детей младше 3 лет. Прогресс в достижении этой цели неравномерен: 5 стран превысили 33%-ный целевой показатель для детей младше 3 лет и 5 других приближаются к нему, но большая часть отстает; 8 стран превысили 90%-ный целевой показатель для детей старше 3 лет, однако охват составляет менее 70% в одной трети государств-членов. Министры образования ЕС закрепили этот подход в 2009 г. путем установления нового европейского ориентира – к 2010 г. не менее 95% детей в возрасте от 4 лет до обязательного начала школьного обучения должны быть охвачены ОДРВ (348).

Как обсуждается в главе 3, в то время как данные из стран Европейского региона, не входящих в состав ЕС, менее широко доступны, чем для стран ЕС, фактические данные, представленные ЮНИСЕФ, иллюстрируют значительную вариабельность в пропорции детей, посещающих дошкольные учреждения, в СНГ и СЦВЕ (рис. 3.25). Дети из наиболее бедного квинтиля по семейному благосостоянию с меньшей вероятностью посещают какие-либо учреждения для образования детей раннего возраста по сравнению с наиболее богатым квинтилем (рис. 3.26).

Реализация потенциала ОДРВ для сокращения несправедливостей, особенно в отношении традиционно исключенных групп, таких как сообщества рома и мигранты, зависит от планирования и организации системы ОДРВ. Универсальный охват повышает вероятность сокращения несправедливостей, которые характеризуются градиентом неблагополучия. Службы семейной поддержки также имеют важнейшее значение, но они могут лишь временно сглаживать негативное воздействие более широких проблем бедности и неблагополучия. Они не влияют на глубинные причины бедности в семье, однако показано, что благодаря эффективным вмешательствам дети получают шансы более высокого дохода на последующих этапах жизни (307).

По данным сравнительного анализа дошкольного образования в СЦВЕ и СНГ, в странах с более высоким уровнем дохода (ВВП) на душу населения отмечаются более высокие уровни посещаемости дошкольных учреждений (рис. 4.4).

На рис. 4.5 показано, что, хотя согласно фактическим данным в ряде стран с 2000 г. посещаемость дошкольных учреждений повышается, в некоторых странах уровни посещаемости по-прежнему ниже 50%.

## Примеры: позитивное влияние ОДРВ

### Соединенное Королевство

Программа предоставления эффективного дошкольного и начального школьного обучения в Северной Ирландии продемонстрировала прочные свидетельства долгосрочной пользы ОДРВ для всех детей (134,311,347).

### Франция

Бесплатное дошкольное образование для детей в возрасте от 3 до 6 лет в период с 1960-х по 1970-е годы привело к значительному росту посещаемости дошкольных учреждений. Фактические данные показали, что это привело к повышению дохода в последующей жизни и сокращению неравенств по уровню дохода, поскольку дети из менее благополучных семей получили более значительную пользу (344).

### Швейцария

Фактические данные показали, что при расширенном использовании системы дошкольного образования улучшилась межпоколенческая образовательная мобильность детей и что это принесло больше пользы для детей из менее благополучных семей (345).

### Норвегия

В 1970-е годы была расширена система дошкольного образования для детей в возрасте от 3 до 6 лет, и результаты показали, что дети, посещавшие дошкольные учреждения, впоследствии получили более высокие уровни образования и более качественное трудоустройство (344).

С учетом объективно доказанной пользы дошкольного образования для всех детей необходимо обеспечить доступ к всеобщим высококачественным услугам для детей раннего возраста, вне зависимости от того, работают родители или нет. Следует уделять особое внимание обеспечению поддержки пропорционально потребностям. Программы поддержки семей и развития родительских навыков наряду с поддержкой по вопросам здоровья и благополучия, предоставляемые для детей раннего возраста, – это ценное дополнение, которое помогает обеспечить наиболее широкое возможное использование этих услуг в приоритетных группах. Рекомендации обзора нацелены на решение этой задачи.

## 4.3.3

### Старшие периоды детства

Старшее детство начинается с начала школьного обучения и заканчивается к периоду взросления. На этом этапе усиливается влияние сверстников, школы и сообщества. В процессе разработки и проведения политики основное значение в качестве фактора влияния на детей и подростков,

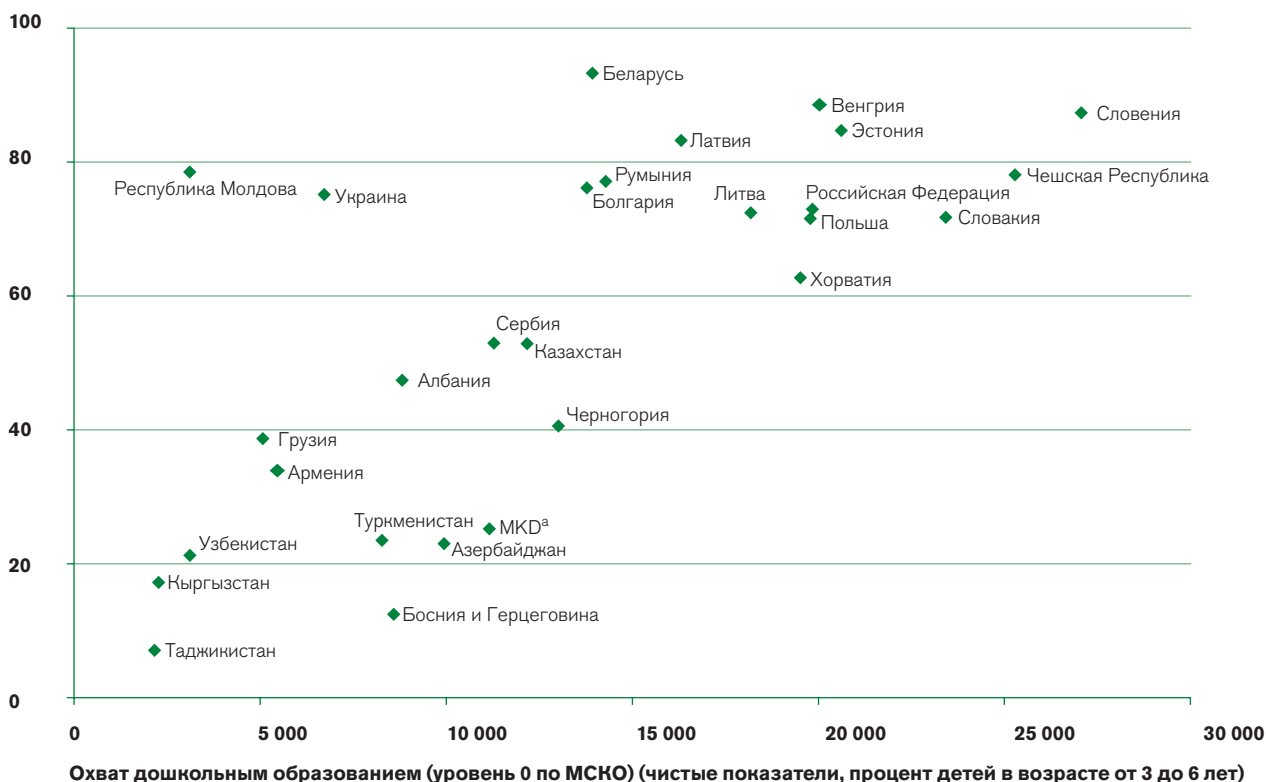
**Рисунок 4.4**

**Посещаемость дошкольных учреждений в соотношении с ВВП в СЦВЕ и СНГ, 2008 г.**

<sup>a</sup> МКД – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источник: TransMonEE (52).

Процент охвата

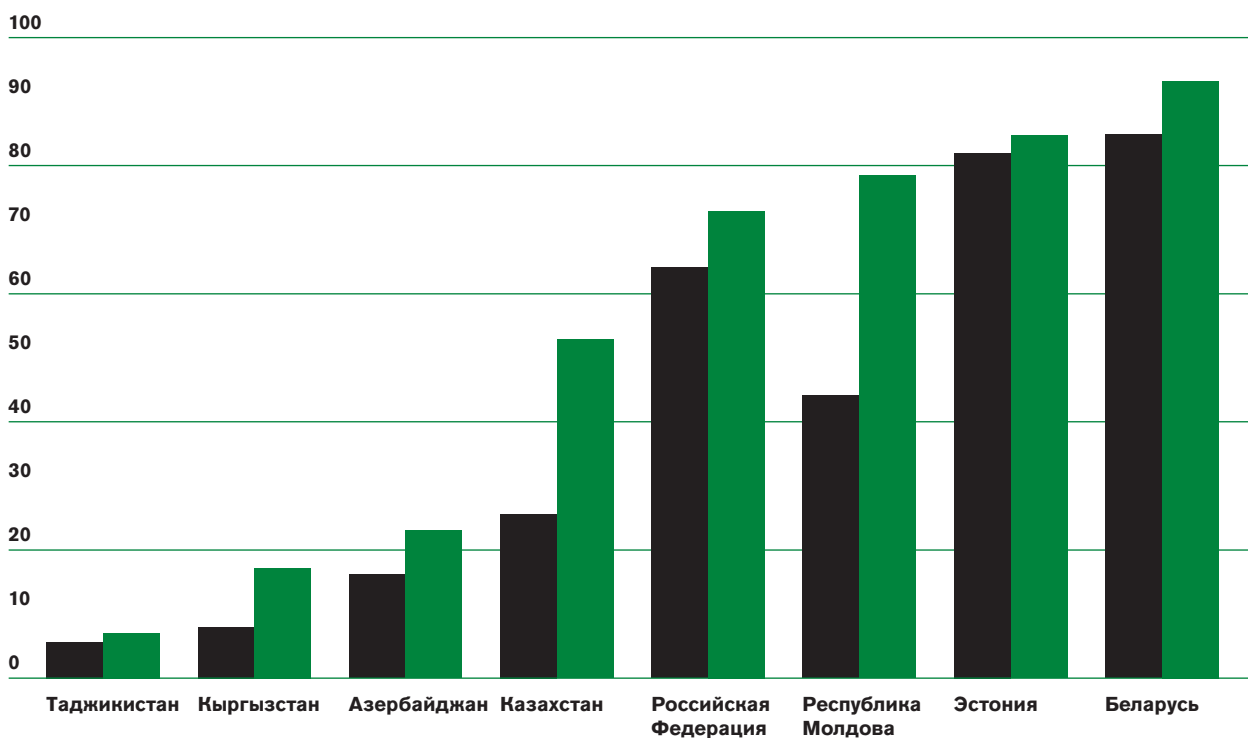


**Рисунок 4.5**

**Посещаемость дошкольных учреждений (чистые показатели, процент детей в возрасте от 3 до 6 лет, отдельные страны, 2000 и 2010 гг.)**

■ 2000 г.  
■ 2010 г.

Источник: TransMonEE (52).



как правило, придается школе. В менее обеспеченных странах предоставление услуг здравоохранения может быть неполным, однако практически во всех странах Региона имеется всеобщее начальное образование и в большинстве – также всеобщее среднее образование.

Важность ОДРВ констатируется исходя из наличия системы всеобщего высококачественного бесплатного начального и среднего образования. В большинстве стран Региона имеются хорошо налаженные системы, однако в некоторых может быть ограничен доступ к среднему образованию для девочек. Это не только влияет на сохранение гендерного неравенства на протяжении всей жизни, но также снижает потенциальные возможности стран в плане экономического роста и развития. Обеспечение равного для всех доступа и сокращение различий в качестве итоговых результатов между школами внутри стран также улучшат конечные показатели для всех.

Дети и подростки тем не менее проводят гораздо больше времени вне школы, чем на уроках, и многие прекращают учиться, как только завершена обязательная стадия обучения. При разработке политики в отношении старших периодов детства следует учитывать значение семьи, групп сверстников и сообщества.

### Общее благополучие

Ранние годы жизни оказывают мощное влияние на развитие головного мозга, однако в подростковом возрасте также происходят дальнейшие неврологические и биологические изменения. Поэтому подростки и молодые взрослые подвержены большей опасности привлечения к рискованным видам поведения (в том числе относящимся к употреблению психоактивных веществ и сексу), чем лица старше 25 лет (349). Наиболее часто используемые нейронные проводящие пути в нервной системе укрепляются путем процесса, который носит название «синаптическая расчистка» (synaptic pruning), при котором редко используемые связи устраняются (350). Учет продолжающегося неврологического развития в подростковом периоде подчеркивает важность тщательного и заботливого воспитания подростков, в частности родителями, для того чтобы содействовать позитивным аспектам поведения и обеспечивать продолжение позитивного стимулирования путем передачи опыта и предоставления возможностей (351).

Подростки из более бедных семей, так же как и дети раннего возраста, в большей степени подвержены риску неэффективного родительского воспитания по сравнению с их более благополучными сверстниками, они чаще вынуждены учиться в школах плохого качества и проживать в неблагоустроенных кварталах. Следовательно, у них заведомо хуже шансы в отношении дальнейшей жизни (352,353). Бедность создает больше

### Примеры из практики: координированные программы действий в области здравоохранения

Особенностями координированных программ действий в области здравоохранения являются:

- стратегический подход к лидерству на национальном уровне;
- определение четких приоритетов, при возможности дополненное целевыми ориентирами, выражаемыми количественно;
- сбор данных;
- мобилизация широкого спектра ресурсов на всех уровнях;
- использование школы как основной базы, но с учетом и других контекстов.

### Национальная стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2005 г., Армения

Стратегия предусматривала сотрудничество между министерством здравоохранения, ЮНИСЕФ, НПО и профессиональными учреждениями и включала повышение квалификации сотрудников и разработку национальных стандартов оказания помощи, одобренных по итогам пробной реализации в пилотных районах. Цели включали обязательный скрининг.

### Национальная программа здорового питания, Франция

Программа была нацелена на сокращение распространенности ожирения среди детей и подростков путем принятия профилактических мер в области питания для всего населения и специальных подгрупп, а также путем скрининга детей во время медицинских осмотров. Программа позволила улучшить подходы к решению проблем питания и к борьбе с ожирением. Был рекомендован многопрофильный подход к борьбе с ожирением при сотрудничестве медицинских и немедицинских специалистов.

трудностей для обеспечения домашней среды, способствующей учебе, – например, как результат скученного проживания и нездоровых условий, – и при этом социально сегрегированные школы только усиливают это неблагополучие. Доступ родителей к трудоустройству не только сокращает бедность, но также улучшает семейную жизнь и обеспечивает развитие детей в ситуации, когда они понимают важность труда и трудоустройства в жизни взрослых. Школы могут играть важную роль в непосредственной работе с детьми и предоставлении родителям необходимой поддержки и советов по методике родительского воспитания и поведения.

Школы могут эффективно помогать в популяризации позитивного жизненного выбора для подростков и в предупреждении небезопасного сексуаль-

ного поведения, употребления табака, алкоголя, марихуаны и других психоактивных веществ. Это помогает подросткам развить навыки самодисциплины, включая принятие решений и преодоление тревоги, а также социальные умения, такие как навыки общения. Проведенные оценки учебных программ по жизненным навыкам показали, что они способствовали сокращению употребления табака, алкоголя и марихуаны на 50–75%. Позитивные результаты устойчиво сохранялись в течение около 6 лет, что означало сокращение масштабов употребления психоактивных веществ, более типичных для старшего подросткового возраста, – ингаляционных психоактивных веществ, наркотиков и галлюциногенов (351,354–357).

В более общем плане надлежащая поддержка в школах и со стороны родителей может помочь в развитии уверенности, высокой самооценки и устойчивости к негативным внешним воздействиям – всех качеств, которые помогут детям более уверенно принимать рациональные, конструктивные решения и защитить их от нарушений психического здоровья на более поздних этапах жизни.

### Результаты в плане образования

Для улучшения показателей образования важнейшее значение имеет качество и социальная справедливость (307). Крайне важно обеспечить необходимое число школьных мест; но то, что происходит в школе за пределами цифр статистики, также может влиять на сокращение несправедливостей.

Система образования дает детям и подросткам навыки и знания, чтобы предоставить им возможность конкурировать в условиях глобализации экономики и рынка труда. Для этой системы важнейшее значение имеют три следующие характеристики:

- наличие широких возможностей для получения молодежью знаний;
- реализация этих возможностей с помощью высококвалифицированных преподавателей, использующих эффективные педагогические приемы в хорошо организованных школах;
- согласованный характер и направленность на обучение всех аспектов школьной системы: учебной программы, методики оценки, стимулов для преподавателей, а также организации перехода между стадиями образования.

Параметры качества и справедливости следует рассматривать совместно. Несправедливости в каждой образовательной системе относятся к социальным различиям, которые могут включать принадлежность к тому или иному социальному классу, гендеру или к сообществу мигрантов или этнических меньшинств. Проблемы не ограничиваются наиболее бедными странами; аналогичные черты наблюдаются и в благополучных, материально обеспеченных странах.

Для решения проблемы несправедливостей в образовательных результатах используются две стратегии: преодоление несправедливостей в отношении *возможностей* путем обеспечения равноценных возможностей для всех; преодоление несправедливостей в отношении *результатов* путем предоставления компенсаторных услуг для того, чтобы у учащихся была необходимая поддержка в устранении имеющегося неблагополучия.

Социальные детерминанты влияют на показатели как здоровья, так и образования. Усилия по улучшению одних, по всей вероятности, повлияют и на другие. Поэтому одновременное внедрение стратегий, влияющих на оба фактора, очевидно, усилит воздействие на каждый из них. Общегосударственные подходы более детально обсуждаются в главе 7.

### Период старшего детства в европейском контексте

По глобальным меркам Европейский регион является относительно богатым, однако существуют значительные различия между странами. Это оказывает влияние на услуги, предоставляемые детям, и те результаты, которых дети достигают (см. главу 3).

Существуют также значительные несправедливости между странами, отдельными территориями и социальными группами. Несправедливые различия среди детей и подростков связаны с характеристиками миграции в Европе. Материальное благополучие многих стран превращает их в магнит для миграции. Дети, которые мигрируют вместе со своими родителями, порой оказываются вырванными из привычной обстановки, получают неадекватные услуги и становятся относительно изолированными в принимающих их странах. Ниже описаны некоторые перспективные стратегии, разработанные различными службами и примененные в разных странах. Однако не все из них были тщательно оценены, а те, что были, – возможно, применялись в крайне узкой группе детей и подростков.

Примеры программ на базе школ ведут к переосмыслению роли школ. Хотя их первичным предназначением остается образование, многие страны рассматривают модели «комплексной» или «расширенной» школы, которая становится базой для широкого круга мероприятий местного сообщества и услуг, способствующих улучшению показателей как образования, так и здоровья и др.

Для достижения этих целей школы, работающие по принципу «комплексных», должны стать не просто местом предоставления расширенных услуг воспитания и ухода за детьми. Они также должны, например, взаимодействовать со службами, которые направлены на сокращение антисоциального поведения, либо в рамках школ, либо путем присоединения к таким программам, как

### **Примеры из практики: программы на базе школ**

#### **Сеть «Школы за здоровье в Европе»**

Работа сети «Школы за здоровье в Европе» содействует оздоровлению школьных условий, что включает принципы активного вовлечения учащихся и общешкольные подходы с особым вниманием к вопросам устранения несправедливостей. Примером подхода «Школы за здоровье» является программа «Подтянись» (Shape-up). Эта программа была нацелена на преодоление проблем избыточной массы тела и ожирения среди детей и подростков (в возрасте от 4 до 16 лет) в 19 странах ЕС путем популяризации и содействия здоровому питанию и физической активности, сосредоточивая усилия на детерминантах в школе, семье, местных сообществах и на различных уровнях общества. В рамках программы «Подтянись» происходило вовлечение ряда учреждений в процесс достижения цели, при этом каждый участвующий город создавал местную группу содействия, которая состояла из специалистов и представителей руководства, для координации действий по различным направлениям. Вовлечение самих детей и подростков через их школы было ключевым фактором успеха программы. Ученики работали по программе изучения социальных детерминант ожирения и предлагали план действий, направленных на решение этой проблемы, с использованием подхода IVAC (анализ–план–действие–результат).

#### **Программы укрепления здоровья / воздействия на социальные детерминанты, Кипр**

Были выделены фонды в поддержку программ по укреплению здоровья и воздействия на социальные детерминанты в зонах образовательного приоритета или в целевых группах высокого риска. В некоторых проектах финансировались внешкольные мероприятия для детей из неблагополучных семей, а также поддерживалась работа с родителями, при которой они сами принимали решения, в каких мероприятиях хотели бы участвовать.

#### **«Учиться лучше жить вместе», Франция**

Эта программа укрепления здоровья, сосредоточенная на вопросах социального микроклимата, была реализована в 115 начальных школах. Ее цель заключалась в разработке устойчивых проектов по укреплению здоровья на базе школ путем расширения прав и возможностей местных структур и использования всестороннего подхода, который включал не только преподавание, но также и улучшение социальных и физических условий в школе и связей с семьями и сообществами. Оценка показала, что в результате осуществления программы уровень несправедливостей сократился.

#### **Проект школьных столовых, Дания**

Дети в этнических группах, помимо датских, живущие в неблагополучном районе Копенгагена, были активно вовлечены в создание новой школьной столовой, с помощью которой было улучшено здоровое питание учеников и повышен социальный капитал школы.

*Источник: Currie et al. (307).*

### **Примеры из практики: расширение роли школ**

ОЭСР опубликовала сведения о широком круге инициатив в Европе и других регионах по установлению сотрудничества между школами и службами местных сообществ. Приводятся следующие примеры:

- brede scholen (общинные школы), предлагающие широкий круг услуг в Нидерландах;
- школы в Швеции, которые часто предлагают такие услуги, как консультирование, помощь в учебе и организация активного отдыха для детей;
- меры по установлению партнерства школ и сообществ, обычно поддерживаемые силами НПО, в некоторых странах Восточной Европы (360).

Государственные школы в Соединенном Королевстве (Англия) предлагают доступ к определяемым на местном уровне «расширенным» услугам, которые включают следующее: мероприятия во внешкольное время; обучение и уход за детьми; поддержка семей; просвещение для взрослых; доступ служб местного сообщества к школьным помещениям; тесное партнерство со специализированными службами, такими как охрана здоровья и социальная помощь. Эти возможности предоставляются всем желающим либо целевым группам. Школы в неблагополучных районах часто предлагают максимальный спектр таких услуг. Оценка выявила значительное влияние на образовательные и другие (в том числе медицинские) результаты для детей и взрослых, подверженных максимальному риску, хотя фактические данные по общим результатам и устоявшимся различиям носят менее убедительный характер (361).

функциональная семейная терапия, которые, как известно, помимо своих прочих результатов способствуют сокращению преступности (358).

Школы также могут расширять свои учебные программы и включать в них вопросы развития социальных навыков. Так, например, программа начальной школы «Развитие альтернативных стратегий мышления» (PATHS) предназначена для развития самоконтроля, самооценки, эмоциональной осведомленности и навыков межличностного решения проблем. Оценка программы PATHS выявила позитивный эффект в плане сокращения уровней депрессии среди школьников, снижения агрессивности и антисоциального поведения среди сверстников, а также улучшения микроклимата в классе. Программы обучения жизненным навыкам для детей в



## Примеры из практики: стратегии приоритетов в сфере образования

### Образовательная программа для детей народности рома, Греция

Осуществленная силами университета Иоаннина в конце 1990-х – начале 2000-х годов, эта программа была направлена на улучшение жилищных и образовательных условий для сообществ рома. В рамках программы проводилась систематическая учебная поддержка для детей рома, развивались посреднические связи между школами и семьями для выстраивания взаимоотношений и информирования семей о важности школы. Было оказано содействие в школьной интеграции и организованы музыкальные кружки, для того чтобы отразить ценность культурного капитала и языка рома. Другие мероприятия включали создание базы данных для мониторинга процесса школьного обучения, а также подключение СМИ для предоставления информации и повышения уровня осведомленности о программе. Были опубликованы позитивные результаты относительно повышения школьной посещаемости и сокращения отсева из школ, а также более высоких показателей дальнейшего продолжения образования.

### Мероприятия для детей народности рома, Румыния

Был внедрен ряд мер, направленных на улучшение показателей для детей народности рома, включая следующие:

- классы «Второй шанс» (интенсивного обучения) для детей, которые ранее не смогли закончить начальную или среднюю школу;
- резервирование мест для студентов народности рома в средней школе и в университетах;
- развитие преподавания и обучения на языке рома;
- наем посредников из числа сообществ рома для развития сотрудничества между школами и сообществами рома;
- повышение квалификации учителей, не принадлежащих к сообществу рома, по вопросам межкультурного обучения.

Источник: Currie et al. (307).

## Примеры из практики: территориальные инициативы

### Инициатива Баллимун, Ирландия

Этот бедный район Дублина в свое время был известен своими социальными проблемами. В рамках партнерства, финансируемого правительством, но управляемого на местном уровне, проводилась работа по физической реконструкции территории с упором на улучшение доступа к высококачественным услугам ухода за детьми, содействие развитию местного сообщества, оказание поддержки жителям в трудоустройстве, разработку координированной стратегии обучения в школе и на протяжении всей жизни и содействие экономическому развитию района. Данная территориально ориентированная программа внесла вклад в объединение усилий партнеров для разработки координированных стратегий и привлечения дополнительных ресурсов в регион.

### Детская зона Гарлема, Нью-Йорк

Являясь частью инициативы «Перспективные кварталы» (Promise neighborhoods), разработанной в США, эта идея стала также приобретать сторонников в некоторых европейских странах. Она направлена на параллельное решение широкого спектра проблем семей и сообщества и оказание координированной поддержки в развитии детей путем сочетания четких образовательных механизмов от раннего детства до взрослого возраста, совершенствования и реформы школ, социальных и медико-санитарных вмешательств для детей и семей, а также стратегий развития местных сообществ.

Источник: Currie et al. (307).

возрасте от 9 до 15 лет в Соединенном Королевстве привели к сокращению употребления табака, психоактивных веществ и алкоголя (359).

Другим подходом, который направлен на заполнение разрыва в учебных достижениях между детьми из более и менее обеспеченных семей, являются стратегии приоритетов в образовании. В этих стратегиях дополнительные ресурсы обычно направляются в места наибольших потребностей – либо по критериям индивидуального риска, либо в конкретные группы высокого риска, где имеется низкая успеваемость и сниженные последующие жизненные шансы. Таким образом часто осуществляются программы, нацеленные на детей из сообществ рома (362). В целом успех стратегий приоритетов носит смешанный характер.

Территориальные инициативы, так же как и стратегии приоритетов, ориентируют дополнительные ресурсы на конкретные неблагополучные районы путем проведения ряда вмешательств, включая физическую реконструкцию объектов, развитие сообщества, улучшение школ и предоставление услуг ухода за детьми. Особый вклад этих инициатив заключается в их

возможности объединить усилия партнеров для развития координированных стратегий и привлечь новые ресурсы в данное направление, однако их недостатком является неспособность охватить детей, которые, может быть, имеют аналогичные уровни неблагополучия, но не проживают в бедном регионе, а также значительное число достаточно обеспеченных семей, которые тем не менее проживают в бедных районах.

Стратегии *инклюзивного образования* были изначально предназначены для того, чтобы предупредить маргинализацию детей с ограниченными возможностями и предоставить им возможность посещения обычных школ при условии определенных приспособлений и поддержки, соответствующих степени их инвалидности. Эти стратегии начали приобретать более широкие масштабы, воздействуя на проблемы бедности и статус этнических меньшинств с целью сокращения социального отчуждения, ведущего к повышению уязвимости (см. главу 5). В Польше усилия по внедрению такого подхода столкнулись с нежеланием родителей развивать инклюзивные стратегии. Опыт Польши не являлся нетипичным в том, что более материально обеспеченные родители опасаются снижения качества обучения при наличии смешанных групп.

### **Всеобъемлющие интегрированные подходы к предоставлению услуг детям и семьям**

Многие из стратегий и подходов, описанных выше, основываются на совместных усилиях различных служб, направленных на одновременное и скоординированное решение широкого спектра вопросов. В Европе и других регионах имеется опыт амбициозных попыток вовлечь развитие долгосрочных широкомасштабных стратегий и/или формальные интеграции в сферу услуг для детей и семей. Инициатива «Важен каждый ребенок» в Соединенном Королевстве (Англия) (362) – наглядный пример таких усилий по интегрированию услуг для детей и семей на всех уровнях и по всем профессиональным направлениям. Эта программа содействовала междисциплинарному сотрудничеству и большему единству подходов в рамках всей системы путем создания общего набора целей и параллельных структур от центрального уровня до местного и исполнительного. Данная инициатива тесного сотрудничества продолжает осуществляться во множестве местных территорий, несмотря на изменение приоритета со стороны центрального правительства.

Краткосрочные вмешательства могут быть эффективными, но нередко имеют ограниченную сферу охвата и никогда не способны к преобразованию. Для достижения существенных сдвигов должны осуществляться более устойчивые, широкомасштабные, интегрированные и интенсивные стратегии. Воздействие на социальные детерминанты, как правило, требует стратегий, координированных между системами, и, возможно, структурных реформ. Однако нужны также и

## **Примеры из практики: инклюзивное обучение**

### **Польша**

Школы, НПО, фонды и средства массовой информации объединили свои усилия по борьбе со структурным социальным отчуждением (обусловленным образованием, доходом и местом проживания), физическим отчуждением (в результате нарушения здоровья или инвалидности) и нормативным отчуждением (в результате употребления алкоголя, психоактивных веществ и социальных отклонений). Среди препятствий отмечалось нежелание родителей, чтобы дети со специальными образовательными потребностями обучались в обычных классах, избыточные бюрократические проблемы и недостаток финансирования для работы НПО.

### **Фонд образования рома, Центральная и Юго-Восточная Европа**

Созданный в 2005 г. фонд является ключевым действующим фактором в расширении образовательных возможностей для сообществ рома. Его целью является заполнение пробела в образовательных показателях между детьми народности рома и остальными детьми путем реализации различных стратегий и программ, включая десеграцию образовательных систем (363).

соответствующие механизмы реализации для того, чтобы обеспечить необходимые сдвиги (см. главу 8). Могут принести полезный эффект и действия на местном уровне, особенно если учителя, сотрудники учреждений первичной медико-санитарной помощи и местные руководители будут работать вместе для достижения общих целей. Школы играют важнейшую роль в преодолении социальных несправедливостей, концентрируя внимание на вопросах обучения и поддерживая вклад местных партнеров в помощь семьям. Школы также играют ключевую роль в развитии самодостаточности и самодисциплины у детей и подростков.

### **4.3.4**

#### **Вопросы, касающиеся всех детей**

В разделе 4.3 описан ряд условий – семейных, домашних, школьных и на уровне местного сообщества, а также принципы, которые можно использовать для предоставления услуг в целях получения более благоприятных результатов для детей в ранние годы жизни и более старших периодах детства. К ним относятся:

- расширение роли школ как базы для других услуг, предназначенных для детей и семей, в целях более эффективного использования ограниченных финансовых ресурсов местных сообществ;
- мобилизация и координация вклада гражданских партнеров – весьма ценного в усилиях по сокращению несправедливостей;

- вовлечение самих детей в качестве субъекта собственных прав в регулирование своей жизни и развитие потенциала для принятия разумных жизненных решений.

Эти инклюзивные и ориентированные на действия образовательные и учебные подходы, по всей видимости, эффективно работают в местных сообществах с ограниченными ресурсами.

Важно, чтобы общий и более широкий контекст, в котором находится ребенок, также способствовал его развитию. Крайне важно, как показано в разделе 4.2, чтобы дети росли и развивались при наличии в семьях адекватных материальных ресурсов, которые обеспечивали бы для них эффективную поддержку, и при реальном доступе к возможностям образования. Обеспечение этих условий в значительной степени способствует повышению уровня справедливости и улучшению итоговых показателей. Без адекватных материальных ресурсов мы можем только смягчить последствия бедности, но не сможем оказать значительное воздействие на уровни социальной несправедливости. Социальные системы, которые обеспечивают защиту дохода, адекватные пособия и прогрессивное налогообложение, неминуемо будут иметь менее значительный градиент по показателям развития детей, и поэтому они крайне важны для сокращения несправедливостей в отношении здоровья в течение всей жизни. Эта проблема обсуждается более подробно в главе 5.

Среди других факторов, которые необходимы для эффективного предоставления услуг, можно отметить следующие.

- **Политическая воля и лидерство** играют важную роль в обеспечении изменений в системах. Сигналы сверху дают всем действующим субъектам мандат для совместной работы по заявленным целям и реформам, для того чтобы осуществить позитивные сдвиги. Лидерство имеет значение на каждом уровне, от глав государств до директоров местных школ. Лидерство стимулирует активность и лишает возможности действовать противников изменений.
- **Интеграция услуг и сотрудничества** дает толчок совместным усилиям, сокращает дублирование, обеспечивает обмен знаниями и опытом, касающимся эффективных методов, а также повышает качество услуг для семей и детей. Это отражено во многих перспективных подходах, в частности таких, которые представлены в приведенных выше примерах из практики.
- **Высококачественные данные мониторинга и оценки** представляют здесь такую же важность, как и в других областях политики (см. главу 7). Данные необходимы для того, чтобы определить, какие услуги наиболее важны и для каких групп, насколько эффективны текущая практика и системы (кто пользуется услугами и имеют ли они надлежащий эффект), а также насколько они рентабельны.

Более детальное обсуждение эффективных методов реализации программ можно найти в отчете целевой группы (307) и в главе 8.

## 4.4

### Условия труда и найма и несправедливости в отношении здоровья

#### Рекомендация 1(с).

**Устранить воздействие нездоровых и небезопасных условий труда и усилить меры по обеспечению здоровых условий на рабочем месте, доступа к трудоустройству и возможностям заниматься достойным трудом.**

#### Конкретные действия

- Улучшить психосоциальные условия тех видов труда, где имеет место нездоровый стресс.
- Снизить бремя производственного травматизма, профессиональных заболеваний и других рисков для здоровья, для чего обеспечить соблюдение требований национального законодательства и нормативов с целью устранения угроз здоровью на рабочем месте.
- Поддерживать существующие или создать новые службы гигиены труда, финансируемые из государственного бюджета и не зависящие от нанимателей.
- На международном уровне активизировать и расширить деятельность по передаче национальным структурам знаний и навыков в области охраны здоровья и безопасности на рабочем месте от европейских и других международных организаций, учреждений и сетей.
- В странах с низким и средним уровнем доходов отдавать приоритет тем мерам по обеспечению экономического роста (в соответствии со стратегией в области охраны окружающей среды и устойчивого развития), которые считаются наиболее действенными для сокращения масштабов бедности, улучшения образования и снижения уровней безработицы. Для этого необходимо инвестировать средства в обучение кадров, улучшение инфраструктуры и технологии и расширять возможности трудоустройства и получения достойной работы во всех основных секторах рабочей силы.
- В странах с высоким уровнем доходов обеспечить высокий уровень занятости населения в соответствии с принципами устойчивой экономики и без ущерба для стандартов достойной работы и обеспечения основных форм социальной защиты.
- Защищать трудовые права наиболее уязвимых и усилить профилактические меры в интересах этих людей, особенно лиц, не имеющих гарантированной занятости, низкооплачиваемых работников, работающих неполный рабочий день, безработных и трудящихся из числа мигрантов.
- Сдерживать рост безработицы среди молодежи, для чего создавать возможности для устройства на работу и добиваться, чтобы молодые люди получали достойную работу, в частности обеспечивая им образование, обучение и проводя активные стратегии на рынке труда.

#### 4.4.1 Введение

Трудовая занятость и высококачественные условия работы имеют огромное значение для здоровья населения и устранения несправедливостей в отношении здоровья, что проявляется в нескольких взаимосвязанных формах. От участия в рынке труда или исключения из него зависит широкий спектр жизненных шансов, определяемых главным образом получением регулярной заработной платы и обретением социального статуса (160). Материальные лишения вследствие безработицы или низкооплачиваемой работы и ощущение несправедливости в оплате труда – например, высокий уровень различий в заработной плате внутри организации – способствуют нарушениям соматического и психического здоровья. Для социального статуса и социальной идентичности людей большое значение имеет положение человека на работе, и любые угрозы социальному статусу вследствие нестабильности или потери работы негативно сказываются на здоровье и благополучии (160).

#### 4.4.2 Условия труда

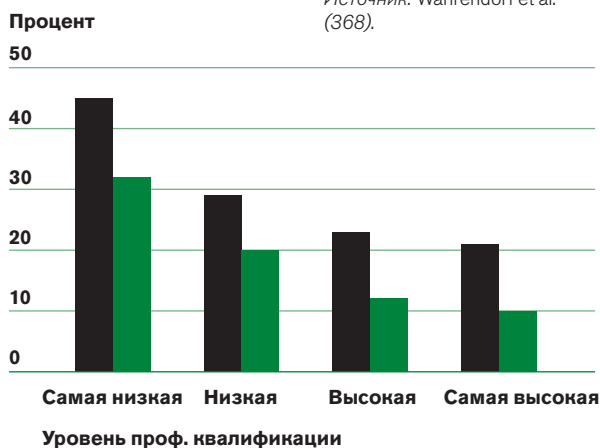
Неблагоприятная психосоциальная обстановка на работе, определяемая повышенными требованиями к работникам и низким уровнем их самостоятельности и инициативы (365,366) или несоответствием между затрачиваемыми усилиями и получаемым вознаграждением (367), коррелирует с ростом частоты нарушений здоровья, обусловленных стрессом. Как показано на рис. 4.6, в данных воздействиях прослеживается социальный градиент.

Рисунок 4.6

Психосоциальный стресс и уровень профессиональной квалификации: SHARE, 2004/2005

■ Несоответствие между рабочей нагрузкой и вознаграждением  
■ Низкая степень влияния на условия труда

Источник: Wahrendorf et al. (368).



Дискриминация, злоупотребления и несправедливое отношение, которым могут подвергаться работники, усугубляют стресс и конфликты, особенно во времена высокой конкуренции и растущих опасений потерять работу (160). Влияние на здоровье не ограничивается стрессом. По меньшей мере в 30 исследованиях документировано повышение частоты летальных и нелетальных сердечно-сосудистых нарушений среди тех, кто сообщал о напряжении на работе, разбалансированности нагрузки и вознаграждения или организационной несправедливости (369–372). В целом в этих исследованиях указано, что риск на 50% выше среди тех, кто страдает от психосоциального стресса на работе, по сравнению с теми, кто на работе не испытывает стресса. Это также коррелирует с повышенным риском депрессии (373,374), сниженного физического и психического тонуса (375) и нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата (376–378). Важную роль в трактовке различий по ССЗ в зависимости от трудовой квалификации играют психосоциальные факторы, относящиеся к организации труда.

При этом современные тенденции не способствуют улучшению здоровья. Один из действующих факторов – это рост неравенства доходов в Европе. Люди с менее высокой оплатой труда не видят, чтобы их вознаграждение увеличивалось в соответствии с ростом производительности, и у многих работников общий доход, состоящий из заработной платы и социальных пособий, фактически снизился (379).

Отрицательное влияние на здоровье работающих могут оказывать физические, эргономические и химические опасные факторы на рабочем месте, тяжелая или опасная работа, продолжительное или ненормированное рабочее время, временные контракты, посменная и длительная сидячая работа (160). Общеввропейское панельное обследование рабочих условий показало, что в 2005 г. каждый шестой работающий подвергался воздействию токсических веществ на рабочем месте и многие подвергались воздействию шума, по крайней мере периодически (380); 24% респондентов сообщили о воздействии вибрации, 45% работали в тяжелых, утомительных условиях и 50% были вынуждены длительно совершать монотонные ручные движения, в основном вследствие работы на компьютере. В этих неблагоприятных условиях четко прослеживался социальный градиент (380).

Вредные для здоровья физические и психосоциальные условия работы и найма неравным образом распределены в обществе. Эти условия становятся все более благоприятными с каждой последующей ступенью на социальной лестнице (измеряемой образовательным уровнем, доходом и положением на рынке труда или найма), параллельно улучшаются и показатели здоровья (160). Работающие, подверженные особому риску небезопасных и нездоровых условий труда, включают неквалифици-



цированных рабочих, сельскохозяйственных работников, сезонных гастарбайтеров и недавно прибывших иммигрантов.

Международные исследования позволили получить всестороннюю научную аргументацию об увеличенных рисках для здоровья, возникающих в результате неблагоприятных условий найма (которые включают повышенный риск потери работы, хроническое воздействие профессиональных вредностей и стрессогенные психосоциальные условия труда), а также в результате собственно безработицы, особенно длительной. Всесторонний обзор этих фактических данных включен в отчет целевой группы по условиям найма и рабочим условиям (160), детали сведения приведены в приложении к данному отчету.

### Условия труда и найма в европейских странах

В странах Европейского региона наблюдается значительная вариабельность в условиях труда и найма. В целом в странах с более высоким уровнем дохода отмечаются более высокие уровни трудоустройства и высококачественные условия работы, что коррелирует с более благоприятным доступом к национальным стратегиям труда и социальной политики, включая деятельность служб гигиены и безопасности труда (160).

Физические и психосоциальные вредности на рабочем месте все еще являются важными детерминантами нарушения здоровья и травматизма в Регионе, при этом имеется значительный разброс между странами в доле общего бремени болезни, вызванной производственными факторами риска, что вносит вклад в наблюдаемый разрыв по показателям здоровья. Более детальные сведения о профессиональном травматизме приведены в докладе ВОЗ по экологическим неравенствам в отношении здоровья (271).

Рекомендация обзора 1с (vii) призывает к принятию надлежащих мер и к инвестициям для защиты трудовых прав и усиления профилактических мер в отношении наиболее уязвимых групп. Основания для таких усилий имеются в существующем научном знании, что ставит актуальные задачи в отношении политики (см. отчет целевой группы (160)).

Предупреждение и реабилитация после инвалидирующих заболеваний и при инвалидности становятся высокоприоритетными вопросами в политике гигиены труда в обществах, где растет доля пожилых работающих (381). В соответствии с расчетами МОТ, 79% инвалидов в мировом масштабе – это люди трудоспособного возраста (382). По мере увеличения средней продолжительности жизни и повышения пенсионного возраста в составе рабочих ресурсов все в большей мере будут представлены пожилые люди, что предполагает наличие более высокой доли инвалидирующих болезней и инвалидности. Обществу будет

необходимо обеспечить, чтобы эти работающие имели доступ к необходимой для них инфраструктуре (стратегии и адаптация для ежедневных рабочих условий), так, чтобы они могли оставаться работающими или возвращаться к работе.

### Вмешательства и стратегии, нацеленные на сокращение неравенств по показателям здоровья

Интенсивные усилия по улучшению рабочих условий в целом (особенно на наиболее нездоровых рабочих местах) имеют критическую важность в любой национальной стратегии по сокращению несправедливостей в отношении здоровья. Они, по всей вероятности, также вносят вклад в сокращение разрыва по показателям здоровья между европейскими странами.

Существуют различные типы инициатив по улучшению условий труда и найма, осуществляемых на макроструктурном и микроструктурном уровнях. Достигнут впечатляющий прогресс, несмотря на наличие методологических трудностей, в оценке вклада таких инициатив в сокращение несправедливостей в отношении здоровья. Так, например, на макроструктурном уровне ВОЗ, МОТ и Европейская комиссия ранее и в настоящее время играют проактивную роль в установлении стандартов для оздоровления условий работы, либо через правовые регламентации, либо через механизм добровольных соглашений, путем разработки руководств, обучения и составления инструментов мониторинга, а также путем оказания поддержки в предоставлении соответствующих услуг. Примерами, описанными в отчете целевой группы (160), являются профилактика травматизма, меры производственной безопасности, мониторинг и эпиднадзор за профессиональными заболеваниями, а также управление психосоциальным риском. То же самое относится и к национальным стратегиям по борьбе с неблагоприятными для здоровья условиями труда путем применения инновационных подходов.

Наглядные примеры разнообразия национальных стратегий по борьбе с неблагоприятными условиями труда путем применения инновационных подходов описаны в примере из практики. Вместе с тем влияние макросоциальных стратегий на условия работы и здоровье работающих редко подвергалось систематической оценке.

Имеющиеся методы реализации вмешательств в организациях включают подход по управлению рисками (383), применение стандартов управления (384), метод циклов здоровья (385), а также метод «Prevenlab» (386).

Программы укрепления здоровья на микроструктурном уровне (на рабочем месте) были успешно осуществлены в различных типах организаций, предоставив модели наилучшей практики. Темы, оцененные в докладе целевой группы, включают улучшение индивидуального контроля рабочего времени, ограничение сверхурочной работы,



гибкий график рабочего времени, улучшенный баланс между работой и семейной жизнью, повышение самостоятельности в выполнении заданий и самонаправлении работы, наличие поддерживающего руководства и баланс между затрачиваемыми усилиями и вознаграждением за работу (160).

Классический пример из практики представляет инициатива по перепланированию рабочих условий на фирме АВ Volvo в Швеции в начале 1970-х годов, поощряющая коллективную работу по производству автомобилей (365). Другое исследование, относящееся к профилактике травматизма, было проведено в США и касалось повышения самостоятельности на работе. Исследование этого вмешательства, особенно адекватного для рабочих ручного труда, выявило, что защитный эффект в отношении риска производственного травматизма был получен в результате большего контроля над темпом своей работы (387). Важно, что организационная приверженность (преимущественно со стороны менеджеров) и самоуправляемые рабочие бригады (где это возможно) приводили к усилению данного эффекта (389).

Особый интерес представляет недавно проведенная оценка проекта «Выбор в пользу благополучия» в Соединенном Королевстве, который сочетал обучение рабочим навыкам с улучшением эффективности самооценки, локуса контроля и автоматических мыслей (Maguire et al., Университет Саутгемптона, Соединенное Королевство, неопубликованные данные, 2012 г.). Результатом пяти недель проведения программы стало улучшение психического здоровья и эффективности поиска трудоустройства. Исследованная в этой программе подгруппа характеризовалась высоким уровнем психоэмоционального стресса, однако можно предполагать, что и более здоровое население получит полезный эффект.

В работе Nielsen et al. (390) проанализированы основные европейские исследования по ситуации на рабочем месте, посвященные улучшению здоровья и благополучия работающих путем изменения планирования работы, ее организации и управления. Методы включили подход по управлению рисками в Соединенном Королевстве и управленческие стандарты, подход по циклам здоровья, применяемый в Германии, подход «Позитивная работа» из Ирландии и «Prevenlab» из Испании; все они характеризуются рядом ключевых элементов на основе организационных и психосоциальных факторов. Их общая цель – улучшить условия работы сотрудников путем, например, включения аспектов, которые содействуют справедливости в компенсации усилий и организационной справедливости.

Авторы заключили, что инициативы на уровне стран и ЕС могут повышать мотивацию организаций и способность проводить на организацион-

ном уровне вмешательства по гигиене труда, а также указали на необходимость наличия формальных процедур. Nielsen et al. (391) также обнаружили, что сопутствующие изменения, такие как слияние и сокращение организаций, могут помешать эффективности вмешательств и должны учитываться при их планировании. Сотрудники должны объединять свои усилия и использовать повседневную самостоятельность, чтобы брать на себя ответственность за обеспечение здоровой организации труда, утверждают авторы.

### **Примеры из практики: национальные стратегии, направленные на преодоление неблагоприятных для здоровья рабочих условий путем применения инновационных подходов**

Инновационные подходы включают:

- подход к стандартам управления, разработанный организацией Health & Safety Executive в Соединенном Королевстве для сокращения уровней рабочего стресса, на который жалуются работающие;
- действия, вытекающие из обновленного акта по рабочим условиям Нидерландов, который посвящен соглашениям по работе и здоровью (соглашения между работодателями и представителями работников, определяющие конкретные цели для достижения), закрепляющим секторальные мероприятия по сокращению психосоциального и соматических рисков на работе;
- содействие здоровым условиям труда в Дании путем использования общих инструментов мониторинга и сетей поддержки, включая привлечение инспекторов по мониторингу рабочего стресса;
- инновационное внедрение инициатив по гигиене труда в Финляндии и других странах Северной Европы;
- использование валидированных вопросников по самоотчету как части всестороннего подхода к оценке качества рабочих условий – примеры из Дании, Соединенного Королевства, Франции и Германии доказывают пользу этой новой информации для индивидуализированных мероприятий по укреплению здоровья на рабочем месте;
- макросоциальные стратегии, влияющие на микросоциальные стратегии – «открытый метод координации» среди государств-членов ЕС может способствовать развитию инициатив по оздоровлению рабочих мест в некоторых странах или инициировать соревнования между предприятиями и компаниями по разработке моделей оптимальной практики в управлении рисками на рабочем месте (387).

Микросоциальные стратегии могут оказывать влияние на национальном уровне через диффузионные процессы, однако многие вмешательства на сегодняшний день были направлены на индивидуальный или межличностный уровень: структурно-организационные изменения до настоящего времени не так хорошо изучены. После 2003 г., объявленного Европейским годом людей с ограниченными возможностями, под эгидой Европейской комиссии был инициирован ряд стратегических вмешательств по решению вопросов, связанных с инвалидностью, в том числе в отношении участия инвалидов в рынке труда. Некоторые государства-члены ЕС, включая Швецию, Нидерланды, Италию и Чешскую Республику, имеют национальные регламентирующие механизмы по безопасности и гигиене труда, которые носят более конкретный характер, чем ключевые директивы Европейской комиссии.

Ключевыми задачами для ответственных заинтересованных сторон и неперемными условиями эффективного сокращения нарушений здоровья на рабочем месте являются систематический мониторинг и предупреждение профессиональных рисков для здоровья. Эта тема рассматривается более подробно в разделе 4.4.

В целом, в настоящее время накоплен значительный объем информации из литературы, обзор которой составила целевая группа (160), о том, как определить бремя болезни, связанное с работой и условиями найма среди государств-членов Европейского региона.

Основная задача заключается в применении инструментов мониторинга систематическим и сравнимым образом и сокращении разрыва между знаниями и действием. Из имеющихся фактических данных становится ясно, что каждая страна должна стремиться сокращать воздействие нездоровых и небезопасных условий труда и укреплять меры, направленные на обеспечение безопасных рабочих мест.

Конкретные действия в странах будут зависеть от наличия национальных ресурсов, но также должны базироваться на следующих принципах:

- поддержание или развитие финансируемых из государственных источников служб гигиены труда, которые действуют независимо от работодателей и уделяют приоритетное внимание первичной профилактике, включая системы раннего предупреждения в отношении опасностей для здоровья на рабочем месте и психосоциальных факторов риска;
- улучшение психосоциальных условий и расширение возможностей для работающих оказывать влияние на условия труда, особенно на рабочих местах, характеризующихся нездоровым стрессом;

- принятие мер, направленных на повышение надежности трудоустройства, другие виды социальной защиты и предоставление работающим вознаграждения и статуса, сопоставимых с их трудовыми усилиями (это может потребовать более справедливого распределения производственной прибыли);
- анализ суммарной рабочей нагрузки (на работе и дома) и рассмотрение возможностей для введения более гибкого графика рабочего времени (без перехода к ненадежным краткосрочным контрактам), для того чтобы помочь избежать нездорового стресса.

Последний пункт особенно важен для малообеспеченных семей с маленькими детьми, поскольку для них возможности найти дополнительное время более ограничены. Группы с низким доходом также, как правило, имеют менее гибкие рабочие часы и больше сменной работы, которая повышает рабочий стресс. В решении этих проблем важная роль принадлежит органам государственного управления и работодателям.

#### 4.4.3

#### Трудовая занятость и экономические сдвиги

Опасности, вытекающие из экономических изменений, могут повлиять на значительные сегменты населения и даже на общие рабочие ресурсы всей страны (395). Примеры включают драматические экономические и социальные сдвиги в Российской Федерации и других посткоммунистических странах, произошедшие после распада СССР, что оказало пагубное влияние на здоровье населения (см. главу 3) (284,396) и прогнозируемое глобальное негативное влияние на здоровье вследствие текущего финансового кризиса (397,398). Влияние социально-политических и экономических изменений на надежность трудоустройства проиллюстрировано следующими примерами.

#### Атипичная занятость в Восточной Европе и СНГ на примере работников системы здравоохранения

МОТ и организация Public Services International провели в 2002 и 2005 гг. два масштабных исследования условий труда в системах здравоохранения в Восточной Европе, включая страны бывшего СССР (399–401). Исследования проиллюстрировали влияние социально-политических и экономических изменений на рабочие условия и здоровье, особенно в контексте атипичной (временной) занятости и воздействия неолиберальных стратегий приватизации сектора здравоохранения, изменений в рабочих условиях медицинских работников и социально-экономической безопасности за период после распада СССР.

### **Примеры из практики: гигиена и безопасность труда**

#### **Гармонизация и продвижение вопросов гигиены и безопасности труда**

Региональное бюро инициировало ряд вмешательств по повышению уровня гигиены и безопасности труда и сокращению региональных различий. Инициативы, которые отражают стратегии ЕС и глобальный план действий ВОЗ по здоровью работающих 392, включают действия сети сотрудничающих центров и национальных координаторов ВОЗ, а также разработку региональных сетей, таких как сеть Балтийского моря, партнерство «Северное измерение» в области общественного здравоохранения и социального благополучия, а также сеть Юго-Восточной Европы по здоровью работающих. Соответствующие стратегические инициативы разрабатываются и внедряются в условиях постоянного обмена информацией со специалистами, ведущими научные исследования по проблемам гигиены труда.

#### **Европейская программа совершенства в области управления психосоциальным риском (PRIMA-EF)**

Этот стратегический проект сосредоточен на разработке европейского механизма по управлению психосоциальным риском на рабочем месте и осуществляется с 2004 г. под эгидой сети сотрудничающих центров ВОЗ в области гигиены труда. Проект PRIMA-EF имеет особую связь с фундаментальным глобальным планом действий ВОЗ по здоровью работающих (392) и включает принципы наилучшей практики и существующие проверенные

подходы по управлению психосоциальным риском в различных странах Европы.

#### **Предупреждение травм и несчастных случаев на рабочем месте**

Особенно успешными были правовые и организационные меры, предпринятые профессиональными кооперативами в Германии в течение минувшего столетия. Число несчастных случаев на производстве с 1960 по 1986 год сократилось со 140 до 40 на 1000 работающих (393). Основные меры включали улучшение мониторинга и регистрации несчастных случаев, систематическое внедрение мер безопасности (таких как инструктаж и технологические инновации), выполняемых хорошо подготовленной новой профессиональной группой (эксперты по безопасности), а также всесторонние правовые регуляции, защищающие уязвимые группы. Наибольшее улучшение показателей здоровья было отмечено среди низкоквалифицированных работников, подверженных повышенному риску (в строительстве, деревообрабатывающей, лесопильной промышленности, сельском хозяйстве). В более недавний период на национальном уровне была проведена кампания по борьбе с падениями на работе, в которой приняли участие известные личности из спорта и сферы развлечений, которые выступили в качестве ролевых моделей для закрепления надлежащего поведения. Такой подход был ранее весьма эффективным среди низкоквалифицированных групп работников. В ходе двухлетней кампании случаи травматических падений среди работников, труд которых связан с частым передвижением (ходьба по лестницам, поднятие или перемещение тяжестей), были сокращены на 15% (394).

Они указали, что могут наблюдаться существенные угрозы в надежности трудоустройства и достойных условий работы даже для относительно высококвалифицированных рабочих кадров, и призвали к масштабным стратегическим изменениям.

#### **Новые формы атипичной занятости в Италии**

С середины 1980-х годов вводилась прогрессирующим образом частичная и целевая дерегуляция (402). Меры включали введение так называемых «рабочих и учебных контрактов», продвижение новых форм самозанятости, субподрядные контракты и другие формы маргинального найма, которые оказывали существенный эффект на лиц, входящих на рынок труда (молодых взрослых). Атипичное трудоустройство увеличилось приблизительно с 6% в 1970 г. до примерно 18% в 2000 г. (402), не столько сокращая безработицу среди молодых взрослых, сколько замещая более

типичные формы трудоустройства в течение тех лет, когда уровень занятости был на исторически высоких уровнях. Молодые люди, входящие на рынок труда, оказывались в большей степени подверженными нестабильным и уязвимым формам профессионального продвижения, чем предыдущие поколения (402). Странники этих форм занятости аргументировали, что это повысило их шансы интеграции в дальнейшем в более стандартные виды найма, но эмпирическая оценка лонгитудинальных (проспективных) данных вплоть до 2005 г. не подтвердила это мнение (402). Уровни безработицы в более недавние годы значительно повысились в связи с экономическим кризисом (см. главу 3), особенно среди молодых взрослых.

#### 4.4.4

### Безработица

В этом разделе представлены фактические данные о влиянии безработицы на несправедливости в отношении здоровья, о социально-политических и экономических изменениях, которые повышают уровни безработицы, о том, что это означает для здоровья и какие действия можно предпринять для сглаживания негативных эффектов.

#### Безработица как причина нездоровья и фактора, влияющего на формирование несправедливостей в отношении здоровья

Безработица является причиной болезней, преждевременной смертности (395,403–415), ухудшения психического здоровья (416,417) и повышенного риска самоубийств (418,419). Уровни безработицы в Европейском регионе высоки и существенно различаются в зависимости от страны, возраста, пола, статуса проживания (мигранты) и уровня образования (глава 3). Риск безработицы выше среди иностранцев по сравнению с местными гражданами (рис. 4.7) (см. также рис. 3.36).

Уровни безработицы существенно выросли в некоторых регионах Европы за период с 2008 г., особенно среди лиц моложе 25 лет, как следствие экономического кризиса (см. рис. 3.33). Безработица в середине 2000-х годов была выше среди женщин в возрасте 25–74 лет по сравнению с мужчинами, и в то время как она снизилась для обоих полов за период с 2004 по 2007 г., она росла быстрее среди мужчин на пике экономического кризиса в 2007–2008 годах (см. рис. 3.33).

В европейском обществе работа играет важнейшую роль. Она предоставляет человеку средства для получения дохода, престижа и ощущения нужности, а также механизмы участия в жизни сообщества в качестве его полноценного члена. Отсутствие работы фактически исключает людей из жизни общества и лишает их тех благ, которые дает занятость. Однако в европейских странах достаточно сложно изучать связи между безработицей и здоровьем, поскольку там существует значительный развитый сектор неформальной экономики, и поэтому официальные уровни безработицы, по-видимому, неточно отражают реальную ситуацию на рынке труда.

Безработица также может оказывать негативное влияние на здоровье детей в семьях, где имеются безработные взрослые. В 2011 г. в странах ЕС 10,7% детей в возрасте до 17 лет жили в семьях безработных; разброс по странам составлял от 4% в Словении до 24,8% в бывшей югославской Республике Македония (421).

Субъективное осознание угрозы потерять работу – это источник нездорового стресса. Значительный объем литературных данных отражает то, что происходит в условиях структурной перестройки

с негативными психосоциальными влияниями, когда ненадежность трудоустройства становится явной. В дополнение к эффектам, возникающим от безработицы, растущая доля рабочих ресурсов, трудящихся по временным контрактам, указывает на появляющийся риск для здоровья. Адекватные сети безопасности и социальной защиты, по-видимому, могут смягчать некоторые из этих рисков для здоровья (см. главу 5).

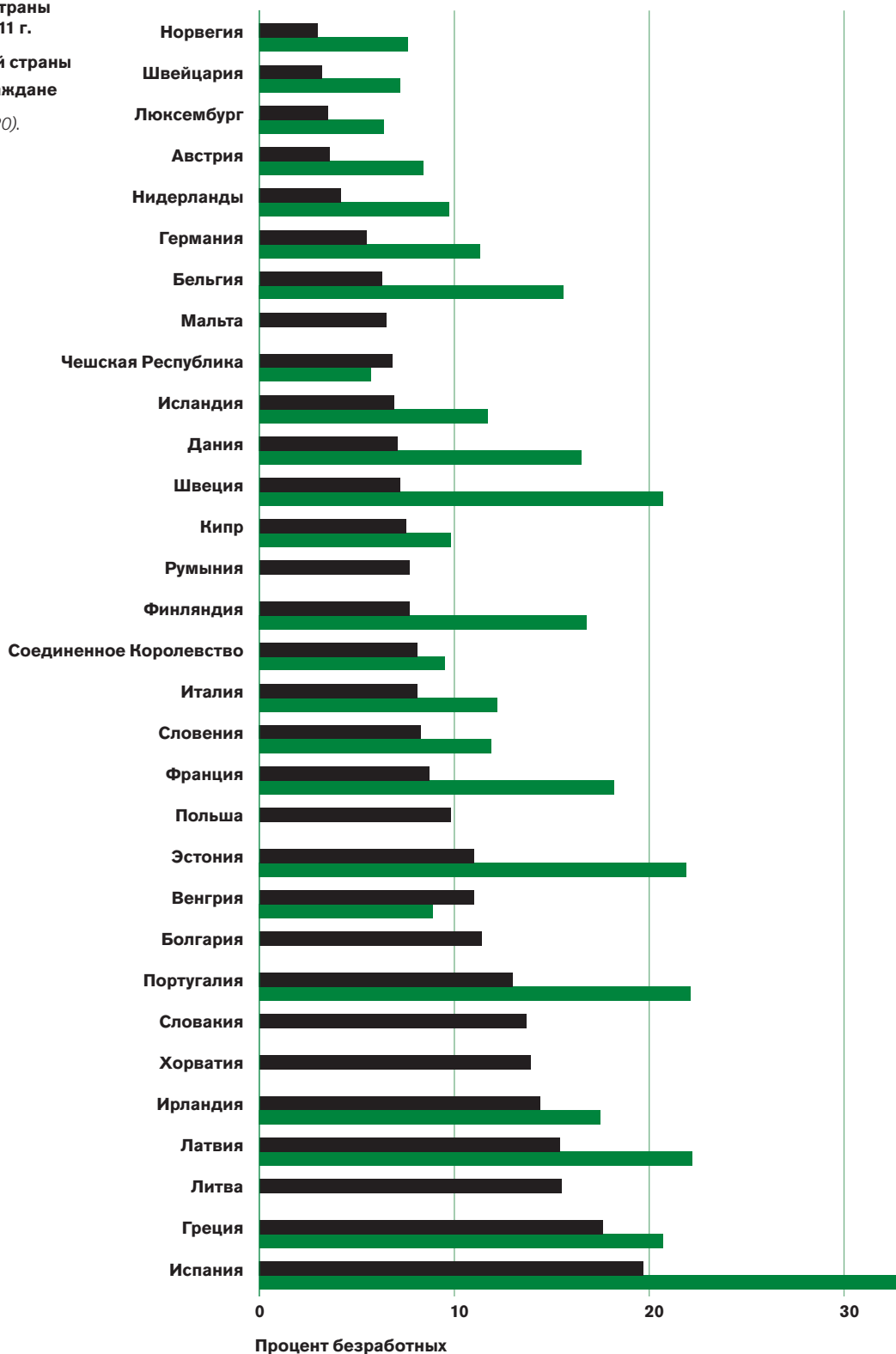
Основные механизмы, с помощью которых безработица пагубно действует на здоровье в этих группах, включают следующие: растущий уровень бедности в результате потери источников дохода; социальное отчуждение и возникающая в результате этого изоляция от общественной поддержки; влияющие на здоровье поведенческие изменения, такие как курение, употребление алкоголя и недостаточная физическая активность, которые возникают в результате стресса или отсутствия полезного занятия. Возможно возникновение эффектов, влияющих на всю последующую жизнь, поскольку вред от безработицы повышает риск безработицы в будущем и разрушает долгосрочные карьерные перспективы (203,422). В тех случаях, когда возобновление трудоустройства или другие формы адаптации наступают быстро, негативные эффекты обычно носят кратковременный характер, в то время как длительная безработица оказывает особенно вредное влияние на перспективы стабильного трудоустройства и последующих показателей здоровья (см. рис. 3.37, где приведены показатели долгосрочной (свыше 12 месяцев) безработицы для ряда стран Региона). О повышенной смертности в результате потери работы убедительно свидетельствуют сведения из управленческих источников (395,403,404), а также данные анализа на индивидуальном уровне, особенно по ССЗ и нарушениям мозгового кровообращения (405–415). Как было указано выше, безработица также коррелирует с повышенным риском депрессии (416,417) и самоубийств (418,419), несмотря на то что, как показано на рисунке 4.8, влияние безработицы на самоубийства, по-видимому, может сглаживаться при наличии более щедрых схем социальной защиты (284) (см. главу 5).

**Рисунок 4.7**

Показатели безработицы в отдельных странах Европейского региона в зависимости от страны происхождения, 2011 г.

■ Граждане данной страны  
■ Иностранцы граждане

Источник: Eurostat (420).





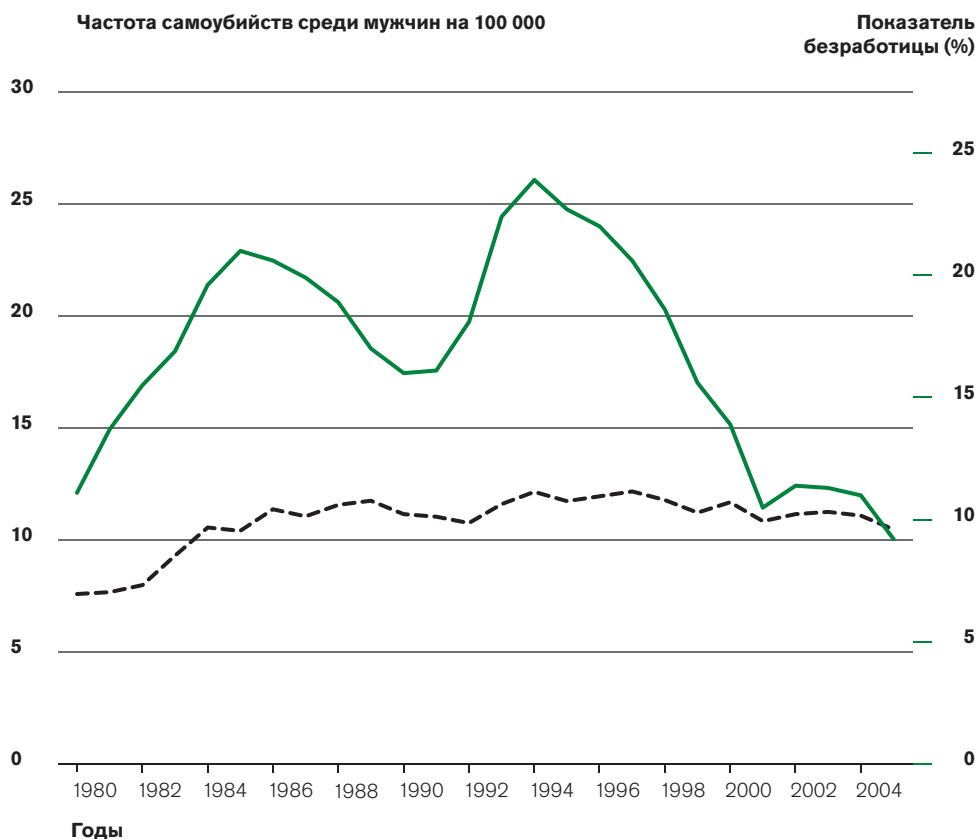
**Рисунок 4.8**

**Частота самоубийств и уровни безработицы в Испании и Швеции, 1980–2005 гг.**

Источник: Stuckler et al. (284).

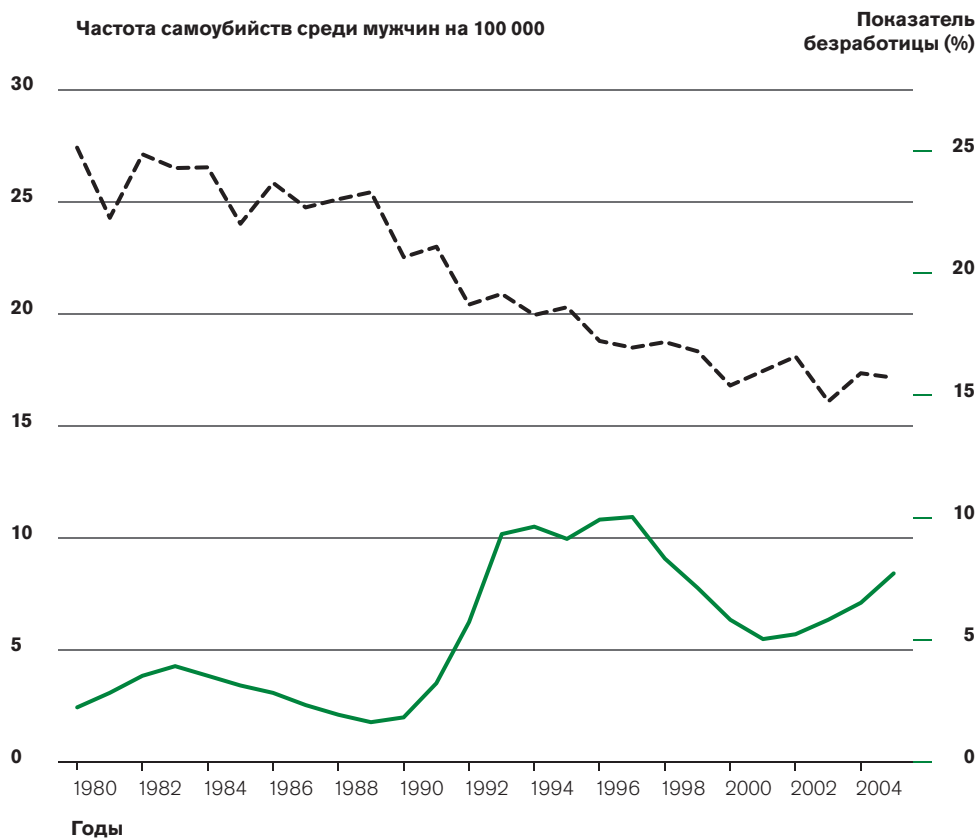
**Испания**

- Самоубийства среди мужчин
- Показатель безработицы



**Швеция**

- Самоубийства среди мужчин
- Показатель безработицы



#### 4.4.5

##### **Необходимые действия в отношении условий работы и найма**

Страны должны стремиться к достижению и поддержанию высокого уровня трудоустройства граждан в соответствии с принципами устойчивой экономики, без нарушения стандартов достойной работы и основных схем социальной защиты. Необходимые действия суммированы в рекомендации 1(c)(v–viii). Конкретные меры будут зависеть от ситуации на рынке труда в каждой стране, однако всегда должны включать следующее:

- установление оперативных целевых ориентиров на национальном и международном уровнях для сокращения уровней безработицы и перехода к постепенному гарантированию полного найма;
- продвижение экономических стратегий и правовых механизмов, направленных на достижение полной занятости населения, включая особые усилия для поддержки тех, кто находится в наиболее слабом положении на рынке труда;
- укрепление стратегий найма, поддерживающих семьи, чтобы помочь родителям сочетать работу с выполнением своих обязанностей по уходу за детьми, в качестве неотъемлемой части более широкой стратегии социальной справедливости для содействия развитию детей в раннем возрасте;
- повышение масштабов высококачественного обучения и профессиональной подготовки и предоставление этих возможностей лицам, подверженным наибольшему риску, особенно длительно безработным;
- активизация вмешательств на рынке труда, включая создание и поддержание новых рабочих мест;
- создание и поддержка возможностей для непрерывного обучения и переподготовки в течение всей жизни, чтобы содействовать сокращению безработицы среди лиц с низким образовательным уровнем;
- предупреждение резких сокращений дохода и повышения уровня бедности среди безработных путем разработки и поддержания мер адекватной финансовой поддержки или пособий по безработице и обеспечение эффективных связей между социальной защитой, непрерывным обучением в течение всей жизни и реформами на рынке труда;
- совершенствование механизмов, ведущих от безработицы к трудоустройству, включая активные системы поиска работы, схемы обучения и специальные ресурсы, такие как субсидированная заработная плата и налоговые льготы для работодателей, которые нанимают лиц, находящихся долгое время без работы, людей с ограниченными возможностями,

хронически больных и безработных молодого возраста;

- снижение риска потери работы по найму в результате нарушения здоровья путем обеспечения доступа к своевременным высококачественным услугам охраны соматического и психического здоровья, поэтапным программам восстановления трудоспособности и создания благоприятных психосоциальных условий на рабочем месте (в соответствии с вышеизложенной рекомендацией);
- улучшение доступа родителей к недорогостоящим высококвалифицированным услугам ухода за детьми и содействие их участию в рынке труда;
- повышение компетентности и потенциала сектора здравоохранения для профилактики ухудшения здоровья вследствие безработицы путем, например, активного охвата нуждающихся услугами охраны психического здоровья и предоставления адекватного лечения для тех, кто страдает от расстройств здоровья, обусловленных потерей работы;
- проведение оценок воздействия на здоровье безработицы, связанной с осуществлением экономических стратегий и мер реагирования на экономические кризисы.

**Рекомендация 1(d).**

**Принять согласованные и действенные меры на межсекторальном уровне по устранению несправедливостей в пожилом возрасте и старости как в целях профилактики и ведения хронических заболеваний, так и для улучшения показателей выживаемости и благополучия по всему социальному градиенту.**

**Конкретные действия**

(i) Сосредоточить действия на таких вопросах, как дискриминация по возрастному признаку, право на работу, социальная изоляция, жестокое обращение, условия жизни (включая жилищные условия, получение социальных пособий и достаточное пенсионное обеспечение), возможности для физической активности и доступ к медико-санитарной и социальной помощи.

(ii) Уделить особое внимание социальным, экономическим и медицинским проблемам женщин пожилого возраста, имеющих в старости больше нарушений соматического и психического здоровья, подвергающихся большему риску бедности и дольше живущих с ограниченными возможностями, и принять меры по их решению.

**4.5.1****Введение**

Несправедливости в отношении здоровья среди пожилых людей исследованы в меньшей степени, чем для групп более молодого возраста. В число причин этого входят существующие мнения о том, что в пожилом возрасте неизбежны болезни и ограничения жизнедеятельности и что эти расстройства относительно плохо поддаются воздействию. Целевая группа по пожилым людям составила систематический обзор литературы, который продемонстрировал устойчивые несправедливости в отношении показателей здоровья пожилых людей, особенно в соотношении с социально-экономическим статусом, образовательным уровнем и гендером (181) (см. главу 3 для более детального описания), и выявил возможности сокращения их путем принятия соответствующих мер.

Основное внимание в систематическом обзоре уделялось лицам старше 65 лет, однако также были учтены исследования по людям старше 50 лет в тех случаях, если общая выборка включала и лиц старше 65. Несправедливости по показателям здоровья и благополучия среди пожилых людей соотносятся с различиями в условиях их предшествующей жизни, связанными с уровнем образования, профессиональной квалификацией,

материальной обеспеченностью, доходом и гендером, а также с условиями жизни в пожилом возрасте. Фактические данные позволяют предполагать, что условия жизни в пожилом возрасте можно улучшить путем изменения имеющихся жизненных обстоятельств: улучшений можно добиться и несправедливости можно сократить. Один из примеров – это вариабельность в уровнях бедности (ниже 60% от медианного дохода) в условиях получения социальных пособий среди лиц в возрасте 65 лет и старше в Европе (см. рис. 5.2), что отчасти зависит от уровня социальных пособий и отчасти – от демографических характеристик. Более значимый показатель экономических ресурсов среди пожилых, используемый для стратегических целей, – это уровень обеспечения минимального стандарта здоровой жизни в каждой стране, как предложено в данном обзоре (см. главу 5, где приведено описание концепции и исследований по количественной оценке стандарта жизни для различных типов домохозяйств).

Недавние исследования в Соединенном Королевстве (423) были посвящены изучению вопроса о том, насколько существенно влияют различные потребности пенсионеров пожилого возраста на размер дохода, который необходим им для приемлемого качества жизни. Аналогичную работу требуется проводить в каждой стране Региона для выявления минимальных требований жизненного стандарта пожилых людей по широкому кругу типов домохозяйств, включая, например, лиц, вовлеченных в сельскохозяйственную деятельность для личного потребления, а также расширенных семейных домохозяйств с представителями нескольких поколений.

Ключевую важность в условиях жизни пожилых людей представляет степень, в которой их ценит общество, и та мера, в какой они располагают возможностями для достойного существования и участия в жизни общества. Существуют вмешательства, направленные на развитие социальных связей и повышение благополучия пожилых людей, а также на борьбу с проявлениями предвзятого отношения к пожилым (424).

Значительный рост численности пожилых людей в Регионе (см. табл. 3.1 и табл. 3.2) означает, что исследование и анализ глубинных детерминант здоровья и несправедливостей по отношению к этой группе населения составляет важный приоритет для Европы – региона мира с наибольшей долей пожилых среди общего населения. Люди в Европе будут работать дольше, поскольку пенсионный возраст повышается. Для того чтобы осуществилась прогнозируемая экономия для государственного бюджета в связи с повышением пенсионного возраста, огромное значение имеет поддержание и улучшение здоровья этой группы населения.

Помимо экономии пенсионных расходов важнейшее значение и ценность имеют как экономический вклад пожилых людей в копилку общества

через налогообложение и потребление, так и приносимая ими социальная польза, включая помощь родственникам и соседям, волонтерскую работу и активное участие в местных общественных организациях (425).

#### 4.5.2

### Несправедливости в отношении здоровья и доступ к услугам здравоохранения для лиц пожилого возраста

Несправедливости в отношении здоровья и доступа к услугам здравоохранения – это важные проблемы в связи с растущей численностью пожилого населения в Европе (181). Свидетельства о несправедливостях в отношении здоровья были приведены в главе 3: в обобщенном виде более низкое положение на социально-экономической лестнице коррелирует с более высокой смертностью, инвалидностью и менее благоприятными субъективными показателями здоровья среди пожилых людей (181). Уровень образования, который сам по себе тесно связан с социально-экономическим положением, также тесно коррелирует с показателями здоровья.

Важно отметить, что относительная степень несправедливостей в отношении здоровья в соотношении с социально-экономическим статусом имеет тенденцию к сокращению с возрастом (171, 181–189), поскольку при этом увеличиваются абсолютные уровни нездоровья. Это часто коррелирует с более высокими абсолютными несправедливыми различиями в распространенности нарушений здоровья (173). Отмечаются также различия между мужчинами и женщинами, при этом их степень меняется по мере увеличения возраста (175, 183, 190–193). Для женщин характерны более низкие показатели преждевременной смертности (см. рис. 3.10), но более высокие уровни ограничений здоровья и инвалидности (96, 195, 199, 237, 241, 256, 264, 266, 270, 426–433).

Исследования несправедливостей среди пожилых людей выявляют, как правило, их углубление с течением времени. Например, в исследовании, проведенном в Австрии, документировано расширение разрыва по образовательному дифференциалу в относительной и абсолютной смертности среди мужчин в возрасте 50–74 лет (180); одно из исследований в Соединенном Королевстве (Шотландия) продемонстрировало, что в период с 1980 г. до начала 2000-х годов усилилась связь территориальной депривации со смертностью (183). В других странах Европы, однако, имеется лишь незначительный объем информации в данной области либо она полностью отсутствует.

Во многих исследованиях, касающихся взрослого населения, не сообщается о результатах отдельно для пожилых возрастных групп, возможно вследствие относительно небольших размеров выборки. Обзор, проведенный целевой группой, показал, что, несмотря на увеличение с возрастом потреб-

ностей в услугах здравоохранения, пожилые люди, особенно в возрасте 75 лет и старше, обычно получают лечение в меньшем объеме и более низкого качества (см., например, 434–438). Однако не все исследования, вошедшие в обзор, содержали свидетельства о менее качественном лечении для лиц пожилого возраста, при этом соответствующие характеристики варьировались в зависимости от конкретных показателей здоровья (439–459).

Имеются значительные и широко документированные различия в показателях смертности и заболеваемости среди пожилых людей в соотношении с гендером, причем эти связи прослеживаются в отношении и соматического, и психического здоровья (460, 461). Исследования 9 европейских стран в программе SHARE (237, 239) и научные работы, проведенные в Польше (222) и Соединенном Королевстве (Англия) (242), обнаружили более высокие показатели самооценки здоровья среди мужчин по сравнению с женщинами; мужчины в 14 европейских странах сообщили о более высоком качестве жизни (223). Отчет целевой группы детально описывает многочисленные исследования, показывающие, что в целом, хотя и не всегда, мужчины выше оценивают свое качество жизни в Польше (222), Нидерландах (462), Швеции (241), Соединенном Королевстве (463) и в странах Греческого архипелага (464), подобная оценка свойственна и мужчинам – недавним иммигрантам в Израиле (246). Среди арабского населения в Израиле (229), а также в Италии (227) мужчины сообщали о более высоких уровнях удовлетворенности жизнью, в Финляндии мужчины реже предъявляли жалобы на одиночество (231). Более высокие показатели самооценки здоровья были отмечены среди пожилых мужчин по сравнению с пожилыми женщинами в исследовании в Испании (465), даже после внесения поправки на получение социальной поддержки.

#### 4.5.3

### Поведение в отношении здоровья

Имеющиеся фактические данные позволяют предположить, что поведенческие аспекты здоровья среди пожилых людей, особенно ходьба и физическая нагрузка, чаще коррелируют с позитивными показателями здоровья среди мужчин, но играют более слабую роль среди женщин, для которых большее значение имеют социальные факторы (466). Поддержание здорового питания важно среди пожилых людей так же, как и для молодых: наличие необходимых ресурсов для обеспечения здорового питания следует рассматривать как часть требований по минимальному стандарту здоровых условий жизни для пожилых людей (см. главу 5 для дальнейшей информации о минимальных стандартах здоровой жизни). Исследование, проведенное среди мужчин и женщин в возрасте от 70 до 90 лет в 11 европейских странах (Бель-

гия, Венгрия, Греция, Дания, Испания, Италия, Нидерланды, Португалия, Финляндия, Франция и Швейцария), показало, что сочетание четырех норм поведения: приверженность средиземноморской диете (характеризующейся большим использованием моно- и ненасыщенных жиров по сравнению с насыщенными жирами, относительно высоким уровнем потребления овощей, орехов, зерновых, фруктов, зеленых овощей и рыбы и относительно низким уровнем потребления мясных и молочных продуктов), умеренное употребление алкоголя, поддержание физической активности и отсутствие курения коррелирует с уровнем смертности в течение 10-летнего периода последующего наблюдения, который был на две трети ниже, чем для людей, которые не практиковали эти нормы поведения (467). В проспективном исследовании на уровне местного сообщества в Швеции были изучены взаимоотношения между модифицируемыми факторами и выживаемостью среди людей в возрасте 75 лет и старше к началу исследования и в течение последующих 18 лет (468). Было выявлено, что физическая активность имеет прочную связь с выживаемостью в возрасте свыше 75 лет, и при этом участники, которые регулярно занимались плаванием, ходьбой или посещали спортивный зал, в среднем были на два года старше на момент смерти, чем те, кто этого не делал. Профиль «низкого риска» (поддержание здорового образа жизни, участие как минимум в одном виде физически активного отдыха и наличие хорошей социальной сети) добавляло 5 лет к жизни женщин и 6 лет к жизни мужчин после поправки на число лет образования, и это коррелировало с более выраженным долголетием даже среди лиц в возрасте 85 лет и старше. Это исследование при анализе не учитывало качество питания.

В целях сокращения несправедливостей в отношении здоровья среди пожилых людей во многих европейских странах активно проводятся программы, нацеленные на изменения норм поведения, такие как сокращение потребления алкоголя и жирных продуктов питания, отказ от курения и рост физической активности. Однако анализ, проведенный целевой группой, позволяет предположить, что из числа этих поведенческих факторов только уровень физической активности выступал в качестве детерминанты несправедливостей в отношении здоровья среди пожилых людей (466). Более вероятно, что пожилые люди ведут более здоровый образ жизни, включая физическую активность, если у них имеется достаточный доход для участия в общественной жизни, если искусственные средовые условия безопасны и содействуют физической активности, и если они обладают хорошим психическим здоровьем и прочными социальными связями.

#### 4.5.4 Социальные связи

Люди – это социальные существа, и качество и количество их социальных отношений коррелирует с психическим и соматическим здоровьем и смертностью (30,469). Социальные связи не всегда несут с собой позитивные эффекты (470), однако поддерживающие связи, которые предлагают эмоциональную поддержку, уход и информацию, могут служить буфером против стресса (471). Основное значение в этом плане имеет вклад пожилых людей в качестве лиц, предоставляющих уход и помощь своим супругам и другим членам семьи (дети и другие пожилые люди). Женщины играют основную роль в выполнении этой функции.

Люди, как правило, стараются придерживаться норм и ценностей, доминирующих в их социальном окружении. Там, где они включают нездоровые виды поведения – курение или нерациональное питание, – здоровью будет наноситься вред. Там, где эти нормы поддерживают здоровые виды поведения, эффект будет положительным для здоровья. Прочные социальные связи могут давать ощущение принадлежности и повышать самооценку, что позволяет людям чувствовать, что они распоряжаются своей жизнью. Мета-анализ 148 исследований показал, что адекватные социальные связи коррелируют с приблизительно 50%-ным повышением вероятности выживания в течение периода наблюдения 7,5 лет (472). Это значение сохранялось для различных возрастов, а также для мужчин и для женщин. Масштаб данного неизменного влияния социальных связей на риск смерти был сравним с эффектом курения и потребления алкоголя, и он был больше, чем эффект в отношении ожирения и физической активности (472). Вместе с тем имеются прочные связи между социальными отношениями и формами поведения, и, как показано в разделе 4.5, риск смерти находится в зависимости от поведенческих факторов. Дальнейшее более подробное обсуждение вопросов социального капитала, которые характеризуются различными аспектами социальных отношений, представлено в главе 5.

Для некоторых пожилых людей проблемами являются социальная изоляция и одиночество (473), причем последний фактор коррелирует с депрессией (474). Факторы, которые влияют на способность пожилых людей развивать и поддерживать социальные связи, включают доход (см. главу 5), доступ к недорогостоящему общественному транспорту и качество искусственных средовых условий (безопасные и удобные общественные места для социализации) (см. раздел «Местные сообщества» в главе 5). Подходы, которые противостоят процессам отчуждения, ведущим к уязвимости пожилых людей, как это описано в главе 2, имеют центральное значение для улучшения здоровья и благосостояния и охватывают проблему дискриминации по возраст-



ному признаку. Процессы социального отчуждения более детально описаны в главе 5.

Важность поддержания здоровья и благополучия в пожилом возрасте признается Европейским советом и Европейским парламентом, что отразилось в провозглашении 2012 года как Европейского года активной старости и солидарности между поколениями. Как обсуждается в разделе 4.2, пожилые люди играют важную роль в межпоколенческой передаче несправедливости.

#### **Примеры из практики: Европейский год активной старости и солидарности между поколениями**

Под этим лозунгом в ЕС прошел 2012 год (475). Сеть EuroHealthNet выпустила документ, который содержит описание ряда инициатив в области здорового старения в ЕС с пояснительным текстом (476).

Европейская стратегия и план действий ВОЗ в поддержку здорового старения рекомендуют (в качестве приоритетного вмешательства), чтобы во всех странах был введен национальный минимальный пакет государственного финансирования для обеспечения домашнего ухода за пожилыми людьми (477). Эта мера направлена на сокращение несправедливостей и внесения вклада в поддержку здорового старения. Для более молодых лиц, осуществляющих уход за пожилыми родственниками, следует улучшить условия трудоустройства путем обеспечения более адекватного баланса между рабочими обязанностями и функциями по уходу за пожилыми людьми.

#### **4.5.5**

#### **Несправедливый доступ к услугам здравоохранения и несправедливые различия по качеству оказываемой медицинской помощи**

По данным многочисленных исследований, несмотря на то что потребности в медицинской помощи с возрастом увеличиваются, пожилые люди, особенно в возрасте 75 лет и старше, получают меньший объем медицинской помощи и услуги более низкого качества. Пожилые люди избыточно представлены в группах, рассматриваемых как низкоприоритетные для лечения (434), они получают менее дорогостоящее лечение, чем более молодые пациенты с таким же заболеванием (435), и им предоставляют меньший объем помощи в отделениях интенсивной терапии по сравнению с более молодыми пациентами (436).

На основе данных системы SHARE была исследована роль служб и организации системы здравоохранения в создании или, напротив, сокращении несправедливостей в отношении здоровья среди

пожилых людей (478). Исследование продемонстрировало значительные социальные несправедливости в отношении регулярности использования услуг значительные социальные несправедливости в отношении регулярности использования услуг здравоохранения в целях ранней диагностики и профилактики. Лица с более высоким образовательным уровнем и социально-экономическим статусом имели более высокие шансы регулярного анализа крови, обследования зрения, гинекологического обследования и маммографии. Уровень образования имел значительное влияние даже после поправок на доход и профессию. Несправедливости имеют более выраженный характер по отношению к специализированным видам помощи. Фактические данные относительно использования услуг здравоохранения и качества лечения носят смешанный характер. Не во всех исследованиях обнаружены более низкие уровни лечения для лиц более пожилого возраста, и при этом характеристики варьируются в зависимости от состояния здоровья и рассматриваемого показателя оказания помощи (этот вопрос более подробно обсуждается в отчете целевой группы (181)).

В некоторых исследованиях было установлено, что пожилые женщины чаще входят в низкоприоритетную группу по сравнению с пожилыми мужчинами (434) и что женщины-пациенты получают менее дорогостоящее лечение, чем мужчины с тем же заболеванием (435). Получены обширные фактические данные о вариативности по показателям смертности, инвалидности и субъективной оценке здоровья среди пожилых людей в Регионе в соотношении с социальными факторами, включая образовательный уровень и другие показатели социально-экономического статуса, при этом разброс значений различается от исследования к исследованию, отчасти в зависимости от использованных индикаторов социальных детерминант и показателей здоровья. В целом менее обеспеченные группы имеют более низкие показатели, и были обнаружены некоторые связи с возрастом и гендером. В плане доступа к услугам здравоохранения, что может быть одним из механизмов, по которому социальные факторы влияют на здоровье, имеются фактические данные о неравном доступе к различным видам лечения и услугам в зависимости от возраста, гендера, уровня образования и других показателей социально-экономического статуса.

Фактические данные также показывают, что после внесения поправок на индивидуальные эффекты кросс-когортные и страновые различия в распространенности такого показателя, как регулярность использования услуг, отчасти коррелируют с национальными стратегиями в области здравоохранения. Так, отмечается, что плотность обеспечения врачебными кадрами оказывает значительное влияние на уровень использования большей части услуг здравоохранения в течение жизни. Вероятность регулярного измерения артериального давления, анализа крови, обследования зрения и посещения гинеколога значительно выше в тех странах и когортах, где больше численность врачей на душу населения. При соотношении с показателем роста ВВП обнаруживается, что индиви-

дуумы в странах и когортах, где средний рост расходов на здравоохранение выше, демонстрируют более выраженную тенденцию к регулярным обследованиям здоровья: измерению артериального давления, анализу крови и обследованию зрения.

#### 4.5.6

##### **Стратегии по сокращению несправедливостей для людей пожилого возраста**

Как показано в предыдущих разделах этой главы, сокращение несправедливостей в отношении здоровья в отдельные периоды жизни требует действий на всем ее протяжении. Несправедливости в отношении здоровья в пожилом возрасте в значительной степени являются следствием социальных детерминант, оказывающих влияние ранее, на предшествующих этапах жизни, однако социальные и физические средовые условия пожилых людей, их поведение в отношении здоровья и растущая потребность в услугах здравоохранения и социальной помощи с возрастом также вносят свой вклад. В стратегиях по сокращению несправедливостей должны учитываться все эти факторы.

Научно обоснованные вмешательства по сокращению несправедливостей в отношении здоровья в группах лиц пожилого возраста тем не менее довольно скудны. Недостаток данных представляет значительную проблему для решения задач, связанных с сокращением несправедливости (51). Данный обзор свидетельствует о том, что сведения о несправедливостях в отношении здоровья в пожилом возрасте являются неполными. В частности, весьма мало известно о состоянии здоровья пожилых людей в восточной части Региона: в срочном порядке необходимы более полноценные данные из стран.

Второе наблюдение касается того, что группу повышенного риска составляют пожилые женщины с низким социально-экономическим статусом. Особое внимание должно уделяться пожилым женщинам, у которых имеется более одного нарушения здоровья вследствие более длительной средней продолжительности жизни в целом и неблагоприятных условий в предшествующей жизни. Хроническая заболеваемость – наиболее устойчивый фактор, объясняющий различия в показателях здоровья и инвалидности между мужчинами и женщинами, это означает, что третичная профилактика и лечение заболеваний являются весьма значимыми факторами для сокращения разрыва в несправедливостях в отношении здоровья.

Анализ, предпринятый целевой группой данного обзора, показывает, что несправедливости в отношении здоровья среди пожилых людей не такие, как среди лиц более молодого возраста. Несправедливости по итоговым показателям

здоровья и по их причинам различаются определенным образом в течение жизни. Для лиц пожилого возраста, чьи потребности отражают здоровье и социально-экономические последствия накопленного неблагополучия или, напротив, позитивных факторов в течение жизни, а также их частные текущие условия, требуются применения специфических стратегий профилактики.

Необходимы воздействия на все социальные детерминанты здоровья, особенно по отношению к социальной защите, условиям местного сообщества, жилищным условиям, окружающей среде по месту жительства. Особенно большое значение имеют действия в поддержку социальных и семейных связей, однако равным образом необходимы меры, предпринимаемые в системе здравоохранения, для обеспечения большей справедливости доступа и лечения в соотношении с социально-экономическим статусом, образовательным уровнем и гендером. Системы здравоохранения должны предпринимать действия, чтобы обеспечить отсутствие дискриминации в отношении пожилых людей по сравнению с другими возрастными группами. Нормативное регулирование деятельности системы здравоохранения также представляется фактором высокой важности.

## 5.1

**Исходные данные**

Жизнь и здоровье людей зависят от норм, ценностей и структуры общества: процессов приобщения и отчуждения, факторов уязвимости и неблагополучия; физической среды обитания и условий работы; экономической и социальной поддержки, которую предоставляют общество и государство. В предыдущих главах были описаны некоторые из этих социальных детерминант здоровья. В настоящей главе уделяется внимание системам социальной защиты, а также инфраструктурным и социальным условиям в местных сообществах, которые оказывают влияние на жизнь и здоровье людей.

Глава открывается обзором систем социальной защиты, действующих в различных странах Европы (раздел 5.2). Приведена оценка различных типов и уровней социальной защиты, кроме того, даны рекомендации оптимальных форм защиты уязвимых слоев населения, а также содействия улучшению здоровья как этой категории граждан, так и более широких групп.

Затем исследуются местные сообщества (раздел 5.3) и то, как существующие в них физические и социальные условия влияют на здоровье людей и окружающую среду.

Наконец, рассматриваются процессы, которые ведут к социальному отчуждению (см. главу 2) и, как следствие, обострению несправедливостей, неблагополучия и уязвимости (раздел 5.4) по отношению к отдельным группам населения, с особым вниманием к народности рома и незаконным мигрантам, в большей степени страдающим от множественных процессов социального отчуждения. Даны рекомендации по созданию систем, обладающих большей устойчивостью, социальной сплоченностью и инклюзивностью.

## 5.2

**Механизмы социальной защиты, доход и несправедливые различия в отношении здоровья****Рекомендация 2(а).**

**Повысить уровень и улучшить распределение мер социальной защиты в соответствии с потребностями, чтобы улучшить состояние здоровья и преодолеть несправедливости в отношении здоровья.**

**Конкретные действия**

(i) Обеспечить прогрессивный рост ассигнований на социальную защиту населения в соответствии с потребностями путем пропорционального увеличения финансирования в странах с его исходно более низкими уровнями и с менее развитыми системами, руководствуясь следующими принципами:

- *Делать хотя бы немного (Do something):* в странах с низким уровнем финансирования и стремления обеспечить социальную защиту населения – осуществить хотя бы незначительные программные улучшения.
- *Делать больше (Do more):* в странах со средне-высоким развитием механизмов социальной защиты – предпринять дальнейшее повышение уровня программ социальной защиты.
- *Делать лучше (Do better):* в наиболее развитых социальных государствах, в которых, однако, произошло снижение перераспределяющего и защитного потенциала государства – повысить уровни социальной защиты в целом и для более уязвимых групп населения.

(ii) Обеспечить более эффективное использование ресурсов, выделяемых на цели социальной защиты.

(iii) Необходимо разработать международный механизм для проведения стандартизированных многоаспектных, в том числе по возрастным расчетам на основе конкретных потребностей групп населения с учетом условий общества, в котором они живут. В отличие от значений черты бедности, в данном случае унифицированных минимальных значений для стран не имеется.

(iv) Принять принцип гендерной справедливости в подходе к преодолению социальных и экономических несправедливостей, проявляющихся в том, что женщины несоразмерно чаще работают на неполной ставке, получают меньшую заработную плату за равный с мужчинами труд и выполняют неоплачиваемую работу по уходу.

## 5.2.1 Введение

Важнейшая социальная детерминанта здоровья и важнейшая цель для систем социальной защиты – это наличие необходимых ресурсов для обеспечения достойного качества жизни людей. Эти ресурсы, воспринимаемые как приемлемые в соответствии с действующими социальными нормами и стандартами, включают, в числе прочих, достаточный уровень материальной обеспеченности, благоприятные рабочие и жилищные условия и доступ к образованию и знаниям. Ресурсы каждого отдельно взятого человека могут быть сугубо личными (знания или, например, психическая энергия), генерироваться на индивидуальном уровне в социально-экономической сфере человека (доход или престиж) или формироваться в рамках семьи (семейный доход, имущество и социальные связи). «Индивидуальные» ресурсы – персональные, рыночные или семейные, безусловно важны для здоровья и благополучия, но индивидуумы могут также использовать и коллективные ресурсы, предоставляемые государственными учреждениями, обеспечивающими благосостояние людей.

«Коллективные» ресурсы включают социальное страхование, предназначенное для компенсации потери дохода при заболевании, безработице и в пожилом возрасте («денежный» компонент социального государства), а также социальные услуги, предоставляемые безвозмездно или на условиях значительного субсидирования, такие как образование, медицинское обслуживание и уход за пожилыми и инвалидами (компонент «помощи»). Предоставление и качество таких ресурсов со всей очевидностью влияет на возможность людей поддерживать свое здоровье и благополучие. Чем меньше у людей индивидуальных ресурсов, тем важнее для них доступ к коллективным ресурсам. Для того чтобы улучшить здоровье населения, а также сократить несправедливые различия в этой сфере, важно, чтобы политика социального обеспечения предоставляла достаточно весомые формы социальной поддержки и социально справедливые высококачественные услуги (см. раздел 5.2.5).

Из всех ресурсов, которые важны для здоровья и благополучия, те, что относятся к экономическим факторам, занимают особое положение, поскольку они легко могут трансформироваться в другие типы (16). Доход в целом и бедность в частности напрямую связаны с широким спектром показателей здоровья через воздействие материальных, социальных и психологических факторов. Поэтому политика, которая сокращает риск бедности или в более общем плане способствует повышению семейного дохода, по всей вероятности, вносит также вклад в улучшение общественного здоровья. Ключевой целью социального обеспечения и других направлений политики должны быть разработка и поддержание минимальных стандартов, необходимых для здоровых условий жизни.

В данном разделе рассматриваются два ключевых вопроса на основе стратегического обзора литературы и анализа европейских данных: взаимосвязь между бедностью и здоровьем и роль политики социальной защиты в улучшении здоровья и сокращении несправедливостей в данной области. Оба этих вопроса относятся к минимальным стандартам здоровой жизни и анализируются на основе приведенных в главах 3 и 4 положений о детской бедности как ключевой детерминанте, определяющей здоровье на протяжении всей последующей жизни.

## 5.2.2 Доход, бедность и здоровье

Связи между доходом, материальным благосостоянием и здоровьем выходят за рамки простого утверждения, что плохое здоровье – это удел беднейших людей. На самом деле эта зависимость имеет определенные градации. На каждом уровне дохода или благосостояния более обеспеченные люди обладают более хорошим здоровьем по сравнению с теми, кто менее обеспечен (см. дополнительные фактические данные и их обсуждение в главе 3). Доход и другие экономические ресурсы, такие как производство пищевых продуктов и пособия, получаемые от различных служб, а также другие активы влияют на здоровье через материальные, социальные и психологические механизмы (см. главу 3 и (479,480)).

Положение отдельных граждан на шкале дохода анализируется в рамках обсуждения процессов социального отчуждения (см. ниже в данной главе). Процессы, которые ведут к бедности и уязвимости, действуют по всем социальным, политическим, экономическим и культурным измерениям (481). При этом бедность может являться как результатом, так и одной из причин социального отчуждения.

Бедность имеет множество различных сторон. По крайней мере, три ее аспекта можно оценить количественно: относительно низкий доход, отсутствие предметов или бытовых возможностей, которые в общесоциальном смысле рассматриваются как необходимые, а также субъективное восприятие своей ситуации как бедности (482). Каждый из этих путей измерения оценивает различные аспекты бедности, которые влияют на здоровье через последовательность материальных и психосоциальных причинно-следственных связей и ведут к формированию социального градиента по показателям здоровья. При этом группы людей, классифицируемые как бедные по различным показателям, не обязательно совпадают друг с другом. Поэтому при формировании политики недостаточно полагаться только на один способ измерения бедности, например доход ниже 60% от медианы (482). Для разработки политики по сокращению несправедливых различий в отношении здоровья необходим



комбинированный подход, охватывающий все компоненты минимального стандарта здоровой жизни на ее различных этапах.

### 5.2.3

#### Минимальный стандарт здоровой жизни

Этот подход был разработан в Соединенном Королевстве в рамках научных исследований по проблеме минимального дохода (483). Были проанализированы мнения населения о том, какие товары и услуги необходимы различным типам домохозяйств для достижения социально приемлемого стандарта жизни и полноценного участия в жизни общества (484), а также разработаны механизмы, предлагающие методологию расчета минимальных стандартов здоровой жизни на основе установленных потребностей, и сформированы представления о бедности как совокупности многоаспектных факторов, в частности связанных с возрастом.

Материальные и социальные условия жизни слоев населения, находящихся в бедности, варьируются в разных странах Региона в зависимости от широкого круга индивидуальных, общинных и специфичных для конкретных стран контекстных факторов. Минимальный стандарт здоровой жизни следует определять в каждой стране отдельно на основе национальных критериев с использованием стандартной международной основы. Подходы к формированию минимальных стандартов следует регулярно обновлять с учетом изменений самого понятия бедности по мере развития общества. Стандарт дает указание на то, в какой степени страна удовлетворяет материальные и социальные потребности своих граждан, и дает возможность мониторинга той доли населения, которая не имеет возможности для поддержания минимального стандарта по мере изменения и развития общества.

Этот подход обладает потенциалом для внесения важного вклада в разработку политики в поддержку здоровья и справедливости в отношении здоровья в странах Региона и содействует более глубокому пониманию уровней и аспектов бедности, включая ту степень, в которой условия жизни можно улучшить путем реализации государственных стратегий. Стратегии поддержки населения с минимальным доходом могут использовать ряд механизмов: законодательство и правовое закрепление минимальной заработной платы – это ключевой фактор для тех, кто работает по найму, а социальная защита имеет важнейшее значение для тех, кто лишен заработка.

### 5.2.4

#### Неравенство доходов

Если те, кто находится на верхнем уровне спектра социально-экономического распределения, забирают себе больше прибыли, чем они сами генерируют в процессе производства, то другим остается меньше. Данный тип неравенства доходов

может, в частности, влиять на объем средств, необходимых для оплаты труда, обеспечивающей минимальные стандарты здоровой жизни. Финансовая поддержка для работающих часто все еще необходима, поскольку заработная плата у многих слишком низка (482). Неравенство доходов влияет на возможность приобретения товаров, необходимых для поддержания здоровых условий жизни (см. раздел 5.2.3), и может иметь другие негативные аспекты. Фактические данные о влиянии неравенства доходов на показатели смертности (после приведения с поправкой на индивидуальные доходы) носят смешанный характер (58, 485), однако имеется растущий интерес к изучению его влияния на личностную самооценку и общий уровень благополучия (485).

Существуют различные пути решения проблемы неравенства доходов. Государства могут только менять ставки налогообложения или корректировать весь комплекс финансовых вычетов и социальных пособий для того, чтобы обеспечить достаточно высокий уровень минимальной заработной платы (см. раздел 5.2.5). Они могут устанавливать максимально допустимый разброс в уровнях заработной платы в компаниях для того, чтобы увеличить количество выплат работникам, или ограничивать размер бонусов и премиальных. Аналогично государственные контракты могли бы предоставляться только тем компаниям, которые соблюдают условия минимальной заработной платы и соотношение уровней заработной платы. Разумеется, законодательные меры не всегда необходимы, можно также заключать соглашения (при условии их эффективности), когда работодатели добровольно берут на себя определенные обязательства.

### 5.2.5

#### Роль стратегий социальной защиты

Стратегии социальной защиты имеют критическую важность, поскольку позволяют оградить население от негативных влияний бедности и финансово-го неблагополучия и обладают потенциалом сокращения несправедливостей. Их следует рассматривать в контексте всех остальных вариантов политики, имеющихся в распоряжении государства, для улучшения здоровья и сокращения несправедливостей в отношении здоровья, обсуждаемых в данном обзоре. Выбор государственной политики в странах Региона определяется размером и составом групп, квалифицируемых как бедные в определенный момент времени.

#### **Более эффективно использовать средства, направленные на социальную защиту: адресно поддерживать конкретные группы населения**

Как описано в главах 3 и 4, защита детей от бедности имеет крайне важное значение для их настоящего и будущего здоровья и реализации жизненных возмож-



ностей. Сравнение уровней детской бедности до и после выплаты социальных пособий показывает, что некоторые страны Региона гораздо более эффективны в решении этой проблемы (82) (см. рис. 3.21). В странах ЕС семьи с одним родителем с большей вероятностью живут в бедности, чем полные семьи, и дети, растущие в семьях с одним родителем, также с большей вероятностью находятся в бедности (82) (см. рис. 4.2). Как описано в главе 4, женщины пожилого возраста, которые трудились на низкооплачиваемых работах или на неполный рабочий день, в большей степени подвержены риску бедности (234). Хорошо спланированные стратегии социальной защиты удовлетворяют потребности различных типов домохозяйств, в том числе не имеющих детей или с различным числом детей в семье.

Социальные пособия сокращают риск бедности в пожилом возрасте. Изучение уровней бедности (60% от медианного дохода) среди мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше в странах ЕС демонстрирует значительную вариабельность (рис. 5.1). Во всех странах, кроме Мальты, распространенность бедности была выше среди женщин. В Швеции и Норвегии – странах, считающихся наиболее социально равноправными, – уровень

бедности после назначения социальных пособий был гораздо выше среди женщин в возрасте 65 лет и старше, чем среди мужчин в той же возрастной группе – 22% по сравнению с 8% в Швеции и 19% по сравнению с 4% в Норвегии (486). Уровни бедности среди пожилых людей после назначения социальных пособий зависят от величины этих пособий и имеющихся демографических характеристик.

### Уровень и тип социальной защиты

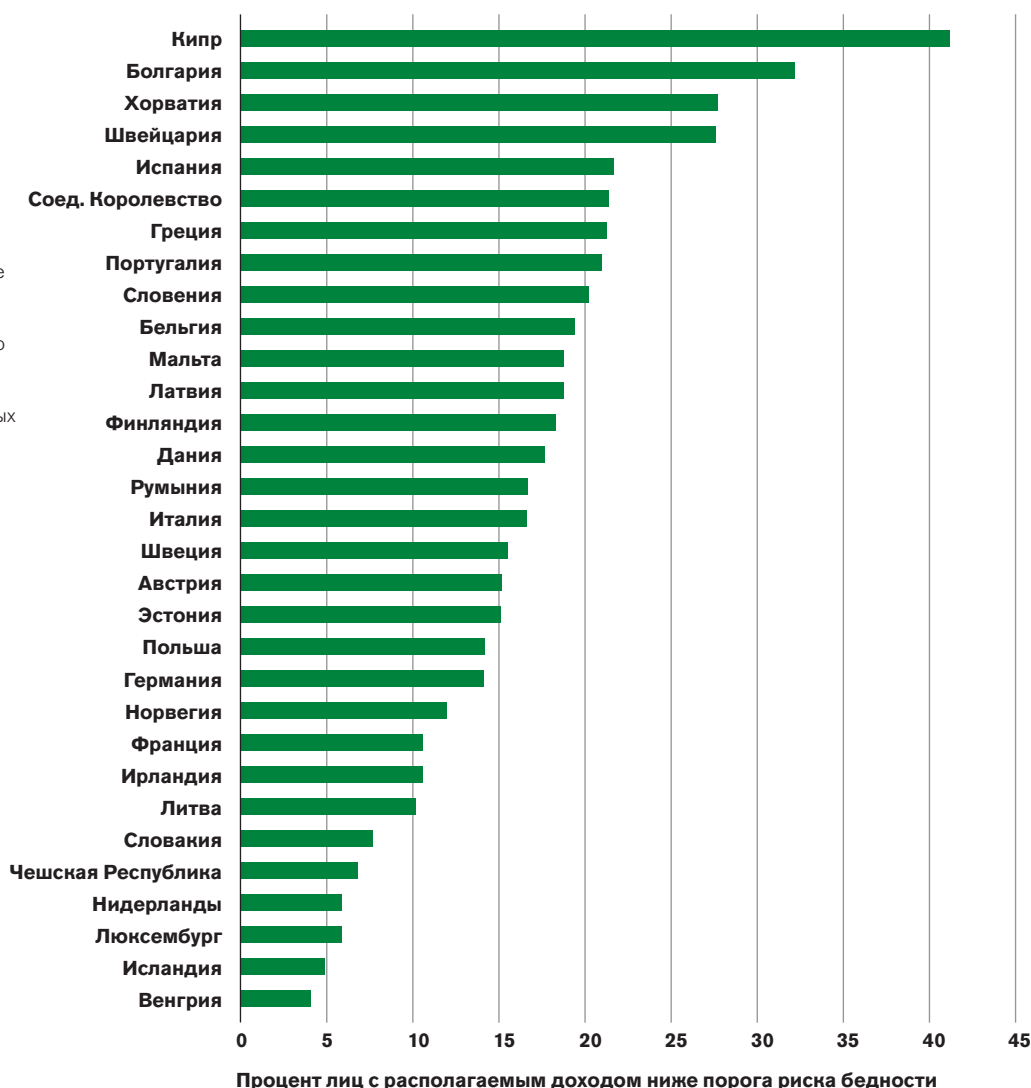
Сумма расходов на социальные нужды – грубый индикатор щедрости программ социальной защиты – является важным для здоровья параметром сокращения рисков бедности и повышения ресурсов отдельных граждан и семей (487). Исследование, проведенное в 18 странах ЕС, показало обратную зависимость между смертностью от всех причин по возрастным группам и расходами на социальное обеспечение: чем выше была сумма расходов, тем ниже значения возрастных показателей смертности (72,91). При соответствующем планировании программы социального обеспечения могут также служить эффективными стабилизаторами дохода и вносить вклад в оптимизацию участия рабочей силы в рынке труда. Одним из

**Рисунок 5.1**

**Уровень риска бедности<sup>а</sup> среди лиц в возрасте 65 лет и старше после назначения социальных пособий, 2010 г.**

<sup>а</sup> Процент населения в возрасте 65 лет и старше с эквивалентным располагаемым доходом ниже порога риска бедности, который установлен на 60% от национального медианного значения эквивалентного располагаемого дохода с учетом получения социальных пособий.

Источник: Eurostat (486).



подходов, разработанных для повышения участия населения в рынке труда, является активной политика на рынке труда (см. главы 4 и 6).

Расходы на социальное обеспечение обладают потенциалом сокращения несправедливостей в отношении здоровья путем оказания более значительного воздействия на группы с более низким социально-экономическим статусом. На рис.5.2 показана связь между ростом уровней социальных расходов в стране (определяемых как отношение объема социальных расходов к численности незанятого населения) и снижением вероятности безработицы для лиц с хронически инвалидизирующими заболеваниями и без них (соответственно, левый и правый графики). Более высокие уровни расходов на социальное обеспечение, рассчитанные на основе приведенного индекса, приносят пользу всем группам, однако наибольший эффект наблюдается среди лиц с начальным образованием, а наименьший – с третичным (высшим) образованием (488, 489). Лица с более низким образовательным уровнем подвержены большему риску безработицы (см. главу 3). На рис. 5.2 показано, что рост индекса расходов на социальное обеспечение способствует сокращению социальных неспра-

ведливостей в отношении безработицы и поэтому имеет очевидный потенциал для сокращения несправедливостей в отношении здоровья.

В отчете целевой группы по вопросам ВВП, налогообложения, доходов и социального обеспечения (487) содержится анализ политики по отношению к законодательно подтвержденным социальным правам и социальным расходам. В целом анализ поддерживает положение о том, что более широкие социальные права в стране коррелируют (после учета остальных факторов) с улучшением самооценки здоровья на индивидуальном уровне. Позитивное влияние расширенных социальных прав на показатели здоровья продемонстрированы для всех уязвимых социально-экономических групп. Реализация социальных прав в форме денежных выплат может поэтому рассматриваться в качестве коллективного ресурса с важными внешними полезными эффектами для общества помимо пользы для безработных, которые являются прямыми бенефициарами (489). В то время как конкретные программы имеют измеримый позитивный эффект, представляется, что сочетание расширенных социальных прав в различных областях (рынок труда, семья, пожилой возраст) является важным для здоровья населения на общепопуляционном уровне.

### Рисунок 5.2

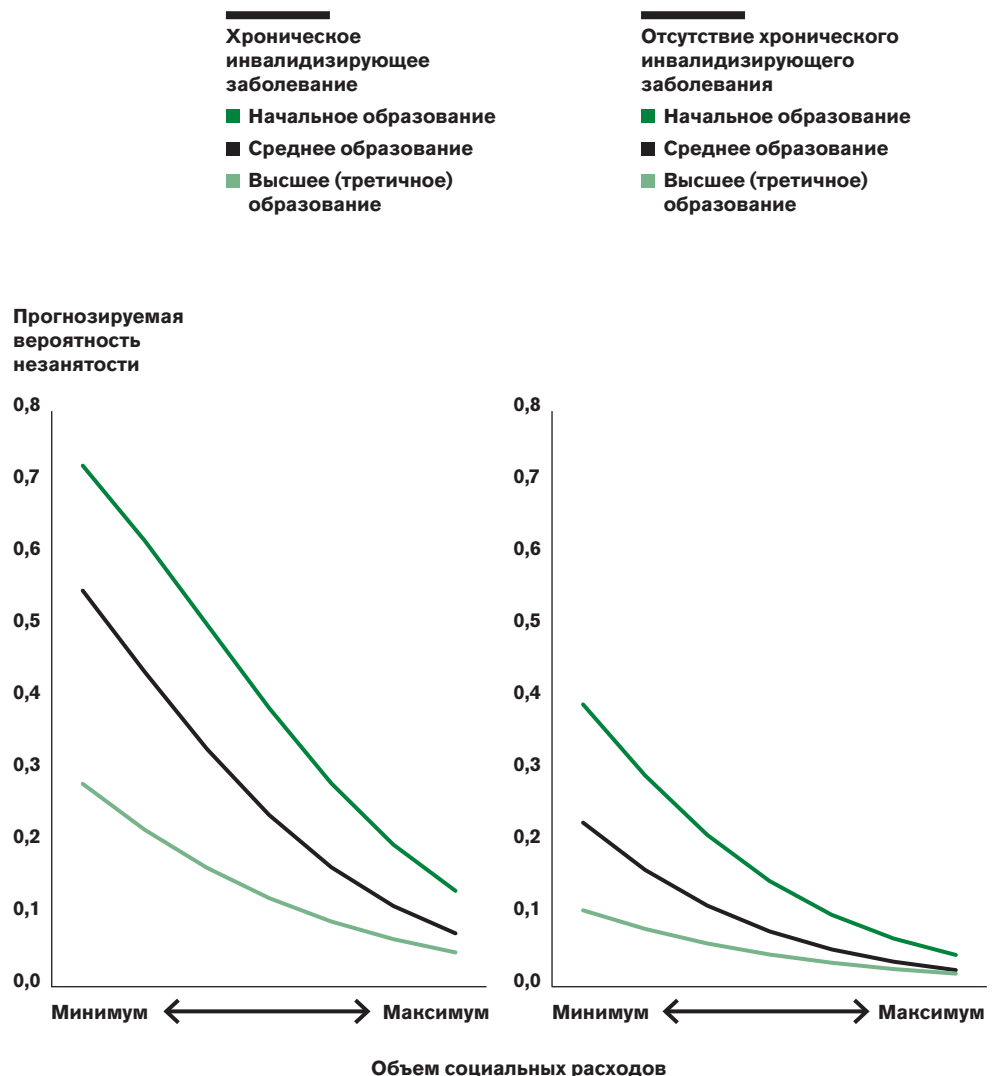
**Объем расходов на социальные нужды<sup>a</sup> и численность незанятого населения<sup>b</sup> в соотношении с уровнями образования в 26 европейских странах: прогнозируемые вероятности по данным многоуровневого регрессионного анализа<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Объем расходов на социальные нужды в качестве грубого индикатора «щедрости социального обеспечения» определяется как сумма расходов на социальные нужды – в стандартах покупательной способности на душу населения – поделенная на уровень незанятости.

<sup>b</sup> Численность незанятого населения включает всех лиц в возрастной группе от 15 до 64 лет, которые не включены в категорию занятых в трудовой деятельности по определению Евростат. Данная категория включает безработных, лиц, вышедших на раннюю пенсию, прекративших предпринимательскую деятельность, постоянных инвалидов или негодных к работе по состоянию здоровья, занимающихся домашним трудом и уходом, а также другие неактивные слои населения.

<sup>c</sup> Регрессионная модель учитывает ВВП и бизнес-цикл в дополнение к переменным индивидуального уровня.

Источники: van der Wel et al. (488); Eurostat (87).



Анализ связи между социальными расходами и самооценкой здоровья в 18 странах ЕС продемонстрировал различные эффекты по группам в зависимости от уровня образования (рис. 5.3). В частности, при рассмотрении вероятности низкой самооценки здоровья среди мужчин и женщин отмечалось, что лица с начальным образованием получали больше пользы от весомых социальных пособий, чем лица со средним и высшим образованием. Вероятность низкой самооценки здоровья также снижалась среди мужчин и женщин со средним образованием по мере роста расходов на социальные нужды. Однако эта картина была другой для мужчин и женщин с высшим образованием: вероятность низкой самооценки здоровья среди женщин повышалась по мере роста расходов на социальные нужды, а среди мужчин этот показатель снижался.

В исследовании было продемонстрировано, что несправедливые различия в самооценке здоровья в зависимости от уровня образования снижаются в абсолютных и относительных значениях по мере роста расходов на социальные нужды.

### **Пропорциональная социальная защита: делать хотя бы немного, делать больше, делать лучше**

Связь между уровнем социальных расходов (и социальных прав) и самооценкой здоровья носит криволинейный характер, причем отдача от вложений снижается по мере роста уровней социальных расходов и социальных прав (487). Аналогичная связь отмечена между социальными расходами и повозрастными показателями смертности (91). Это позволяет предполагать, что легче всего добиться ощутимых результатов в странах с самыми скромными системами социальной защиты. Даже небольшие улучшения в законодательно закрепленных социальных правах и расходах на социальные нужды коррелируют с улучшением показателей здоровья, поскольку эффект от программ социальной политики на каждый потраченный евро в целом выше при более низких уровнях существующих расходов.

Общий вывод из этих исследований заключается в том, что следует больше тратить на социальную защиту для того, чтобы улучшить здоровье и сократить несправедливости, особенно в странах Региона с наиболее низкими уровнями расходов на социальные нужды. Делать хотя бы немного в рамках стратегии социальной защиты – это лучше, чем не делать ничего, и даже небольшое повышение социальных расходов, по всей вероятности, приведет к улучшению показателей здоровья.

Даже в странах с наиболее развитыми государственными системами социальной поддержки заметен рост неравенств в отношении доходов и несправедливостей по показателям здоровья (487) (см. раздел 5.2.4, где обсуждаются вопросы неравенства доходов). Имеется возможность для улучшения ситуации и в тех странах, где перерас-

пределительный и защитный потенциал социального государства фактически привел к снижению уровней социальной защиты как в целом, так и для наиболее уязвимых слоев населения, и где необходимо применять более стратегические подходы к расходам на социальную защиту – в странах, которые и так тратят достаточно много. С учетом уменьшающейся отдачи от инвестиций, которая обсуждалась ранее, простое вкладывание ресурсов в наращивание социальной защиты, возможно, не единственное решение: стратегии социальной защиты, действующие в каждой стране, нуждаются в пересмотре. Универсальные программы и системы, которые охватывают большинство населения, привязаны к более высоким уровням индекса социальных расходов. Системы социальной поддержки должны быть нацелены на то, чтобы как минимум был установлен нижний уровень социальной защиты граждан от финансовых потерь по причине заболеваний, безработицы, низкого заработка или незанятости на рынке труда. Страны должны предпринимать усилия для достижения такого уровня социальной защиты, который дает возможность каждому достичь минимального стандарта здоровой жизни, как это описано в разделе 5.2.2.

Опыт стран и имеющиеся данные показывают, что сделать в этом направлении можно много. В качестве иллюстрации можно привести сравнение по состоянию на 2009 г. пособий на социальную поддержку, выплачиваемых семьям с двумя детьми и не имеющим собственного дохода, показывающее большей разброс данных: от крайне низких или несуществующих в Греции, Турции, Таджикистане и Грузии до свыше 20 тысяч евро (приведенных к ППС) в Дании и Люксембурге (82) (рис. 5.4). Методы расчета, использованные в СЦВЕ/СНГ и странах ЕС, были несколько различными.

Зачастую высказывается как минимум два аргумента против предоставления социальных пособий. В качестве одного из них приводятся страны Северной Европы, где, несмотря на всеобщий охват социальными пособиями и более низкий уровень бедности, устойчиво сохраняются несправедливости в отношении здоровья. Однако многочисленные данные свидетельствуют о том, что более широкие всеохватывающие стратегии социальной поддержки, включая политику социальной защиты, – это важные инструменты воздействия на ключевые социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья, применимые во всех странах (487). Также очевидно, что ряд движущих факторов вызывает неравенство в распределении ресурсов социальной помощи и что несправедливости в отношении здоровья были бы гораздо более значительными без наличия систем социальной поддержки, которые существуют в странах Северной Европы и в других европейских государствах. В частности, сети социальной безопасности и стратегии, направленные на рынок труда,

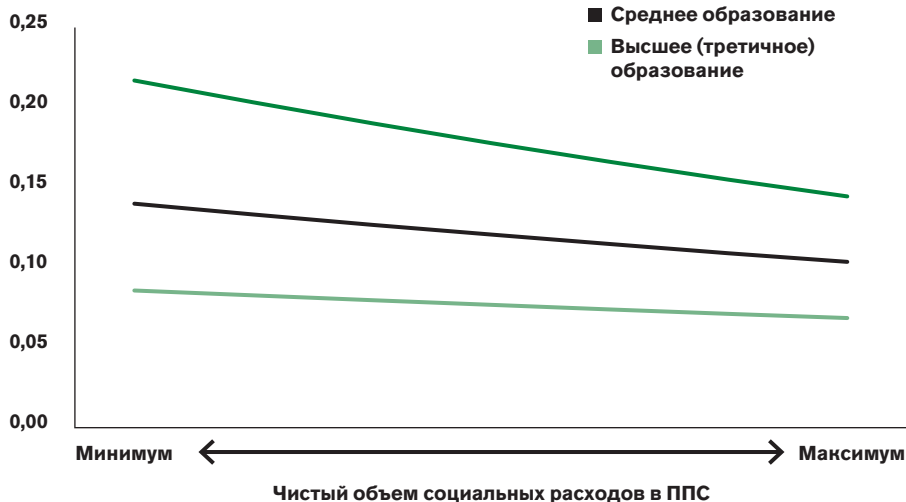
**Рисунок 5.3**

**Связь между уровнем расходов на социальные нужды и низкой самооценкой здоровья в разбивке по уровням образования, мужчины**

<sup>a</sup>Прогнозируемые вероятности рассчитаны по модели 2 таблицы 3 в работе Dahl & van der Wel (490) по чистому значению общих расходов на социальные нужды (ППС).

Источники: Dahl & van der Wel (491); Bradshaw (82).

Прогнозируемая вероятность<sup>a</sup> плохого здоровья

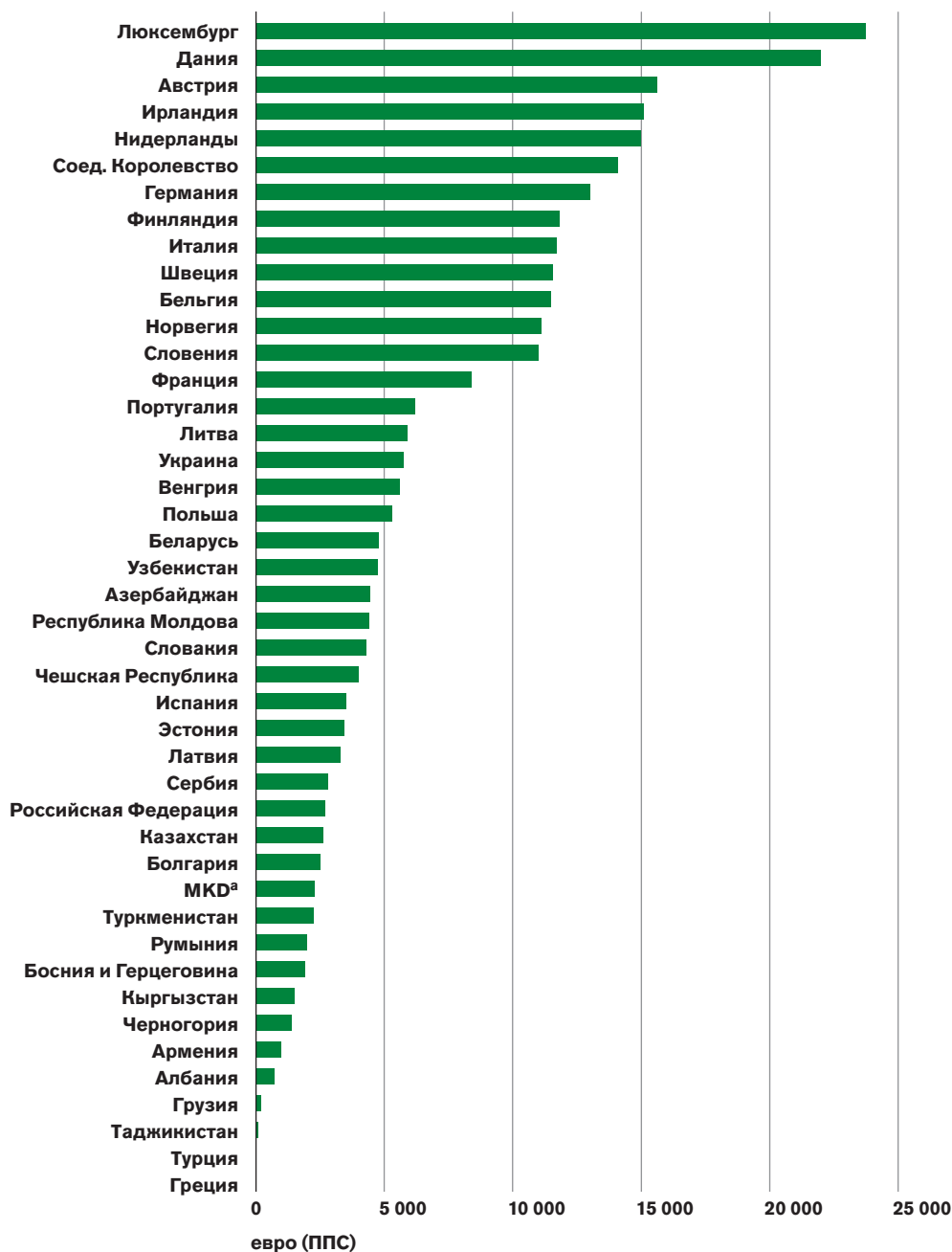


**Рисунок 5.4**

**Социальные пособия, выплачиваемые семьям с двумя детьми, не имеющим своего дохода: в евро (ППС), из расчета за год, июнь 2009 г.**

<sup>a</sup>МКД – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источник: Bradshaw (82).



могут смягчать негативное воздействие финансовых и экономических кризисов на здоровье, а ответные меры политики здравоохранения позволяют улучшить показатели здоровья, доступ к услугам здравоохранения и снизить финансовое бремя на население (492).

Второй аргумент заключается в том, что социальные государства якобы подрывают эффективность собственного производства и экономический рост. При этом часто приводится положение о том, что всегда имеется определенное противоречие между эффективностью и равенством. Тем не менее недавние эмпирические и ретроспективные исследования позволяют поспорить с этой аргументацией. И действительно, новые исследования показывают, что масштабные системы социальной поддержки не вызывают торможения экономического роста; наоборот, предоставление социальной помощи гражданам может даже увеличить экономическое благополучие таких стран (493, 494). Эти объективные данные позволяют предположить, что всесторонние механизмы социальной поддержки могут одновременно способствовать и экономическому росту, и благополучию людей, и социальному равенству. Социальная защита и стратегии социальных государств поэтому должны рассматриваться как важные инвестиции, которые формируют социальную инфраструктуру, необходимую для высокого уровня трудовой занятости населения (495). Рекомендации обзора по вопросам социальной защиты опираются на вышеприведенный вывод и представленные здесь объективные данные, которые его поддерживают.

## 5.3

### Местные сообщества

#### Рекомендация 2(b).

**Добиться объединения усилий по сокращению несправедливостей в отношении местных детерминант здоровья путем развития и укрепления сотрудничества и партнерства с теми, кого затрагивает несправедливость, с гражданским обществом и широким спектром заинтересованных сторон в обществе.**

#### Конкретные действия

- (i) Добиваться того, чтобы местные лидеры выступали поборниками партнерства и действий на межсекторальном уровне.
- (ii) Обеспечить, чтобы при осуществлении всех действий применялись обоснованные методы и принципы открытости, предусматривающие вовлечение общественности и участие местных сообществ сообразно с местными условиями и спецификой, в целях расширения прав и возможностей сообществ и повышения устойчивости к неблагоприятным воздействиям.
- (iii) Добиваться расширения сферы деятельности партнерств, включая использование местных знаний, ресурсов и активов сообществ и вовлеченных агентств в целях развития сотрудничества и поддержки деятельности сообществ с учетом разнообразных местных условий. Инфраструктурные ресурсы, такие как школы, медицинские и общественные центры, следует использовать в качестве базы для организации деятельности различных других служб.
- (iv) В природоохранных стратегиях отдавать приоритет мерам, помогающим улучшать здоровье и распространяющимся на все группы населения, которые могут быть затронуты несправедливостью, в частности на маргинализированные слои населения (например, бездомные, беженцы) или уязвимые группы (например, молодежь и пожилые люди).
- (v) Принимать стратегии по улучшению качества воздуха и снижению рисков, создаваемых загрязняющими веществами в воздухе для здоровья всех групп населения по всему социальному градиенту.

#### 5.3.1

##### Введение

То, с какими социальными отношениями сталкиваются люди, влияет на факторы, определяющие здоровье и несправедливые различия по его показателям. Наиболее важные параметры следующие: насколько безопасно чувствуют себя



люди там, где они живут; в какой мере они распоряжаются ресурсами и влияют на принятие решений; в какой мере местные сообщества имеют возможность участвовать в принятии решений на местном уровне и в действиях, которые влияют на их жизнь; в какой мере имеют место четкие и соблюдаемые свободы и законные права (гражданские свободы); имеется ли доступ к социальным ресурсам, включая социальные сети, а также функциональные возможности и уровень устойчивости к негативным внешним воздействиям (возможность позитивного реагирования на неблагоприятные влияния). Как обсуждается в главе 2, эти факторы оказывают определяющее влияние на восприимчивость индивидуума к воздействию вредных для здоровья или, наоборот, способствующих здоровью условий. Они подчеркивают важность расширения материальных, психологических и политических прав и возможностей всех членов общества. Иметь возможность распоряжаться своими жизненными обстоятельствами, обладать политическим голосом и принимать участие в процессе принятия решения – это настолько же важно, насколько и наличие материальных условий для достойной жизни.

В данном разделе с учетом этих влияний и с особым вниманием к роли местных сообществ в повышении уровня справедливости в отношении здоровья рассматривается ряд факторов: вредоносные эффекты неблагоприятных условий внешней среды на индивидуумов и сообщества; процессы социального отчуждения; функциональный потенциал и активы, которые способствуют укреплению и защите здоровья и благополучия.

Социальные взаимоотношения находятся под значительным влиянием исторических и культурных факторов и распределения властных полномочий. Поэтому для изменения социальных условий недостаточно лишь принять решение в этом направлении; такое изменение зависит от коренных внешних обстоятельств, включая материальные ресурсы, устойчивость к негативным внешним воздействиям и способность взять под более полный контроль свои жизненные обстоятельства. Причем очевидно, что факторы, влияющие на здоровье и благополучие человека, в значительной степени соотносятся с условиями предшествующей жизни, это влияние накапливается на протяжении лет и отнюдь не определяется исключительно сиюминутными текущими обстоятельствами.

Люди, живущие в бедности и не располагающие властными ресурсами, чаще вынуждены проживать в неблагоприятной среде, по сравнению с материально более обеспеченными слоями населения. В результате недостатка контроля над своей жизненной ситуацией люди попадают в такие условия, где этот контроль сокращается в еще большей степени и, соответственно, их здоровье подвергается дальнейшему повышенному риску. Они нередко имеют низкокачественное жилье: в

квартирах на высоких этажах, с плохой теплоизоляцией, в сырых помещениях и в зданиях, в большей степени подверженных разрушениям и повреждениям при неблагоприятных погодных условиях. У них недостаточно надежные жилищные контракты, и они не могут оказывать достаточного влияния на условия своего проживания.

Люди, живущие в неблагоустроенных районах, чаще страдают от табачного дыма, биологического и химического загрязнений, загрязнения воздуха, затоплений, неудовлетворительных условий санитарии и водоснабжения, шума и интенсивного дорожного движения (496). Они с большей вероятностью живут поблизости от свалок вредных отходов, где выше уровень уличной преступности и общественные места выглядят непривлекательно, у них меньше доступа к зеленым зонам и меньше возможностей для здорового образа жизни. Эта категория населения с меньшей вероятностью имеет доступ к безопасному транспорту и зачастую лишена возможности посещать своих родственников и друзей, живущих вдалеке. Люди, относящиеся к крайне бедным слоям населения, с большей вероятностью проживают в трущобах, расположенных с подветренной стороны от структур, загрязняющих атмосферный воздух, или ниже по течению от загрязнителей воды, а также в большей степени подвержены другим рискам для здоровья, связанным с искусственными средовыми условиями.

Эти вредные влияния оказывают непосредственное отрицательное воздействие на здоровье и благополучие, прямым и косвенным образом повышают уровни стресса и способствуют дальнейшему сокращению контроля над жизненными обстоятельствами. Там, где граждане и сообщества имеют возможности и активы, вытекающие из их культурного потенциала и социальных связей, эти средства могут помочь в смягчении эффектов от внешних неблагоприятных воздействий и выступать в роли защитного для здоровья и благополучия фактора.

Социально исключенные и маргинальные группы, некоторые этнические меньшинства и иммигранты с большей вероятностью расценивают свое социальное окружение как небезопасное и полагают, что они недостаточно могут распоряжаться своей жизнью. В различных странах Европы места, где поселяются иммигранты по прибытии (и где нередко продолжают проживать их вторые и последующие поколения), – это нередко территории с неблагоприятными экологическими условиями: рядом с автомагистралями или железнодорожными путями, вблизи линий электропередач или непосредственно под коридорами авиационных линий (497). Примеры включают районы проживания турецких рабочих мигрантов в Германии и марокканских сельскохозяйственных рабочих в Испании (498, 499). Степень социального отчуждения и маргинализации различается по различным странам, а также между этническими группами.

Лица с незначительными ресурсами часто не имеют средств для защиты от неблагоприятных воздействий окружающей экологической деградации. Они с меньшей степенью вероятности могут позволить себе страховку против воздействия экологических угроз или лишние расходы на обеспечение для себя менее вредных условий (таких как цельная, неконтаминированная пища или жилище в более возвышенном месте). Группы бедного населения с большей вероятностью проживают в низинных городских районах, подверженных затоплению при паводках. Парадоксально, однако, что те, кто больше всего страдает от климатических катаклизмов и истощения природных ресурсов, менее всего ответственны за подобные изменения. Семьи с более низким уровнем дохода в гораздо меньшей степени нарушают экологию: градиент в бытовых выбросах парниковых газов тесно связан с градиентом дохода (500). Митигация изменения климата, таким образом, даст пропорционально больший полезный эффект для сокращения этого типа несправедливости. Аналогичным образом, наибольшую выгоду население стран Региона с низким и средним уровнями доходов получит, скорее всего, от таких вмешательств, которые обеспечивают более здоровую и более безопасную окружающую среду, так как в этих странах обычно несоразмерно велика подверженность людей воздействию неблагоприятных экологических условий (271).

### 5.3.2 Социальная среда

Один из путей изучения взаимоотношений между социальной средой и здоровьем основан на использовании концепции социального капитала. Это понятие обычно трактуется как «совокупность норм, доверие и социальная поддержка, которые способствуют социальным взаимоотношениям членов сообщества и таким образом вносят вклад в экономический рост и развитие» (501). В применении к здоровью обычно изучаются три измерения социального капитала: привязанности (bonding) – связи между людьми с аналогичной социальной идентичностью; мосты (bridging) – связи между людьми с различными социальными идентичностями, но с более или менее эквивалентным социальным статусом; связи (linking) – контакты между группами с различным статусом и властью (501). Относительно прочный социальный капитал в общем плане коррелирует с более высоким здоровьем, и наоборот (30,71,502) (см. также главу 4).

Смежным понятием является «жизнестойкость» (resilience) отдельных индивидуумов и групп, определяемая как способность позитивного реагирования на угрозы, шоковые воздействия, кризисы и другие формы негативных влияний, позволяющая свести к минимуму вред для них самих и к максимуму – возможную пользу (как это

обсуждается в главе 2). Там, где граждане подвержены значительным негативным воздействиям, жизнестойкость зависит не только от их возможностей находить путь к ресурсам, сохраняющим здоровье, но и от того, в какой мере социальное окружение этих людей может предоставить эти ресурсы и поддержку культурно значимым образом (503).

Уровни социального участия и капитала, как правило, ниже среди тех, кто находится в экономически неблагополучном положении и не обладает достаточными правами и возможностями, однако эта зависимость не имеет прямолинейного характера (504,505). Прочные социальные связи и чувство сплоченности, принадлежности к сообществу, сопричастности и доверия – это те ресурсы, которыми обладают и некоторые сообщества с низким уровнем доходов (469,504,506,507). Людям, которые вынуждены отрываться от своих корней и часто перемещаться с места на место, вероятно, будет сложно создавать такие возможности. Когда сплоченные группы перемещаются вместе, они нередко поддерживают тесные внутренние связи, но без развития прочных внешних взаимоотношений. Люди, живущие в бедности и не имеющие доступа к рычагам власти, могут быть менее устойчивы к воздействию угроз здоровью, при этом степень уязвимости варьируется в зависимости от характера риска.

Некоторые авторы (508–510) указывают на роль социального капитала в качестве катализатора координации и сотрудничества, который служит важнейшим инструментом достижения более благоприятных социальных и экономических показателей. Сотрудничество внутри или между сообществами может помочь преодолевать трудности и снижать издержки, связанные с неполной или односторонней информацией и сложными процедурами, отнимающими много времени (511).

Путем поддержки сотрудничества социальный капитал также может приносить пользу индивидуальному здоровью непрямым образом через следующие механизмы.

#### **Более легкий доступ к информации, относящейся к здоровью**

Чем более тесные и постоянные социальные связи поддерживает человек, тем легче и дешевле ему обходится доступ к информации о болезнях, методах лечения, к отзывам о качестве оказания помощи в тех или иных медицинских учреждениях, о врачах или лекарственных препаратах. Помимо лечебно-профилактической помощи влияние социальных связей может также определять ту степень, в которой (более или менее) приняты поведенческие характеристики в отношении здоровья в пределах сообщества (512).

## Механизмы, относящиеся к предоставлению неформального ухода и/или психологической поддержки в случае заболевания

Значительный спрос на неформальную поддержку, помощь по дому и уход за детьми в случае заболевания существует даже в развитых странах, где формальная медицинская помощь доступна повсеместно. В ряде случаев бывает необходима финансовая поддержка для покрытия расходов на прямую оплату услуг здравоохранения. Существующий рынок или система общественного здравоохранения обычно не располагают возможностями предоставления таких услуг либо вследствие краткой длительности периодов заболевания, которая затрудняет организационные вопросы, либо поскольку стоимость таких услуг может превышать имеющиеся бюджеты. Поэтому люди соблюдают неформальные неписанные правила, которые предусматривают взаимную поддержку среди соседей или друзей и служат дополнением к формальному медицинскому страхованию. Это, однако, может реализоваться только в условиях взаимного доверия, поскольку нет никакого обязывающего контракта, который будет гарантировать взятые обязательства. Высказывается мнение, что лица с неблагоприятным социально-экономическим статусом получают больше пользы для здоровья от социального капитала по сравнению с более обеспеченными, поскольку у первых изначально меньше возможностей для получения и восприятия соответствующей медицинской информации и самостоятельного получения социальной поддержки (513).

## Лоббирование и координация

Социальный капитал может помогать людям добиваться от государственных органов удовлетворения своих нужд, например для получения определенных товаров и услуг, связанных с поддержкой здоровья, включая инфраструктуру здравоохранения, регулирование дорожного движения и доступ к спортивным объектам.

## Социальная изоляция

Социальный капитал может коррелировать с сокращением социальной изоляции, которая наносит вред здоровью посредством различных психосоциальных механизмов, таких как синдром одиночества (474).

Однако не всякое воздействие социального капитала на здоровье однозначно позитивно. Социальные взаимоотношения могут повышать восприимчивость к инфекционным болезням или к принятию нездоровых форм поведения за счет влияния существующих норм среди сверстников (514).

Все же подавляющая часть этих потенциальных механизмов, по-видимому, определяет улучшающий эффект социального капитала в отношении

здоровья, однако его суммарное, чистое значение нуждается в эмпирической оценке. Преодоление потенциальной погрешности, связанное со взаимной зависимостью, представляет важную проблему для оценки влияния социального капитала на здоровье.

В аналитической работе, предпринятой Goryakin et al. (501) для целевой группы по экономике (515) с использованием данных опросов домохозяйств, выполненных в 2010 г. в Азербайджане, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине, использовали различные методики для преодоления взаимной зависимости. При анализе была найдена вполне достоверная причинная связь между рядом измерений социального капитала (особенно таких, как доверие, преодоление социальной изоляции и членство в организациях) и общим и психическим здоровьем (515). Это согласуется с более ранними результатами в той же группе стран и со смежными исследованиями (с использованием несколько другой методики) в экономически более развитых европейских странах (516) и предполагает, что стратегии, стимулирующие социальный капитал в Регионе, могут вносить вклад в улучшение здоровья, укрепление местных сообществ и снижение уровней коррупции и социальной изоляции.

Вместе с тем при осуществлении вмешательств в отношении социального капитала необходимо соблюдать осторожность. Имеются объективные свидетельства того, что некоторые типы социального капитала не являются источником благ для всех заинтересованных сторон. Так, например, в анализе, проведенном целевой группой, было найдено, что люди, которые живут в сообществах с более высоким суммарным уровнем доверия, но при этом сами в меньшей степени доверяют другим, имели худшие показатели здоровья, чем люди, проживающие в сообществах с более низкими уровнями доверия, но при этом сами в большей степени доверяющие другим. Иными словами, вмешательства, направленные на укрепление социального капитала, потенциально могут вызвать негативные последствия для людей, по уровню доверия «не принадлежащих» тому сообществу, в котором они проживают (515).

## Результаты в масштабах Европы различны

Характеристики социальной среды носят заведомо более сложный характер, по сравнению с природной и искусственной, варьируя во времени и пространстве под влиянием меняющихся и взаимосвязанных политических, экономических и культурных факторов. Это ведет к более разнообразным проявлениям в сфере здоровья в различных странах Европы, однако дефицит фактических данных не позволяет детально описать эти различия. Контекст того или иного региона или страны находит отражение в понятиях жизнестой-

кости и социального капитала (517). Социальный капитал, как выяснилось, легче формируется в тех странах, где имеются относительно прочное демократическое устройство и эффективные правовые системы (см. обсуждение в главе 2).

Исследование полезных влияний социального капитала в странах бывшего СССР обнаружило, что в большинстве стран многие индикаторы социального капитала коррелировали с более благоприятными показателями здоровья, однако масштабы и значимость этих влияний были различными (517).

Причиной большинства различий между странами явились существенные культурные различия в частоте социальных контактов. Во многих экономически развитых европейских странах более низкий доход коррелирует с меньшим развитием социальных контактов и большей степенью социальной изоляции. Данные исследования 2006 ЕС–SILC показывают, что около 15% жителей Польши и 12% жителей Португалии с доходом ниже 60% от медианы встречаются

с друзьями реже чем раз в месяц по сравнению с 10% в Испании, 4% в Швеции, Чешской Республике, Исландии, Италии и Люксембурге, 3% в Латвии и 2% в Болгарии. Эти цифры свидетельствуют о том, что в большинстве стран процент населения, которое сообщает, что встречи с друзьями происходят у них реже чем раз в месяц, выше среди менее обеспеченных слоев населения, чем среди тех, чей доход выше черты бедности. В Латвии, Дании, Мальте и Венгрии обнаружилась обратная тенденция.

### 5.3.3

#### Условия окружающей среды

Качество окружающей среды в современных условиях тесно связано с аспектами социального равноправия. Там, где людям причиняется экологический вред, почти наверняка есть проблемы в вопросах социальной справедливости, равенства, прав и качества жизни в самом широком смысле этого понятия (518). ЕС утвердил в 2000 г. право на экологическую защиту принятием Хартии ЕС по

#### **Пример из практики: анализ воздействия химического загрязнения на здоровье человека и окружающую среду в Венгрии и Румынии**

В 2000 г. произошла авария открытого резервуара активного ила с выбросом цианида в реку Тиса на территории Румынии и Венгрии. Цианид используется в Румынии, наряду со многими другими областями, в промышленной добыче золота. 31 января 2000 г. произошел прорыв дамбы на открытом резервуаре задержки цианида, используемом компанией «Аурул» в г. Бая-Маре, в результате чего образовался выброс огромных масс воды, содержащей цианид, в русло рек Зазар и Лапос, воды которых текут в Жамос и Тису в Румынии и Венгрии, затем в Дунай в Венгрии и Сербии и, наконец, в Черное море через дельту Дуная в Румынии и Болгарии. Таким образом, в эту экологическую катастрофу были вовлечены множество стран и сообществ, живущих вдоль рек Жамос, Тиса и Дунай. Особенно уязвимыми оказались румынские сообщества, живущие ближе всего к источнику загрязнения.

В последние 30 лет глобализация привела к развитию промышленной золотодобычи во многих менее развитых регионах мира, особенно там, где это занятие имело исторические корни, таких как регион Румынии Бая-Маре. В 1995 г. румынское правительство мобилизовало инвестиции в размере 28,5 млн долл. США в производство, где произошел этот выброс. Этот проект, в частности, был мотивирован высокой безработицей: новый завод дал 150 постоянных рабочих мест и 200 дополнительно во время строительства.

Региональный анализ показал, что на относительно бедных территориях, наиболее пострадавших от выброса, вполне вероятно наличие негативного воздействия на продолжительность жизни. Тем не менее по прошествии свыше 10 лет все еще не было сделано надлежащей оценки последствий этого события для здоровья. Экологическая безопасность и здоровье людей часто рассматриваются как менее приоритетные вопросы по сравнению с экстренной необходимостью финансовых инвестиций, особенно в более бедных странах. Банки редко берут на себя ответственность за выяснение потенциальных экологических последствий от своих инвестиций (525).

Менее чем 10 годами позже, в октябре 2010 г. аналогичная химическая авария произошла в Венгрии. На этот раз из повредившегося резервуара на алюминиевом заводе токсичный красный активный ил, содержащий в высокой концентрации тяжелые металлы, включая мышьяк, кадмий и ртуть, поступил в два притока Дуная. В начальный период аварии погибли 10 человек и свыше 200 были ранены; кроме того, погибли все дикие животные вдоль реки Маркал, и понадобилось снести более 20 зданий. Долгосрочные последствия для здоровья не оценивались, однако эксперты организации Гринпис подтвердили в ноябре 2010 г. отсутствие токсичных загрязнителей в водопроводной воде и в воздухе (526). Из этих примеров следует извлечь определенные уроки относительно необходимости оценки последствий для здоровья и мониторинга как остающейся с прошлого времени, так и новой индустриальной инфраструктуры в этих странах.



фундаментальным правам, в 2012 г. Региональное бюро опубликовало результаты оценки имеющихся в Европе несправедливостей в области гигиены окружающей среды (271).

Существуют значительные различия внутри стран и между странами в том, в какой мере условия природной и искусственной среды влияют на здоровье и масштабы несправедливостей в отношении здоровья в Регионе и в какой мере это находится под влиянием социальных условий. Эти различия связаны со следующими факторами: географические условия и климат; уровень экономического развития; масштабы бедности и социально-экономического неравенства; характеристики распределения власти и сопричастности; действующие системы политики и стратегического руководства; условия в городской и сельской местности; различный исторический контекст, культура и традиции; уровни знаний и представлений о различных проблемах; желание и возможность осуществлять мониторинг, оценку и построение доказательной базы.

Все эти факторы оказывают глубокое влияние на степень воздействия и уязвимости местного населения к различным рискам для здоровья, а также на восприятие риска и на отношение к необходимости изменения ситуации. Большинство людей считают более важным иметь работу, жилище, обеспечить достаток и возможность поездок для своей семьи, чем решать проблему сокращения выбросов парниковых газов. В некоторых странах с низким и средним уровнем доходов стремление догнать более богатые страны преобладает над соображениями относительно негативного влияния экономического роста на природную среду.

Вредные отходы и химические вещества являются важным вкладом в экологическую несправедливость в СЦВЕ (519) и особенно в республиках бывшего СССР. Изучение 10 наиболее загрязненных территорий в мире выявило 4 таких территории в Европе. Все они расположены на территории бывшего СССР: это Сумгаит (Азербайджан), Дзержинск (Российская Федерация), Норильск (Российская Федерация) и Чернобыль (Украина) (520).

Хотя в целом доступ к безопасной воде в Восточной Европе улучшается, разброс показателей охвата населения услугами водоснабжения все еще составляет от 58% до 80%, причем за последний период в Боснии и Герцеговине, Казахстане, Сербии, Словакии, Таджикистане, Узбекистане и Черногории доступ ухудшился (521). В Румынии, по данным за 2007 г., 68,8% населения в группе с самым низким доходом не имело туалетов со смывом, а в группе с наивысшим доходом этот показатель составлял только 11,2% (496). У жителей сельских районов в целом отмечается менее удовлетворительный доступ к качественной санитарии: в сельских регионах Восточной Европы,

например, лишь 20%, а иногда и меньше, имеют доступ к установкам для очистки сточных вод (522). Малообеспеченные группы городского населения с большей вероятностью страдают от нарушений водоснабжения в период засухи (523).

Девочки в ряде регионов Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии с меньшей вероятностью посещают школу, поскольку на них лежит обязанность ходить за водой, или они вообще не посещают школу вследствие плохого водоснабжения и санитарии, когда в местных школах недостаточно возможностей для соблюдения гигиены (499). Пармская декларация ВОЗ рекомендует обеспечить «защиту здоровья населения путем улучшения доступа к безопасному водоснабжению и санитарным удобствам», а также выработать комплексные подходы к управлению водными ресурсами в целях решения проблем, связанных с изменением климата, и сокращения несправедливостей в отношении здоровья (524). В рекомендациях данного обзора указывается на важность обеспечения приоритетности мер, предназначенных для улучшения показателей здоровья, и применения их ко всем группам населения, которые могут в этом нуждаться.

### 5.3.4 Искусственная среда

Важнейшей детерминантой влияния искусственной среды на здоровье является качество инфраструктуры, включая водоснабжение и санитарию. Критические факторы жилой среды, влияющие на здоровье, включают локализацию, планирование, характер построек и их эксплуатации, внутренние характеристики жилья, его экологическую устойчивость, тип жилья, наличие перенаселенности, а также безопасность и контроль. Чрезвычайно негативные последствия для здоровья обычно имеет бездомность.

Ключевые задачи городского планирования, которые должны быть достигнуты в ходе осуществления рекомендации 2(b) (iv и v) (527), перечислены в таблице 5.1.

### Жилищные условия

В Европейском регионе неудовлетворительные жилищные условия обуславливают более 100 000 смертей в год (530). Жилье, которое неудачно расположено, спланировано или построено, может стать причиной или способствовать возникновению предотвратимой заболеваемости и травматизма, в том числе заболеваний дыхательной и нервной систем, сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований (530–532).

В докладе Регионального бюро по неравенствам в области гигиены окружающей среды представлена оценка следующих шести параметров жилищных условий: водоснабжение, наличие ванны/душа, наличие туалета, сырость, скучен-



## Пример из практики: задачи здорового городского планирования

Региональное бюро рекомендует постановку долгосрочных задач городского планирования в целях сокращения экологических рисков (528). На местном, региональном и национальном уровнях за политику планирования, которая прямым и косвенным образом влияет на здоровье, отвечают многочисленные специалисты и учреждения, так что имеется множество различных путей сокращения несправедливостей в отношении здоровья мерами городского планирования. Grant et al. (527) разработали задачи для планирующих органов по определению факторов, которые помогут в разработке здоровых городских условий. Эти задачи строятся на схеме социальных детерминант здоровья и благополучия и включают рекомендации по адаптации существующих сообществ и созданию новых.

Аналогичные задачи включены в растущий объем стратегий здорового территориального планирования в Европе. Например, в Германии здоровье – один из ключевых принципов планирования городского землепользования. В разделе 34 Германского законодательства по планированию установлено, что проекты развития должны учитывать требования здоровых условий жизни и работы. Германский федеральный кодекс по строительству включает требования, чтобы все земли, предназначенные для жилищного строительства, имели доступ к природным ресурсам, и содержит следующие рекомендации:

*планы землепользования должны гарантировать экологическую устойчивость городского развития и социально справедливое пользование землей на благо всего сообщества, а также вносить вклад в защиту и развитие более гуманных условий окружающей природной среды. При подготовке планов землепользования следует уделять внимание, в частности, соблюдению общих требований к условиям проживания и труда, способствующим поддержанию здоровья и безопасности населения, как дома, так и на рабочем месте... (529).*

ность проживания, поддержание жилища в тепле зимой и в прохладе летом (271). Приоритет следует отдавать улучшению жилищ в материально менее обеспеченных регионах: это приносит множественную пользу, включая возрастающую эффективность использования энергии и воды, сокращение масштабов топливного дефицита, поощрение смешанных сообществ и смягчение изменения климата.

Таблица 5.1

## Задачи здорового городского планирования

Источник: Grant et al. (527).

Разделы схемы здоровья	Задачи здорового городского планирования
<b>Люди</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ удовлетворение потребностей всех групп населения</li><li>■ сокращение несправедливостей в отношении здоровья</li></ul>
<b>Образ жизни</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ содействие физически активным видам передвижения</li><li>■ содействие физически активным видам отдыха</li><li>■ содействие здоровому питанию</li></ul>
<b>Сообщество</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ развитие социальных сетей и укрепление социальной сплоченности</li><li>■ поддержка местного патриотизма и культурной идентичности</li><li>■ содействие безопасности окружающей среды</li></ul>
<b>Экономика</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ улучшение условий и возможностей трудоустройства для всех слоев населения</li><li>■ содействие развитию устойчивой и оживленной местной экономики</li></ul>
<b>Городская активность</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ гарантирование для всех доступа к торговым, образовательным, культурным и медико-санитарным учреждениям</li><li>■ предоставление высококачественных служб, отзывчивых к местным нуждам</li></ul>
<b>Искусственная среда</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ обеспечение высокого качества и доступности жилья</li><li>■ развитие зеленых городских зон, поддержка психического здоровья</li><li>■ планирование эстетически стимулирующей окружающей среды с допустимыми уровнями шума</li></ul>
<b>Природная среда</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ содействие повышению качества воздуха</li><li>■ обеспечение надежности и качества водоснабжения и санитарии</li><li>■ обеспечение консервации и качества почвы</li><li>■ сокращение риска экологических бедствий</li></ul>
<b>Глобальные экосистемы</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ сокращение транспортных выбросов парниковых газов</li><li>■ сокращение выбросов парниковых газов, связанных с эксплуатацией зданий</li><li>■ содействие переходу от ископаемых видов топлива на обновляемые источники энергии</li><li>■ адаптация окружающей среды к изменению климата</li></ul>

Обзор по 27 государствам-членам ЕС обнаружил, что с наибольшими проблемами сырости сталкиваются семьи с низким доходом в Польше и Румынии (где, соответственно, 57% и 45% семей сообщают о наличии сырости или протечек) (533). Проблема сырости жилья в Сербии и Черногории тесно связана с экономической доступностью отопления: 48% домохозяйств, использующих уголь и дрова для отопления,

сообщили о наличии проблемы сырости, по сравнению с 14% домохозяйств, подключенными к местным системам центрального отопления (528). Следует предпринять реальные усилия для повышения энергоэффективности, совершенствования вентиляции и качества воздуха в помещениях во всех эксплуатируемых и вновь возводимых жилых зданиях и на всех рабочих местах в масштабе всей Европы. Это также поможет сократить число домохозяйств, живущих в условиях топливной бедности. В более общем плане было показано, что женщины в большей мере подвержены воздействию загрязненного воздуха (499), а обзор влияния городских пространств на здоровье обнаружил, что неблагополучные слои городского населения, включая подростков, с меньшей вероятностью сообщают об участии в рекреационных занятиях на открытом воздухе (534).

Жилищные условия определенных групп населения, в частности рома, нередко особенно неблагоприятны: их жилища изготовлены из непрочного материала (фольга, картон, глина), без санитарно-гигиенических удобств и канализации. В Сербии имеется приблизительно 600 поселений рома, и половина из них квалифицированы как антисанитарные трущобы; 15% поселений рома в Венгрии находятся в пределах 1 км от нелегальных свалок и 11% – в пределах 1 км от скотомогильников (339, 499).

Бедность имеет четкие территориальные параметры. Так, например, в странах СНГ особенно высокие концентрации бедного населения характерны для зон, где после коллапса социалистической государственной тяжелой индустрии сохраняется высокий уровень безработицы (535). Эти регионы до переходного периода характеризовались жестокой эксплуатацией природных ресурсов и до сих пор представляют чрезвычайную опасность для проживающего там населения (536). Эти территории не привлекли серьезных капиталовложений в течение последних двух десятилетий, и им уделялось недостаточно внимания со стороны государственных органов. В настоящее время в каждой стране имеются кластеры резко обедневших территорий, где, по оценкам, заболеваемость и смертность гораздо выше по сравнению с соответствующими средними национальными значениями. В более общем плане, все аспекты территориальной социальной несправедливости значительно обостряются в тех регионах, которым уделяется недостаточно внимания.

Имеются определенные объективные данные, свидетельствующие о том, что социально смешанное жилье помогает сократить нежелательные проявления социального и экономического неравенства населения. Так, например, советская система распределения жилья по социально смешанному типу, проявилась в том, что в некоторых регионах люди различных групп по уровню дохода жили рядом и там было меньше маргинальных и/или криминальных «гетто». Однако эти позитивные факторы со временем нивелируются, не в последнюю очередь вследствие общего низкого качества старого жилищного фонда, оставшегося со времен СССР. В целом для Региона характерна

### **Пример из практики: принятие мер в периоды аномальной жары (волны жары)**

Одна из основных рекомендаций, вытекающих из опыта волн жары (периодов аномально высокой температуры воздуха) в 2003 г. в Европе, – улучшение межсекторального планирования. Эта работа включает:

- улучшение городского планирования и архитектурно-строительных решений;
- разработку энергетических и транспортных стратегий;
- сотрудничество с метеорологическими службами для предоставления точных и своевременных прогнозов для здоровья в связи с погодой;
- разработку стратегий по сокращению воздействия жары на население, особенно его наиболее уязвимые группы;
- планирование услуг и инфраструктуры здравоохранения и социальной поддержки;
- предоставление своевременной информации населению (537).

Vandentorren et al. рассчитали отношение шансов воздействия факторов риска, связанных с жилищными условиями, на уровень смертности среди пожилых людей во время волны жары в августе 2003 г. во Франции (538).

Волна жары в 2003 г. преподнесла урок Европе также в том, что здравоохранение само по себе не может эффективно предотвращать смертельные случаи и для этого необходимо работать в партнерстве со всеми секторами. Аналогичные выводы были сделаны и по результатам волны жары в 2002 г. в Москве, когда экстремальная температура воздуха, низкое количество осадков и влажности и высокая концентрация токсичных загрязнителей воздуха от промышленных предприятий и транспорта привели к повышению уровней окиси углерода, озона, диоксида азота и других загрязняющих веществ, что вызвало почти 600 смертельных случаев. Последующие исследования обнаружили, что наиболее эффективные меры для коммуникации риска и профилактики – это взаимодействие между экологическими и медицинскими учреждениями и государственными органами (539).

Высокий уровень смертности при волне жары 2010 г. в Российской Федерации позволяет предположить, что необходимы дополнительные усилия с учетом вышеизложенных положений.

нальных и/или криминальных «гетто». Однако эти позитивные факторы со временем нивелируются, не в последнюю очередь вследствие общего низкого качества старого жилищного фонда, оставшегося со времен СССР. В целом для Региона характерна

простая закономерность: группы с низким уровнем дохода живут в менее доброкачественных домах, где выше риск для здоровья.

Германия понизила использование энергии на 80% в пилотных схемах реновации жилья, запланировав до 2020 г. модернизировать все здания, построенные до 1983 г. (540). Поскольку модернизация и реконструкция в большей степени требуют рабочего времени, чем материалов, этот подход приносит комбинированную пользу: с одной стороны, улучшается жилье, с другой – создаются новые рабочие места в малообеспеченных районах (540). Анализ систематических обзоров обнаружил, что общие стратегии улучшения жилищных условий, таких как надомные посещения для проведения оценок риска, удаление опасных факторов для сокращения риска травматизма и улучшение теплоизоляции, сопряжены с позитивными изменениями социальных показателей, в том числе с сокращением страха преступности и повышением участия в жизни общества. Однако ни в одном из этих исследований результаты не дифференцировались в зависимости от социально-экономического статуса (541). При межстрановом анализе были

выявлены ключевые факторы риска избыточной смертности в Европе в зимний период, в частности зависимость от уровней энергоэффективности жилья (542).

### Проблема бездомных

Отсутствие жилья коррелирует с повышенными уровнями соматической и психической заболеваемости, что приводит к избыточной преждевременной смертности. Это относится ко всем лицам, у которых нет надежной крыши над головой, даже в странах с развитыми системами социального обеспечения (543–545). Обследование людей, находящихся в приютах для бездомных в Дании, обнаружило, что у большинства из них (62,4% мужчин и 58,2% женщин) имеется как минимум одно психическое расстройство (543). У бездомных часто наблюдаются астма и туберкулез, лекарственно-устойчивая форма туберкулеза стала распространенным явлением среди бездомных и других маргинальных групп населения в различных странах Европы (546). На их психическое и соматическое здоровье оказывает значительное влияние употребление психоактивных веществ и алкоголя (546).

#### Пример из практики: бездомная молодежь в Сербии

На улицах Белграда проживают и трудятся приблизительно 1000 бездомных детей и подростков. Многие из них принадлежат к сообществам рома или являются внутренними мигрантами из Косово<sup>1</sup>. Дети и подростки, живущие на улице, подвергаются значительной дискриминации, и их жизнь часто полна опасностей.

В ответ на насилие, направленное против этих уязвимых подростков, в 2005 г. был основан Центр интеграции молодежи (553). Это неполитический, неправительственный, некоммерческий центр, предлагающий широкий круг программ для социально исключенных детей и подростков. Основная задача – оградить их от физических и психологических опасностей, которым они подвергаются каждый день.

Центр проводит выездные мероприятия и активно работает с детьми, разыскивая тех из них, что живут на улицах. В ходе таких акций бездомным детям предоставляются сведения по вопросам здоровья, развиваются поддерживающие взаимоотношения. В августе 2006 г. в рамках центра был открыт пункт для посещений в качестве безопасного места, куда дети могут обратиться за помощью. В пункте работают медицинская сестра, социальный работник и психолог, которые в течение дня могут оказать помощь приблизительно 40 детям.

Квалифицированная медсестра обследует состояние здоровья посещающих и проводит мониторинг оказания медицинской помощи, а полевые работники сопровождают детей в больницы и центры социальной поддержки. При необходимости детям предоставляется медицинская помощь, центр помогает им в контактах с сербскими государственными органами и в прохождении формальных процедур для получения помощи в государственной системе здравоохранения.

Центр интеграции молодежи решает широкий круг социальных, физических и психосоциальных проблем. Предоставляемые услуги включают снабжение пищевыми продуктами, товарами первой необходимости и одеждой, консультации по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, проблемам употребления психоактивных веществ и алкоголя, а также помощь тем, кто страдает соматическими заболеваниями или наркоманией. Медицинская сестра оказывает подросткам консультативную поддержку по вопросам здоровья и направляет их для получения медицинской помощи. Психолог выявляет риски и помогает подросткам справиться с ними, в том числе с такими, как давление со стороны сверстников, разрешение конфликтов и улучшение мотивации. Недавно была введена в действие программа по профилактике ВИЧ и гепатита С, в которой приняли участие свыше 200 подростков.

<sup>1</sup> Косово (в соответствии с резолюцией 1244 Совета Безопасности (1999).

Относительно небольшой объем исследований относится к проблемам бездомных и лиц, не имеющих постоянного жилья, в Южной, Центральной и Восточной Европе (547). Однако там отмечен рост числа бездомных, особенно в Восточной и Центральной Европе: нарушение надежности трудоустройства и жилищного обеспечения, взрывной рост цен на коммунальные услуги, закрытие рабочих общежитий и сокращение числа больничных коек привели к усугублению этой проблемы в крупных городах (548,549). Определенным свидетельством масштабов проблемы бездомности являются данные из Российской Федерации, где 6% смертности среди мужчин в возрасте от 25 до 54 лет относится к неопознанным лицам (550).

Чаще всего большое число бездомных наблюдается в государствах со слабой системой социального обеспечения и с малым количеством доступного жилья. Эти люди в большей степени сталкиваются «с проблемами доступности, в том числе финансовой, чем с другими личными проблемами, возникающими, например, в результате зависимости от алкоголя или наркотиков, или вызванными психическими заболеваниями» (551). Растущее число «неграждан», которые живут в крайне неблагоприятных условиях во многих европейских странах, приводит к росту числа бездомных (547). Среди бездомных диспропорционально высоко представлены рома, а также постоянно проживающие в некоторых странах Балтии этнические русские (552). Следует уделить больше внимания сокращению числа бездомных и людей, исключенных из схем жилищного обеспечения, в различных странах Региона.

## Транспорт

Транспорт может влиять на здоровье прямым образом через загрязнение воздуха, шум и дорожно-транспортный травматизм, а также косвенным – вследствие создания условий окружающей среды, которые мешают здоровому образу жизни (528), и повышения выбросов парниковых газов, что вносит вклад в изменение климата. Более здоровые и экологически устойчивые виды передвижения включают ходьбу и велосипедную езду, общественный транспорт и использование электрических двигателей или других низкоуглеродных транспортных альтернатив, которые должны быть справедливым образом доступны для всех.

## Загрязнение воздуха, травматизм, шум, препятствия для здорового образа жизни, разрушение природной среды

При проведении оценки воздействий на здоровье в Швеции была сделана первая попытка свести вместе различные опасные факторы, связанные с дорожным транспортом. Были проанализированы смертельные случаи и травмы, заболевания, связанные с воздействием дорожного транспорта, и прогнозируемые влияния выбросов парниковых газов от моторных транспортных средств. При

этом были рассчитаны общие масштабы ущерба для здоровья жителей страны в DALY (годы жизни с учетом ограничений жизнедеятельности), причем значение этого показателя оказалось в четыре раза выше по сравнению с эффектом травматизма. Также было обнаружено, что негативные последствия для здоровья в развивающихся странах от выбросов парниковых газов системы дорожного транспорта в Швеции могут быть в три раза выше, чем смертность от дорожно-транспортных происшествий в самой Швеции (на основе рассчитанного бремени болезней, связанного с глобальным изменением климата). В исследовании подчеркивается необходимость нового подхода к проведению анализа «затраты – выгоды» в сфере транспорта и других инвестиций, с учетом издержек на здравоохранение и их значения для справедливости в отношении здоровья (554).

Расписания движения автобусов и поездов в Нидерландах, Германии, Дании и Швейцарии синхронизированы друг с другом для того, чтобы облегчить поездки для жителей сельских регионов (555). При оценке последствий для здоровья в Эдинбурге (Соединенное Королевство, Шотландия) сравнивали три различных транспортных сценария по их влиянию на неблагополучные и на обеспеченные группы населения в плане несчастных случаев, загрязнения окружающей среды, физической активности, доступа к товарам и услугам и развития сетей местных сообществ. Было выявлено, что неблагополучные группы будут нести самое тяжелое бремя негативного воздействия этих сценариев, и они же больше всего получают от их позитивных эффектов. Был сделан вывод, что повышение инвестиций в общественный транспорт и поддержка экологически устойчивых видов передвижения принесут пользу здоровью и дадут возможность сократить несправедливости (556).

## Качество среды пребывания

Соматическое и психическое здоровье находятся под сильным влиянием качества среды пребывания, которое отражает то, каким образом пространства, организованные в пределах искусственной окружающей среды, спланированы, сконструированы и эксплуатируются. К важным характеристикам общественных мест и пространств относятся доступность, территориальная сопряженность и безопасность, чистота и уровень эксплуатации, то, в какой мере они выглядят благоприятными и дружелюбными, доступность мест для игр, физической активности, спорта и отдыха, доступ к здоровым продуктам питания и к зеленым зонам.

Если качество среды пребывания и общественных объектов способствует тому, чтобы люди выходили из домов, занимались физической активностью, встречались с другими, дышали чистым воздухом и приобретали или выращивали полноценные продукты питания – это, по всей вероятности,



### **Пример из практики: велосипедное передвижение в Копенгагене**

Копенгаген – это образцовый город в отношении экологически устойчивых видов передвижения, при этом жители очень широко пользуются велосипедами и много ходят пешком. Соответствующие мероприятия начали осуществляться в 1962 г.; они включают закрытие на ряде улиц автомобильного движения, ликвидацию многих парковок, создание пешеходных улиц, общественных пространств, повышение числа людей, живущих в центре города и сооружение велосипедных дорожек и развязок, что вносит вклад в сокращение выбросов парниковых газов и повышение социального капитала. Эти меры привели за период с 1968 по 1986 г. к трехкратному увеличению площади пространств, свободных от автомобильного движения, и аналогичному увеличению численности людей, находящихся в общественных пространствах, причем треть жителей регулярно пользовались велосипедом, чтобы добраться до места работы и обратно (557). Мероприятия, повышающие привлекательность велосипедной езды, включают постоянное наличие в продаже доступных по цене велосипедов и принадлежностей к ним, включая запоры, световые сигналы, детские сиденья, а также развитую инфраструктуру, сопряженность с общественным транспортом, наличие велосипедных дорожек и безопасных парковочных мест для велосипедов.

Политика развития велосипедного транспорта привела к улучшению здоровья. В Копенгагенском исследовании здоровья сердца приняли участие 13 375 женщин и 17 265 мужчин в возрасте от 20 до 93 лет, и было обнаружено, что среди тех, кто не ездил на велосипеде на работу, отмечалась на 39% более высокая смертность, чем среди тех, кто активно пользовался велосипедом в этих целях (558).

оказывает позитивное влияние на здоровье. Зеленые зоны и открытые пространства сокращают риск нарушений здоровья, особенно в отношении таких расстройств, как тревога, депрессия и респираторные заболевания, а также помогают выздоровлению и реабилитации после болезни.

Стратегии в различных странах Региона должны поддерживать и совершенствовать качество местной среды пребывания и предпринимать усилия по разработке и поддержке экологически устойчивого и социально справедливого городского планирования. В городских зонах следует создавать больше высококачественных зеленых зон.

### **Региональные различия**

Исследования связей между несправедливостями в отношении здоровья и природной, искусственной и социальной средой были проведены лишь в отдельных частях Региона: имеется широкая вариабельность в степени развития потенциала для сбора фактических данных и мониторинга ситуации. В некоторых странах имеется больше опыта, чем в других, в проведении анализа вопросов устойчивого развития и гражданского участия и решения этих вопросов в политике и практике. В широком смысле, государственные органы и гражданское общество в материально более обеспеченных странах в большей степени привержены этой повестке дня и имеют больше возможностей для осуществления соответствующих действий, чем в менее обеспеченных странах. Однако более богатые страны редко признают свою диспропорциональную ответственность за разрушение природной среды и какие-либо вытекающие из этого обязательства в пользу менее развитых стран (497).

Для многих жителей Восточной Европы владение автомобилем стало символом экономического прогресса: в советскую эпоху такой возможностью располагали лишь немногие. Там где ранее люди были вынуждены передвигаться, главным образом, пешком или на велосипеде, теперь, в связи с ростом благосостояния характеристики транспорта изменились, став менее здоровыми и менее экологически устойчивыми. Это означает, что некоторым странам понадобится больше поддержки, чем другим, для того чтобы перейти к менее углеродно-интенсивному транспорту. Например, в Бухаресте, городе, где проживает 2 млн человек, имеется всего лишь 45 км велосипедных дорожек по сравнению с 500 км в Амстердаме (559).

Важно выявить факторы, которые влияют на жителей всех стран Региона, и понять, где лежат различия и конфликты интересов, принять в рассмотрение стадии развития и прогнозировать различные пути для развитых и менее развитых областей. Преследуя цели сокращения несправедливостей в отношении здоровья, следует учитывать аспекты экономического развития и экологических стратегий. Если менее обеспеченные страны будут развивать свою экономику путем копирования энергоемкой модели более «развитых» стран, это повлечет тяжелые последствия для природной среды, здоровья и несправедливостей в отношении здоровья по всему Региону. Наилучший выход для менее богатых стран – извлечь уроки из западного опыта на тот счет, чего не следует делать, и сформировать новые механизмы устойчивого экономического и социального развития, опираясь на собственные традиции генерирования ресурсов и жизнестойкости (497).



## 5.4

### Социальное отчуждение, уязвимость и неблагополучие

#### Рекомендация 2(с).

**Принять меры, направленные на создание систем и процессов в обществе, способствующих повышению его устойчивости, сплоченности и открытости, уделяя особое внимание группам, наиболее тяжело затронутым процессами отчуждения.**

#### Конкретные действия

(i) Воздействовать на социальные детерминанты здоровья и благополучия в среде людей, подверженных процессам, ведущим к социальному отчуждению:

- избегать чрезмерного акцентирования на индивидуальных особенностях и поведении людей, подвергшихся социальному отчуждению;
- направлять основные усилия на осуществление таких действий по всему социальному градиенту в отношении здоровья, которые соразмерны потребностям, а не различиям в здоровье между наиболее и наименее благополучными группами.

(ii) Вовлекать людей и группы, исключенные из жизни общества, в разработку и реализацию политики и мероприятий, создавая для этого эффективные механизмы, которые дают им реальное право голоса в принятии решений, касающихся их жизни, и признавая их основные права (такие как право на здоровье, образование, работу и жилье).

(iii) Разрабатывать стратегии, в которых:

- действия направлены на раскрепощение потенциала, имеющегося в организациях, профессиональных и в самих уязвимых группах, для достижения долговременных улучшений в жизнестойкости и условиях жизни людей, подвергшихся социальному отчуждению;
- соответственно снижен акцент на краткосрочные проекты оказания социальной помощи;
- предусматривается расширение прав и возможностей групп, находящихся в неблагоприятных условиях, в их отношениях с системами общества, с которыми они сопряжены;
- предусмотрены трансграничные меры в отношении процессов отчуждения, имеющих международный характер (например, по отношению к сообществам рома и нелегальным мигрантам).

## 5.4.1

### Введение

В этом разделе обсуждаются процессы социального отчуждения, неблагополучия и уязвимости на примере сообществ рома и незаконных мигрантов в качестве групп, которые подвержены множественным процессам исключения. Разработаны принципы действий для создания более устойчивых, сплоченных и инклюзивных систем в обществе.

Социальные исключения, уязвимость и неблагополучие необходимо рассматривать не как статичные феномены, а как многоаспектные, исторические и социальные текущие процессы, в основе которых лежат властные отношения.

В подходах к проблеме отчуждения, неблагополучия и уязвимости слишком часто делается упор на характерные признаки отдельных групп, исключенных из жизни общества. Эти характеристики понимаются как индивидуальные и отдельные «неадекватности» и используются в качестве синонима для понятия «бедность». Это игнорирует более широкие причины и множественные взаимодействующие измерения неблагополучия с результирующими последствиями для планирования надлежащих и эффективных действий. Действия, направленные на социальные детерминанты здоровья тех, кто подвержен социальному исключению, должны быть сосредоточены на процессах отчуждения по всему социальному градиенту здоровья, таким образом, чтобы это было пропорционально потребностям, а не разрыву в показателях здоровья между наиболее и наименее обеспеченными группами.

Процессы отчуждения, неблагополучия и уязвимости могут быть активными и пассивными. Активные процессы являются прямым и намеренным результатом политики или дискриминационных действий, включая, например, лишение групп мигрантов политических, экономических и социальных прав или намеренную дискриминацию на основе гендера, касты, инвалидности или возраста. Пассивные процессы в противоположность этому возникают непрямым образом, например, когда налогово-бюджетные или торговые стратегии приводят к экономическому спаду, который ведет к росту безработицы.

## 5.4.2

### Действия по преодолению социального отчуждения и уязвимости

Из признания того факта, что социальное отчуждение – это неоднозначный феномен и что процессы отчуждения и уязвимости оказывают влияние в различной степени и варьируют среди групп населения и во времени, следует вывод, что действия необходимо направлять на определенный континуум включения/исключения и уязвимости. Это не отрицает существования экстре-

мальных ситуаций, однако помогает избежать стигматизации, которая свойственна подходу, накладывающему ярлык на определенные группы как социально исключенные, неблагополучные и/или уязвимые, что и определяет возможность экстремального отчуждения.

Подход с позиции континуума также должен улучшить понимание процессов, ведущих к отчуждению, и того, как можно повернуть их вспять и перенести акцент с пассивных жертв на возможность сделать группы, живущие в неблагоприятных условиях, устойчивыми перед лицом уязвимости. Опираясь на практический опыт, люди, страдающие от процессов отчуждения, могут проявлять жизненную стойкость во множестве небольших элементов, которые позволяют им повседневно справляться с трудными обстоятельствами (см. в главе 2). Такая «повседневная» устойчивость может стимулироваться благодаря наличию поддерживающих условий среды, но также может и подрываться или снижаться под воздействием нерациональных мер политики или профессиональной практики. Важно обеспечивать активное вовлечение людей и групп, исключенных из жизни общества, в разработку и реализацию политики и действий, создавая для этого эффективные механизмы, которые дают им реальное право голоса в принятии решений, касающихся их жизни, и признавая их фундаментальные права, такие как право на здоровье, образование, трудоустройство и жилье.

Следует разрабатывать и предпринимать меры, направленные на раскрепощение потенциала, имеющегося в организациях, профессиональных группах и в самих уязвимых сообществах, для достижения долговременных улучшений в жизнестойкости и условиях жизни людей, подвергшихся социальному отчуждению. Это даст людям возможность направлять деятельность органов государственного управления и других ведомств на обеспечение здоровья и благополучия в качестве коллективных целей и предоставит неблагополучным группам необходимые рычаги для взаимодействия с общественными системами. Людям должно быть обеспечено реальное перераспределение властных полномочий, и они должны видеть, что их участие приносит реальные эффекты. Стратегический диалог о том, как строить жизнь, более полезен, чем фиксация на краткосрочных проектах материальной помощи.

В настоящем докладе прослеживается мнение о том, что большое значение имеет разнообразие, и отвергается та идея, что процессы интеграции обязаны учитывать доминирующие политические, социальные, культурные и/или экономические нормы и что уязвимость отражает индивидуальную слабость. Относительная перспектива подчеркивает такие понятия, как «идентичность» и «признание», в качестве важных параметров процессов, которые генерируют приобщение/отчуждение и уязвимость в социальных системах

(такие как кастовые системы, гендер, этническая принадлежность, предубежденное отношение к инвалидам и стигматизирующие заболевания).

### 5.4.3 Рома

Термин «рома» используется для описания весьма разнородных сообществ, которые называют себя рома, цыгане, ромалы, ашкали и др. По последним оценкам Совета Европы предполагается, что в Европе проживает от 10 до 12 млн рома (560), что делает их наиболее крупной группой этнических меньшинств среди 47 государств, представленных в Совете Европы, которые включают Лихтенштейн и все государства-члены Европейского региона за исключением Беларуси, пяти центральноазиатских республик и Израиля.

Подверженность живущих в Регионе рома действию мощных процессов социального, экономического, политического и культурного отчуждения, включая всевозможные предрассудки и дискриминацию, отрицательно влияет на соблюдение по отношению к ним основных прав человека и их самоопределение. Успехов в деле уменьшения социальных неравенств, которые испытывают эти сообщества, достигнуто немного.

Такая ситуация ведет к грубым формам несправедливости в отношении здоровья и благополучия сообществ рома по сравнению с другими группами населения. Подтверждение этому можно найти в ряде международных докладов, включая европейские обзоры политики по улучшению здоровья и благополучия рома, и докладов Организации Объединенных Наций и Совета Европы, описывающих прогресс в Европе, включая также меры, проводимые в рамках Десятилетия интеграции народности рома, а также ситуацию в новых и более старых государствах-членах ЕС. Недавний обзор агентства по фундаментальным правам ЕС и программы развития ООН (ПРООН) в 11 государствах-членах ЕС показал, что лишь 15% взрослых молодого возраста из числа народности рома, вошедших в опрос, имеют полное среднее образование, по сравнению со свыше 70% среди остального населения, живущего поблизости. В среднем менее 30% рома работают по найму и 90% живут в семьях с доходом ниже национальной черты бедности, около 45% не имеют по меньшей мере одного основного бытового удобства, 20% не охвачены системой медицинского страхования (561). Доклад ЮНИСЕФ о положении детей рома в Юго-Восточной Европе показывает, что в каждой стране проживания они в наибольшей степени уязвимы к бедности, депривации и отсутствию доступа к здравоохранению и образованию. Соответственно, каждое поколение подвержено риску отторжения от общества, что закрепляет цикл бедности и социального отчуждения (562).

Неоднократно продемонстрированные многочисленные факторы, тормозящие прогресс и реализацию действий, включают: сложность механизмов финансирования, отсутствие данных для целей мониторинга и оценки, дефекты в системах стратегического руководства и подотчетности, недостаточное участие самих рома в деятельности гражданского общества и, что вероятно наиболее важно, отсутствие политической воли. Для решения этих проблем нужна прочная приверженность на национальном и международном уровнях.

Десятилетие интеграции народности рома дает важный пример действий. Восемь стран (Болгария, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Румыния, бывшее объединенное государство Сербия и Черногория, Словакия, Хорватия и Чешская Республика) подписали в 2005 г. декларацию, которая призвала к искоренению дискриминации и «ликвидации недопустимых барьеров между рома и остальным обществом». В дальнейшем к Десятилетию интеграции народности рома присоединились еще три страны

(Албания, Босния и Герцеговина и Испания) и Словения вошла в качестве наблюдателя.

Каждая участвующая страна подготовила план действий по четырем стратегическим направлениям, таким как образование, здравоохранение, жилищное обеспечение и трудоустройство. Им также предъявлялось требование учесть проблемы бедности, дискриминации и предоставления равных возможностей по смежным темам. Ожидалось участие и сообщества рома в разработке и мониторинге этих планов.

Целевая группа по проблемам социального отчуждения, неблагополучия и уязвимости (481) оценила эффект Десятилетия интеграции народности рома, и при этом выяснилось, что ни одна конкретная страна не смогла провести последовательные действия по всем стратегическим направлениям (таблица 5.2). В таблице 5.2 представлены дальнейшие более детальные фактические данные в поддержку положения о том, что действия имели ограниченный эффект в отношении желаемых изменений или в решении поставленных задач.

**Таблица 5.2**

**Десятилетие интеграции народности рома – общая эффективность государственных программ по каждой области политики – наилучшие и наихудшие оценки<sup>а</sup>**

<sup>а</sup> Баллы по системе «Контроль десятилетия» (Decade Watch) (563) на основе ответов на вопросы анкетирования, которые были направлены на оценку эффективности программ в соответствующих областях политики следующим образом: весьма позитивно – 5; позитивно – 4; нейтрально – 3; негативно – 2; весьма негативно – 1; не знаю – 0.

<sup>б</sup> MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источник: Порая (481).

Направление политики	Три наивысших оценки полезного эффекта	Три самых низких оценки полезного эффекта
Образование	Румыния (3,51)	Словакия (2,26)
	Сербия (3,42)	Болгария (2,51)
	Босния и Герцеговина (3,33)	Испания (2,65)
Трудоустройство	Сербия (3,28)	Словакия (1,88)
	MKD <sup>б</sup> (3,27)	Венгрия (2,57)
	Албания (3,20)	Болгария (2,63)
Здравоохранение	MKD <sup>б</sup> (3,41)	Словакия (1,84)
	Румыния (3,22)	Чешская Республика (2,08)
	Испания (3,10)	Черногория (2,73)
Жилищные условия	Босния и Герцеговина (3,34)	Болгария (1,68)
	Чешская Республика (2,98)	Словакия (1,87)
	Албания (2,82)	Венгрия (2,12)

## **Пример из практики: Десятилетие интеграции народности рома – аспекты политики трудоустройства**

### **Профессиональные навыки и образование**

Действия по этим направлениям упоминаются в отчетах практически всех стран. Типовая документируемая задача – повышение образовательного уровня, профессиональной подготовки и квалификации, а также поддержка трудоустройства. Целевая группа – это обычно безработные лица из числа рома, хотя отмечаются и определенные приоритетные подгруппы (например, молодежь, женщины и лица, не имеющие работы в течение длительного времени). Действия включают учебные программы для рома, подвергающихся риску социального отчуждения, или с особыми образовательными потребностями или трудностями (Испания), доступ молодежи к образованию (включая «второй шанс» и вечерние школы), нетрадиционные формы обучения (Венгрия), улучшение учебных стандартов и программ для молодежи (Албания), курсы для безработных и образование на рабочем месте (Болгария).

Меньшее число стран приоритизирует поддержку профессионального развития работающих, включая возможности для работников государственного сектора принимать участие в профессиональном образовании (Венгрия) и стимулирование работодателей в плане повышения квалификации кадров (Болгария). Испания указывает на улучшение доступа для рабочих рома к услугам непрерывного образования, для того чтобы сохранить трудоустройство и информирование рома о возможности получения академической степени и профессиональных дипломов.

В большинстве стран имеется ряд общих действий в поддержку трудоустройства, в том числе обучение навыкам поиска работы, промежуточные схемы рынка труда и проекты в помощь длительно безработным. Используемые механизмы в типичных случаях носят достаточно общий характер и включают учебные мероприятия.

Албания и Испания указывают на повышение информированности о схемах и возможностях трудоустройства. Бывшая югославская Республика Македония уделяет внимание улучшению информированности о «правах и обязанностях в плане трудоустройства и о пользе наличия квалификации». Повышение осведомленности рома о правах и положенных льготах (в отношении, например, эксплуатации на рабочем месте, социальной безопасности и льготах на рабочем месте, а также членстве в профсоюзе) цитируется Албанией и Сербией.

### **Предпринимательство и самозанятость**

Повышение навыков отдельных представителей, семей и сообществ рома в области предпринимательства, самозанятости и более специализированных или традиционных областях часто упоминается в планах действий наряду со стремлением поддержки традиционных ремесел, производства и сельскохозяйственной активности среди населения рома. Механизмы включают обучение традиционным ремеслам, программы развития, консультационные службы по вопросам сельского хозяйства, льготы для нанимателей и программы иностранного инвестирования.

### **Участие рома**

Болгария указывает на прецеденты найма представителей сообществ рома в местных структурах трудоустройства, а Босния и Герцеговина – на продвижение позитивных ролевых моделей в сообществе рома как часть более общей кампании повышения информированности.

### **Инфраструктура/потенциал предоставляемых услуг**

Другие описанные действия включают расширение существующих услуг для повышения потенциала учебной и консультативной помощи в отношении трудоустройства и развития навыков. Это включает, например, школы «второй шанс», работу групп в помощь старающимся найти работу, а также программы рабочего опыта.

## **Пример из практики: Десятилетие интеграции народности рома – политика в области образования**

### **Повышение уровня осведомленности о проблеме**

Для того чтобы повысить участие сообществ рома в системе образования страны предприняли попытки повысить уровень осведомленности сообществ рома о важности образования и грамотности и проводили работу с родителями, с тем чтобы они не забирали своих детей из школы (Венгрия).

### **Финансовая и материальная поддержка**

Некоторые страны (Албания, Босния и Герцеговина, Сербия) предлагают предоставление финансовой и материальной поддержки рома для повышения их участия в образовании путем предоставления стипендий (Албания, Венгрия, Сербия), школьных учебников и школьного питания (Албания, Босния и Герцеговина, Сербия), а также транспорта (Босния и Герцеговина, Сербия).

### **Участие рома**

Некоторые страны предлагают более активно вовлекать родителей в решение данной проблемы. В четырех странах проводятся мероприятия, направленные на повышение численности работников сферы образования в качестве учителей из числа рома (Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония), в качестве помощников (Сербия) или на неспециализированные должности в системе образования (Венгрия). В Черногории специально указано на то, что должно быть больше представителей сообществ рома для работы с детьми рома. Босния и Герцеговина и бывшая югославская Республика Македония предлагают предоставлять стипендии для повышения квалификации учителей в целях увеличения числа школьных работников из сообществ рома. Однако в Албании, Болгарии, Испании, Словакии, Хорватии и Чешской Республике аналогичных действий не проводится.

### **Культурный диалог и отношение со стороны общества**

В некоторых странах проводится подготовка для повышения интеграции путем ряда действий, направленных на сокращение предвзятого отношения и дискриминации. Албания и Венгрия, например, проводят действия, которые нацелены на удаление дискриминаци-

онного материала из учебных ресурсов. Венгрия и Сербия предпринимают усилия, направленные на преодоление предрассудков и дискриминации путем влияния на учебные программы, а Албания, бывшая югославская Республика Македония и Хорватия уделяют особое внимание обучению учителей и студентов.

### **Идентичность/культура рома**

Подавляющая часть действий, предлагаемых странами, свидетельствует об устойчивом стремлении интегрировать этническую идентичность и/или культуру рома в культуру основного русла школьного процесса. Многие меры, однако, нацелены на содействие изменениям на уровне школ и учителей: обучение и повышение информированности учителей (Албания, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Сербия, Хорватия), а также включение культуры рома в качестве компонента программы школьного обучения (Албания, Босния и Герцеговина, Испания, Сербия, Хорватия). Некоторые страны (Албания, Босния и Герцеговина, Венгрия, Сербия) предлагают повысить количество часов, значимость или качество обучения языку рома, Венгрия предлагает, чтобы родители получили право требовать таких изменений в программе, Босния и Герцеговина предлагает, чтобы культура рома праздновалась более широко в рамках «Дня рома».

### **Интеграция и десегрегация**

Повышенное приобщение рома в основном достигается путем расширения охвата детей рома школьным обучением. Некоторые страны не предпринимают никаких действий, направленных на сокращение отсева из школ, несмотря на то что этот индикатор иногда используется. Чешская Республика (единственная страна) предлагает финансовые стимулы для начальной школы, чтобы обеспечить повышенный охват рома.

### **Структурные (макрэкономические) изменения**

Некоторые страны пытаются преодолевать системные барьеры, которые могут создавать препятствия для доступа рома к образованию, большей частью путем внесения изменений в законодательство, например по повышению потенциала школ или их желания для приема рома (Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Сербия, Чешская Республика).



В докладе целевой группы (481) приводится обзор ряда других стратегических инициатив и конкретных вмешательств, демонстрирующих необходимость одновременных действий по всем социальным, политическим, экономическим и культурным направлениям и на различных уровнях: локальном, национальном и общеевропейском. Срочно нужны более эффективные меры для борьбы со стигматизацией и дискриминацией рома, продвижения их участия и представительства в политических системах и более широкой популяризации культуры рома. Все это необходимо для обеспечения равных прав для европейских рома, включая их право на наивысший возможный уровень здоровья.

Несмотря на отсутствие значительного прогресса в этой сфере, важно подчеркнуть, что в ряде инициатив достигнуты позитивные результаты. Целевая группа предоставляет примеры позитивных действий на различных уровнях, нацеленных на достижение большей социальной справедливости для рома, включая меры, направленные на их участие в жилищном строительстве в Венгрии, и инициативу SWIFT (инициатива по устойчивому трудоустройству во имя более здорового будущего, Sustainable Work Initiative for a Healthier Tomorrow) в Сербии. Инициатива SWIFT, возглавляемая ВОЗ при поддержке со стороны национальных и международных партнеров, направлена на улучшение доступа к услугам здравоохранения, социальное приобщение и развитие схем устойчивого трудоустройства для сообществ рома, проживающих в Белграде (564). Этот проект заключается в преобразовании неформального труда уличных мусорщиков в эффективные и достойные средства дохода путем создания центров утилизации вторичного сырья и кооперативов.

Изначально проект был сосредоточен на формировании источников дохода и трудоустройства для рома, но SWIFT также способствовал борьбе с процессами социального отчуждения, действующими на социальном, культурном и политическом уровнях. Местное сообщество рома участвовало в разработке и реализации проекта SWIFT, и члены кооперативов могут получить помощь для себя и своих близких путем доступа к правам гражданства и здравоохранения, образования, регистрации, трудоустройства и социальных служб. Первый экспериментальный кооператив включал 82 члена, и еще около 100 человек стояли на очереди. Финансирование от Европейской комиссии и Шведского международного агентства по сотрудничеству в целях развития окажет поддержку в создании дополнительных шести центров и кооперативов в Сербии. Бывшая югославская Республика Македония также изыскивает возможности финансирования для реализации пилотного проекта в Скопье. Активисты рома многого достигли в плане повышения политической информированности о необходимости действий в защиту прав рома.

Десятилетие интеграции народности рома широко рассматривается как позитивное развитие, которое

может служить примером для построения дальнейших инициатив, особенно в отношении тех связей, которые этот проект обеспечивал по всему Региону (и за пределами ЕС), большого числа международных партнеров, знаний и опыта, накопленных за первые пять лет его осуществления.

Вопросы гражданских прав и включения рома в жизнь общества приобретают все более приоритетное значение на повестке дня Совета Европы, ЕС и Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе, эта проблема отражена в ряде важных коммюнике Европейской комиссии (565,566).

Значительная часть работы по проблемам рома в настоящее время проводится с учетом общих основных принципов социального приобщения рома, представленных на первом совещании Платформы ЕС по интеграции рома, позднее утвержденной советом ЕС. Их цель – обеспечить руководство и ориентацию для различных сил, участвующих в реализации стратегий и мер в области социальной интеграции. Некоторые из принципов, в частности, принцип 2 – по четким, но не исключительным целевым ориентирам, 4 – по нацеливанию на приоритеты и 7 – по использованию инструментов сообщества, были четко обозначены европейскими учреждениями в ряде документов и стратегических деклараций.

Данная рамочная основа ЕС представляет значительное достижение в гарантировании будущей приверженности делу интеграции рома (по крайней мере, на уровне ЕС), но очень важно, чтобы эта стратегическая приверженность также была претворена во всесторонние и ощутимые действия. Основная задача в реализации рамочной основы – управление трансформационными изменениями в политической приверженности стран, где в общественной и политической сферах глубоко укоренились дискриминация и предубеждения в отношении населения рома. Ответы на некоторые другие актуальные вопросы пока носят неопределенный характер. Какова будет реакция ЕС, если государства-члены не будут соблюдать рамочную основу ЕС? Как повысить ответственность стран Европейского региона, не входящих в ЕС, со значительным населением рома?

В основе всего этого лежит острая потребность определить пути защиты рома и других групп населения, в наибольшей степени подверженных многоплановым процессам социального отчуждения, в период экономического кризиса, от последствий которого те, кто больше всего подвержен риску уязвимости и находится на грани бедности, пострадают больше всех.

### Действия

Эффективные меры по преодолению стигматизации и дискриминации, содействие участию в общественной жизни и представительству в политических системах, а также более широкая

популяризация культуры рома являются условиями для устойчивой интеграции рома в основное русло развития европейских обществ и их систем здравоохранения, образования и социальной защиты. Рома должны быть органичным образом вовлечены в планирование, осуществление, мониторинг и стратегическое руководство реализации политики, направленной на улучшение условий их жизни и труда. Одновременные действия на всех уровнях государственного управления и по всем социальным, политическим, экономическим и культурным направлениям имеют существенное значение для достижения интеграции и равенства для рома.

#### 5.4.4

#### **Мигранты с неурегулированным правовым статусом**

«Мигранты с неурегулированным правовым статусом, незаконные мигранты» (migrants in irregular situations) – это лица иностранного происхождения, не имеющие разрешения на проживание в стране, в которой они фактически пребывают или работают. Статус незаконного проживания может возникать либо в результате незаконного въезда в страну, либо при нарушении тех условий, на которых этот въезд был изначально разрешен.

Цифры общей численности по своей сути не являются надежными, и имеются региональные различия в характере и масштабах незаконной миграции. По подсчетам, в такой ситуации находятся около 3 млн, или 0,6% населения ЕС (567), причем эта цифра уменьшается с 2002 г. (568), главным образом путем легализации незаконных мигрантов, например через закон Босси–Фини в Италии, иммиграционный закон 2005 г. в Германии и четыре пересмотра законодательства в Соединенном Королевстве. Предполагается, что второй страной в мире, после Южной Африки, по процентной численности мигрантов является Российская Федерация, хотя оценки общего числа мигрантов варьируют там в значительных пределах, от 7 до 15 миллионов человек (569, 570). Большинство из них – это граждане стран СНГ, которые прибыли в страну на легальном основании, однако не зарегистрировали свое место проживания и/или не получили разрешения на работу (569).

Проблемы, с которыми сталкиваются эти мигранты, самые значительные среди всех, кто особенно подвержен дополнительным процессам социального отчуждения того типа, который обсужден в главе 2. Для иллюстрации специфических процессов, которые наблюдаются в данной области, и возникающих в их результате проблем ниже описаны четыре группы мигрантов, в большей степени подверженных процессам социального отчуждения. Это ни в коей мере не является исчерпывающим перечнем, имеются многие

другие, такие как незаконные рабочие мигранты в сфере сельского хозяйства и низкооплачиваемой обрабатывающей промышленности, в некоторых случаях вовлекающих даже еще большее число людей.

Четыре группы мигрантов, в большей степени подверженных процессам социального отчуждения:

■ **Лица, нуждающиеся в медицинской помощи**, которые сталкиваются с дополнительными барьерами для доступа к услугам здравоохранения. Права мигрантов на медицинское обслуживание в значительной мере различаются по странам (571). Помимо проблемы права на обслуживание, сложность заключается в том, что как мигранты, так и работники здравоохранения не обладают необходимой информацией, и это затрудняет доступ к помощи. Существенным в данном случае оказывается и боязнь того, что о лице, обратившемся за помощью, будет сообщено в миграционные органы. В настоящее время оказание медицинской помощи этой группе мигрантов не является ни справедливым, ни затратоэффективным (572).

■ **Безнадзорные несовершеннолетние** в некотором отношении пользуются большей защитой, чем взрослые, в частности благодаря соблюдению положений Конвенции ООН о правах ребенка (573), однако они имеют специфические потребности в психологической и образовательной поддержке, которые нередко не удовлетворяются (574). Кроме того, несовершеннолетние с особой легкостью могут стать объектами эксплуатации.

■ **Жертвы торговли людьми**, которая неизбежно включает принуждение или обман. Это явление также сопряжено с эксплуатацией ввезенных лиц, например с их вовлечением в коммерческий секс или в принудительный труд (575). По оценкам ОЭСР, в 2003 г. в Европе около 80% женщин, прибывавших в страны через каналы торговли людьми, вовлекались в коммерческий секс (576). Существующие стратегии плохо координируются и часто подчиняют интересы жертв соображениям миграционного контроля.

■ **Женщины-домработницы – незаконные мигранты** составляют значительную долю лиц, нелегально пребывающих в стране. Их число растет, поскольку растет соответствующий спрос (577). Труд мигрантов необходим для оказания ухода за растущим числом пожилых людей в ЕС (578) и для увеличения участия женщин на рынке труда. Значительная часть спроса удовлетворяется путем незаконной миграции вследствие ограничений легального въезда. Эта категория мигрантов особенно уязвима к эксплуатации и плохому обращению.

Страны с крупным неформальным сектором более привлекательны для незаконных мигрантов,

поскольку там легче найти работу, например в строительстве, уличной торговле и на предприятиях с поточной системой труда. Они представляют удобный источник рабочей силы для работодателей, поскольку предъявляют очень мало требований и имеют мало прав. Страх депортации означает, что они редко используют даже те немногочисленные права, которые у них остаются.

Страны различаются по той степени, в какой они добиваются баланса в работе по элиминации и дискриминации, улучшению жилищных и рабочих условий, а также улучшению медицинского обслуживания незаконных мигрантов и принятии рационального подхода к миграции, трудоустройству и доступу к социальной защите. Такой управляемый подход может включать стратегии по сокращению как законной, так и нелегальной миграции и повышению соблюдения правил в неформальном секторе в более общем плане, например в отношении норм безопасности и охраны здоровья на рабочем месте, законов о трудоустройстве и правил социальной защиты. В результате доступ мигрантов к социальной защите, включая медицинскую помощь, весьма различен (579). Лишение доступа к службам социальной защиты, отказ мигрантам в праве на «наивысший достижимый уровень здоровья» рассматривается как существенный элемент «внутреннего миграционного контроля», в основе которого лежит идея о том, что чем меньше прав предоставлено незаконным мигрантам, тем меньше их будет прибывать в страну. Интернирование незаконных мигрантов – это другая мера внутреннего контроля, которая используется все в большей мере, однако эти и подобные им меры, по всей видимости, не оказывают значительного влияния на численность незаконных мигрантов (572). Они, главным образом, приводят к повышению уязвимости незаконных мигрантов к маргинализации, деградации, болезням и эксплуатации. «Внешний миграционный контроль» также усилился, но границы трудно закрыть полностью. Все более жесткие ограничения на законную иммиграцию и работу мигрантов, а с другой стороны, усиливающийся спрос и удешевление авиаперелетов – вот те факторы, которые повышают уровни незаконной миграции.

В Европе наблюдаются региональные различия в природе и масштабах, а также в отношении общества к незаконной миграции. Толерантность к незаконным мигрантам в значительной степени варьируется. Законодательство, регулирующее миграцию в Российской Федерации, например, носит крайне рестриктивный характер (580), в традициях того времени, когда контролю передвижения населения и иммиграции придавалось приоритетное государственное значение. Ситуация в скандинавских странах, Соединенном Королевстве, Испании, Чешской Республике, Польше и Греции исследована более подробно на примерах из практики стран.

## Меры, направленные на исправление ситуации

Ясно, что многие мигранты, пребывающие на незаконном положении в различных странах Региона, подвержены различным тяжелым процессам социального отчуждения и чрезвычайно уязвимы. Как уже упоминалось, для исправления данной ситуации страны предпринимают различные меры (568).

Основной управленческий подход нацелен на сокращение потоков незаконной миграции. В этом плане обычно предлагаются или уже приняты два метода.

**Консервативный** метод включает установку «нулевой терпимости» с еще большим ужесточением внешнего и внутреннего миграционного контроля и депортации проживающих в стране незаконных мигрантов в страну их происхождения. Такая стратегия в целом нереалистична и несправедлива. Меры контроля трудно выполнить, легко обойти, и имеется риск нарушения конвенций о правах человека. Уязвимость и социальное отторжение незаконных мигрантов обостряется даже в том случае, если их число сокращается.

**Либеральный** метод сокращения числа незаконных мигрантов включает удаление определенных правовых ограничений по миграции двумя возможными путями: либо временно, либо ретроспективно, путем проведения пересмотра законодательства или на постоянной основе и проактивно путем смягчения иммиграционных правил. Сокращение числа путем легализации обычно считается разовой мерой, которая противоречит тому принципу, что закон не должен подлежать произвольным исключениям. Этот второй вариант – смягчение иммиграционных барьеров – рекомендуется многими группами защитников прав человека. ЕС часто приводит в качестве примера возможность устранить миграционные ограничения даже между странами с умеренной степенью экономических различий. Однако снятие ограничений на любые типы миграции, по-видимому, политически абсолютно неприемлемо, поскольку во многих странах с низким уровнем дохода имеется значительное экономическое давление в сторону миграции.

Менее ограничительная политика не обязательно будет вредить национальным экономическим интересам – она может гармонизировать предложение и спрос на рабочую силу. Во многих европейских странах имеется спрос на определенные типы работ, который, по всей вероятности, невозможно удовлетворить мерами законной официальной миграции по существующим правилам. Этот подход, однако, потребует коренных изменений в отношении к миграции и проведения долгосрочного анализа затрат и выгод от изменения спроса и предложения на рабочую силу.

Вторая стратегия по улучшению положения незаконных мигрантов заключается в том, чтобы

## Пример из практики: стратегии в отношении незаконной миграции

### Скандинавия

В скандинавских странах особенно активно применяется политика «внутреннего» миграционного контроля (смотри определение ниже) (581). Социальные пособия в этих странах весьма щедрые, поэтому различия между защищенными и незащищенными велики. Имеются комплексные национальные базы данных, которые легко связываются друг с другом, что упрощает выполнение внутреннего контроля. В 2007 г. Broders & Engberson (582) характеризовали стратегии «внутреннего» контроля следующим образом:

*Когда речь идет о незаконных мигрантах, установленной целью политики является изоляция. Социальное отчуждение, создающее максимальные проблемы для проживания и работы тем нелегальным мигрантам, которых нельзя удержать от желания прибыть в страну, нацелено на то, чтобы они покинули страну. Цель создания барьеров для незаконной миграции обусловила наблюдаемый сдвиг в сторону внутреннего миграционного контроля, который включает множество стратегических мероприятий, таких как санкции, накладываемые на работодателя, исключение из государственных услуг, полицейский надзор, интернирование и депортация.*

За прошедший с того времени период в Швеции (и в ограниченной степени в Норвегии) были приняты законы, разрешающие неурегулированным мигрантам доступ к услугам здравоохранения.

Добровольные организации в широких масштабах предоставляют услуги медицинской помощи незаконным мигрантам. Они также лоббируют принятие нового законодательства, которое даст «лицам без документов» право доступа к услугам медицинской помощи.

### Греция

Более половины иностранного населения, проживающего в Греции, состоит из албанцев, которые начали прибывать с 1990 г. и в настоящее время составляют около 4–5% общего населения. Примерно 20% албанцев проживают на незаконном основании, составляя одну треть от общего числа незаконных мигрантов в стране (по расчетам Triandafyllidou & Maroukis (583)).

Следующие основные группы – это мигранты из Болгарии, Украины, Грузии и Румынии (ситуация для определенных категорий мигрантов из Болгарии и Румынии могла нормализоваться в результате вхождения этих стран в состав ЕС в 2007 г.). Данные относительно происхождения остальных двух третей незаконных мигрантов (помимо албанцев), не имеется, но, возможно, в эту категорию попадает большинство иммигрантов из стран Африки, Ближнего Востока и Азии. Агентство ЕС по фундаментальным правам резко критикует обращение с интернированными незаконными мигрантами, имеющее место в Греции. На мигрантов, как легальных, так и незаконных, в настоящее время сваливают всю вину за экономические трудности страны. Уличное насилие, организованное партией «Золотая заря» (высокоактивная неонацистская партия), включает нападения на мигрантов в масштабах, ранее неслыханных в пределах ЕС.

**улучшать соблюдение их прав и укреплять социальную защиту.** Эта стратегия включает ослабление мер «внутреннего» миграционного контроля, суть которых – максимально усложнить жизнь незаконных мигрантов путем их преследования, криминализации и отказа в достойном уровне социальной защиты. В то же время соблюдение их прав можно улучшить путем контроля над неформальной экономикой, для того чтобы обеспечить здоровье и безопасность как работающих в данном секторе, так и населения, которое приобретает соответствующую продукцию и услуги. Такие меры также потребуют изменений в политическом подходе к существующей проблеме.

Третий подход – это краткосрочные и немедленные меры, не претендующие на решение стратегических задач. Они заключаются в **улучшении оказания помощи нуждающимся мигрантам.** Реализация данного подхода требует усилий от гражданского общества и государства. Незакон-

ные мигранты во всех странах уже находятся в фокусе инициатив НПО, предоставляющих им юридическую помощь, кров, услуги здравоохранения или консультации и другие виды поддержки. Эта работа нуждается в координации и укреплении, для того чтобы никому не было отказано в минимальном стандарте здоровой жизни и основных правах человека. Однако это не замена более стратегическому подходу в достижении этих целей.

Принимаемые стратегии должны отражать существующие ограничения в каждой конкретной ситуации. Однако ясно, что вопросы миграции и улучшения условий жизни всех мигрантов необходимо решать путем соглашений между странами Европы, направленных на защиту прав и обеспечение минимального стандарта здоровой жизни для этой категории населения.



## 6.1

## Исходные данные

Граждане и общество подвержены влиянию более широкого макроуровневого контекста страны и глобальных факторов. Экономические и социальные силы, экологические факторы и нормативно-правовые механизмы формируют более широкий сценарий, в котором проходит жизнь людей и действуют системы и организации. Эти факторы ограничивают возможности государственных органов, а также влияют на граждан и сообщества, все в большей мере распространяя свое воздействие за пределы границ отдельных стран. В настоящей главе приводится обзор этих более широких влияний, в том числе на несправедливость в отношении здоровья. Более подробное обсуждение каждой из этих проблем приведено в отчетах соответствующих целевых групп.

Настоящий обзор составлялся во время глобального финансового кризиса, при котором тесно переплелись национальные, региональные и глобальные направления политики. Финансовый кризис представляет собой серьезный вызов для справедливости в отношении здоровья, поскольку он подрывает ресурсную базу для перераспределительных социальных стратегий и оказывает продолжительное воздействие на социальные детерминанты здоровья. В этих условиях важнейшее значение имеет смягчение последствий для систем социальной поддержки, действующих в каждой стране. Обсуждение в разделе 6.2 на основе анализа проблем бедности, доходов, социальной защиты и трудоустройства, приведенного в предыдущих главах, сосредоточено на социальной защите и стратегиях воздействия на рынок труда, которые сокращают влияние кризиса на несправедливости в отношении здоровья.

Более широкие глобальные факторы влияют на социальные детерминанты здоровья в Регионе двумя путями: первый – это их эффекты, направленные внутрь, на социальные детерминанты здоровья в Европе; второй – это направленный вовне эффект европейской международной политики на глобальные факторы, со стимулирующим влиянием на другие страны. Первой группой факторов, оказывающих принципиальное влияние, считаются те, что связаны с текущим глобальным финансовым кризисом и сопровождающим его экономическим спадом, миграционными давлениями и противодействиями. Что касается второй группы, речь идет о механизмах международной торговли и стратегиях развития / политике международной помощи. Эти влияния рассмотрены в разделе 6.3, а далее, в разделе 6.4, приводится анализ экономических последствий самих несправедливостей в отношении здоровья,

в котором особое внимание уделяется связанным с ними издержкам, потенциальной пользе от их сокращения и соответствующим стратегическим компромиссам.

Важнейшим условием для сокращения несправедливостей в отношении здоровья является устойчивость. На характер накопления благоприятных и неблагоприятных факторов в течение индивидуальной жизни и между поколениями можно воздействовать только путем долгосрочных устойчивых стратегий. Это положение подчеркивается в разделе 6.5 при рассмотрении соответствия устойчивого развития проблемам несправедливости в отношении здоровья, путем анализа роли стратегий, направленных на окружающую среду, в отношении пищевых продуктов и сельского хозяйства и правовых механизмов для обеспечения социально-справедливой устойчивости. Обзор устойчивости завершается в разделе 6.6 обсуждением вопросов обеспечения социальной справедливости между поколениями.



## 6.2

### Расходы на социальные нужды

#### Рекомендация 3(а).

**Повышать уровень социальной справедливости путем эффективного использования налоговых мер и социальных пособий. В частности, в странах, где доля бюджета, выделяемая на программы охраны здоровья и социальной защиты, ниже нынешнего среднего уровня в ЕС, эта доля должна быть увеличена, а во всех остальных странах – поддерживаться на текущем уровне.**

#### Конкретные действия

(i) Улучшить соотношение между общим уровнем социальных расходов и

а) расходами на другие программы;

б) общим уровнем налогообложения в странах, в которых эти показатели ниже среднего значения по ЕС.

(ii) Принимать прогрессивные методы планирования программ социальных расходов, в том числе включать в них всеобщий охват социальным обеспечением, которое должно быть пропорциональным потребностям, и интегрированные стратегии социальной помощи и регулирования рынка труда, которые включают активные программы улучшения ситуации на рынке труда, что будет реально способствовать повышению справедливости.

(iii) При определении действий в условиях финансового кризиса следить за тем, чтобы приоритет отдавался медико-санитарным и социальным последствиям пакетов мер строгой экономии, обсуждаемых в настоящее время или уже принятых во многих европейских странах. В качестве шага вперед к обеспечению инклюзивного характера всех процессов, добиваться того, чтобы при рассмотрении пакетов таких мер принималась во внимание точка зрения министров здравоохранения и социальной защиты населения, а на международном уровне – мнения ВОЗ, Детского фонда ООН, Международной организации труда и Всемирного банка.

(iv) Расширить дискуссии по вопросу о механизмах финансовой стабильности, в которых приоритет должен отдаваться социально-прогрессивным стратегиям, в частности рекомендуемым в настоящем обзоре: например, рассмотреть возможный эффект от введения налога на финансовые сделки.

## 6.2.1 Введение

В этом разделе рассматривается влияние макроэкономических стратегий на несправедливости в отношении здоровья с особым вниманием к эффекту экономического спада и жестких мер экономии (введенных для компенсации бюджетно-налоговых дефицитов) на расходы на социальные нужды. В Европе уже появляются свидетельства влияния на здоровье и социальные детерминанты здоровья (584): например, анализ данных из Греции показывает прогрессирующее ухудшение в самооценке здоровья и рост неудовлетворенности медицинских и стоматологических потребностей в период с 2007 по 2009 г. (рис. 6.1).

## 6.2.2

### Уровень расходов на социальную защиту

Как показано в главе 5, существуют объективные доказательства того, что более высокие социальные расходы в 18 странах коррелируют с менее резкими неравенствами в самооценке здоровья (491) и с более низкой смертностью, стандартизированной по возрасту (91). Исследования, приведенные в главе 5, также показывают, что эти связи имеют логарифмический характер – при повышении инвестиций уровень отдачи снижается.

На этот вопрос можно взглянуть с двух сторон: во-первых, социальные расходы в более богатых странах уже достаточны; во-вторых, за пределами определенного уровня расходов соотношение между общим объемом расходов и смертностью в стране зависит в большей степени от того, как используются средства – например, пропорциональны ли социальные расходы потребностям. Растущие несправедливости в отношении здоровья в ряде материально обеспеченных западноевропейских стран, обусловленные менее благоприятными тенденциями смертности в группах населения с дефицитом собственных ресурсов, показывают, что существующая социальная защита, возможно, является неадекватной. Перераспределительный и защитный потенциал социального государства в течение примерно двух последних десятилетий фактически уменьшился (585), по крайней мере в странах Северной Европы. Например, с начала 1990-х годов в этих странах пакеты социальной поддержки и субсидии для граждан с минимальным доходом стали менее щедрыми и менее адекватными в плане снижения бедности (586), что указывает на необходимость повышать уровни социальной защиты наиболее уязвимых слоев населения, для того чтобы обеспечивать минимальный стандарт, требуемый для здоровых условий жизни. В странах Региона, в которых уровень социальной защиты ниже среднего по ЕС, важно стремиться к его повышению, а там, где этот уровень выше среднего – не допускать его снижения.

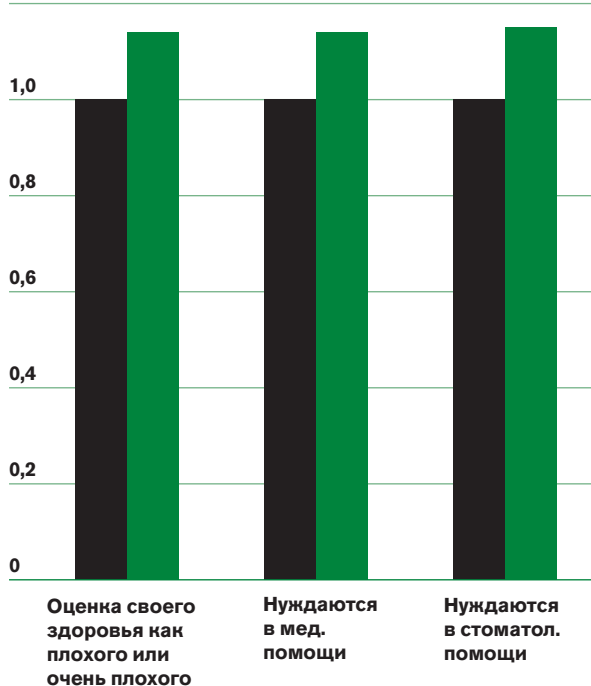
**Рисунок 6.1**

**Изменения в самооценке здоровья и доступе к медико-санитарной помощи в Греции в период между 2007 и 2009 гг. (приведенные расчеты)**

■ 2007 г.  
■ 2009 г.

Отношение шансов

1,2



*Примечание:* отношение шансов означает вероятность нездоровья или неудовлетворенных потребностей в каждый год по сравнению с вероятностью в 2007 г., поэтому отношение шансов в 2007 г. по каждому показателю равно 1.

*Источник:* Kentikelenis et al. (398).

В условиях существующего экономического спада также необходимо добиваться того, чтобы стратегии рынка труда удерживали людей на рабочих местах и помогали им воспользоваться возможностями трудоустройства. Это будет способствовать сокращению рисков для здоровья, связанных с безработицей. Как показано в следующем разделе, важной частью политики макроуровня являются программы активизации рынка труда, обладающие объективно доказанной эффективностью.

### 6.2.3

#### Активная политика на рынке труда

Активные программы на рынке труда (АПРТ) являются характерным компонентом систем социальной защиты, действующим во многих европейских странах. Эти программы направлены на улучшение перспектив бенефициаров в отношении трудоустройства или других возможностей заработка. Безработица нередко коррелирует с плохим здоровьем, поскольку приводит к снижению дохода, самооценки и ощущения контроля над жизненными обстоятельствами (см. главу 4). Сокращение безработицы путем АПРТ поэтому должно содействовать улучшению здоровья как в краткосрочном, так и в долгосрочном плане.

Источником фактических данных, свидетельствующих об эффективности АПРТ в плане улучшения показателей здоровья, являются в основном поперечные исследования (587). АПРТ и учебные программы и вмешательства, используемые для их реализации, как показано, имеют как позитивные, так и негативные влияния на психическое здоровье и благополучие реципиентов в период участия (587). Позитивные результаты включают улучшение общего психологического здоровья, социальной адаптации и самооценки, удовлетворенности жизнью и своей ролью в ней, эмоционального функционирования, а также сокращение дистресса, депрессии, тревоги и чувства беспомощности (588–601). Негативные эффекты в отношении здоровья возникают при неправильно спланированных программах, которые ведут к стрессу или создают небезопасные для людей условия (см. главу 4). Было показано, что некоторые полезные эффекты сохраняются на период вплоть до 4 месяцев после участия в учебной программе (590,596), в то время как другие исчезают или сокращаются непосредственно после ее завершения (588,601,602). Требуются дополнительные исследования более долгосрочного влияния программ АПРТ на здоровье в плане пользы от возвращения людей к трудоустройству и других отдаленных полезных эффектов участия в таких программах.

Как показано, полезные результаты для здоровья зависят от типа и качества АПРТ. Несомненно, переход к трудоустройству в результате АПРТ еще недостаточен для того, чтобы улучшить здоровье: полученное рабочее место должно быть высококачественным. Фактические данные свидетельствуют о том, что АПРТ должны базироваться не на единственной цели «дать человеку как можно быстрее хоть какую-нибудь работу», а на всемерном содействии индивидуальному развитию, и только это является условием для улучшения здоровья (587).

Целевая группа по занятости и условиям труда (160) рассмотрела две категории АПРТ: учебные программы, направленные на совершенствование рабочих навыков (такие, как обучение на рабочем месте или профессиональное образование), а также поддержка в трудоустройстве и услуги реабилитации для людей с ограниченными рабочими возможностями. Целевая группа использовала показатели на страновом уровне из базы данных ОЭСР за 1985–2005 гг. для изучения связей между учебными программами и реабилитационными службами с одной стороны и психосоциальной рабочей средой с другой. Как описано в главе 4, высокий уровень самостоятельности в работе (365) и достойное вознаграждение (603) вносят вклад в создание благоприятных психосоциальных рабочих условий, что является важной детерминантой здоровья. У людей, которые трудятся в благоприятной рабочей среде, в среднем больше шансов на хорошие показатели

здоровья, чем у тех, кто трудится в неблагоприятных, стрессогенных и опасных условиях.

Объективные данные показывают, что более высокие уровни участия в программах непрерывного образования и более значительные инвестиции в услуги реабилитации на страновом уровне коррелируют с более достойными условиями работы (более высокие уровни самостоятельности и вознаграждения (160)). Анализ, проведенный целевой группой, предполагает, что увеличение инвестиций в АПРТ может иметь позитивное влияние не только на уровень трудоустройства и краткосрочные показатели здоровья, но также и на рабочие условия в целом, которые должны вести к улучшению показателей здоровья и сокращению несправедливостей в этой области.

## 6.3

### Актуальность глобальных стратегий

#### 6.3.1

##### Введение

Глобальный финансовый кризис 2008 года и сопровождающий его кризис государственного долга в Европе стали мощными факторами, которые будут иметь длительный эффект на социальные детерминанты здоровья, особенно если при разработке и реализации мер реагирования не будут приниматься во внимание соображения социальной справедливости в отношении здоровья.

#### 6.3.2

##### Глобальный финансовый кризис

Отчет целевой группы по глобальным влияниям (604) сосредоточен на анализе влияния глобального финансового кризиса на социальные детерминанты здоровья в Европе, при этом исследованы фактические данные, связывающие финансовый коллапс с факторами риска для здоровья по трем основным каналам: доход, рынок труда и эффекты социального обеспечения. Несмотря на сложность причинно-следственных связей между макроэкономическими условиями и здоровьем населения, фактические данные указывают на то, что экономический кризис сопровождается определенными тенденциями в показателях здоровья, такими как рост самоубийств и, напротив, снижение частоты дорожно-транспортных происшествий со смертельными исходами (284). В отчете также документируется процесс объективного проявления в ряде стран Региона последствий финансового кризиса в отношении здоровья (398).

Государственные меры в ответ на экономический кризис могут оказывать огромное влияние на дальнейшие социальные и медико-санитарные последствия. Те страны, которые ввели меры жесткой финансовой экономии, тем самым

подорвали механизмы социальной защиты, которые являются обязательными для улучшения социальных детерминант здоровья в Регионе. Для того чтобы защитить здоровье населения, необходимо защитить социальный сектор от бюджетных сокращений (605). Инвестирование в экономический рост – это предпочтительный вариант по сравнению с мерами жесткой экономии для управления усугубляющимися уровнями задолженностей, как в рамках эффективного сокращения долга, так и для достижения более благоприятных показателей здоровья. Вспомогательные кредиты, предоставляемые международной банковской системой на условиях введения мер жесткой экономии, которые включают сокращение социальных расходов и неблагоприятно влияют на наименее обеспеченные слои населения, подчеркивают несправедливые эффекты государственных действий. Соглашения Международного валютного фонда (МВФ) с государствами-членами Региона также могут иметь последствия для их систем здравоохранения, как это показано в примерах из практики стран, приведенных ниже (604). Анализ соглашений с МВФ, заключенных в девяти странах Региона в 2011 г. (606), показывает, что подавляющее большинство их носит дефляционный характер, что приводит к снижению государственных расходов (таблица 6.1).

Неравномерные показатели восстановления экономики и концентрация ресурсов в финансовом секторе заставляют предполагать, что предпринимаемых мер недостаточно для исправления тех условий,

#### Пример из практики: страны в условиях финансового кризиса – Ирландия

Ирландия стала одной из первых стран Европы, испытавших финансовые трудности. В качестве ответных мер были национализированы некоторые близкие к банкротству частные банки (что повлекло за собой существенный бюджетный дефицит), а также значительно сокращены расходы на общественные нужды, в том числе в здравоохранении. После предоставления финансовой помощи из МВФ и Европейского центрального банка правительство Ирландии уже не пользуется полной финансовой автономией, поскольку оно должно соблюдать требования МВФ. Кроме того, как показывают результаты недавнего исследования, в дополнение к уже предпринятым в 2010 и 2011 гг. всесторонним сокращениям финансирования социального сектора, в 2012 г. ожидается дальнейшее уменьшение бюджета здравоохранения – еще на 1 млрд евро (607). Исследование также указывает на то, что перерасход средств на 200 млн евро в течение первых шести месяцев 2011 г. повлек за собой недавно предпринятое сокращение больничного коечного фонда.

**Таблица 6.1**

**Инфляционные (И) и дефляционные (Д) элементы текущих соглашений с МВФ**

Примечание: политика расценивалась как дефляционная (Д) или инфляционная (И) в тех случаях, когда имеющиеся данные позволяли сделать соответствующее заключение.

Источник: Weisbrot et al. (606).

Страна	Налогово-бюджетная политика	Кредитно-денежная политика	Расходы на оплату труда в государственном секторе	Ликвидность и рост денежной массы	Кредитные ставки
Беларусь	Д	Д	Д	Д	Д
Грузия	И				
Венгрия	Д	Д	Д	Д	Д
Кыргызстан	И	Д	Д	Д	Д
Латвия	Д	Д	Д	Д	Д
Румыния	Д	Д	Д	Д	
Сербия	Д	И	Д		И
Таджикистан		Д	И	Д	
Украина	Д	Д		Д	Д

которые породили финансовый кризис. Ниже перечислены некоторые факторы, наиболее тесно связанные с причинами кризиса. Если не скорректировать текущую модель роста, обусловленную монетарными стимулами, то в Европе сохранится риск повторения циклов накопления долга с соответ-

ствующей угрозой для здоровья населения (604). Возможные варианты решений включают более рациональное регулирование финансовой системы, включая более реалистичные запасы капитала («инвестиционные подушки»), более низкий коэффициент финансовой зависимости и контроль теневых

**Пример из практики: страны в условиях финансового кризиса – Греция**

Спад экономики продолжается, несмотря на существенные сокращения в расходах, в то же время дефицит бюджета остается высоким. В настоящее время оценивается, что по состоянию на 2011 г. Греция будет иметь дефицит в объеме 9%, приблизительно на 3% выше целевых показателей, поскольку экономика продолжает сокращаться. Эта негативная обратная связь – экономический спад и дальнейший рост бюджетного дефицита как последствие сокращения расходов – была уже давно предсказана Центром экономических и стратегических исследований (608).

По неофициальным данным за 2010 г., за период между 2007 и 2009 гг. рост самоубийств составил 17% и повысился до 25% в 2010 г. (398). Министр здравоохранения доложил о дальнейшем 40%-ном росте смертности от этой причины в первой половине 2011 г. по сравнению с тем же периодом 2010 г. Также участились суицидальные попытки, особенно среди людей, находящихся в тяжелом экономическом положении (609). Вдвое повысилась частота случаев убийств и краж собственности. Значительно выросли уровни ВИЧ-инфекции и потребления героина, причем приблизительно половину новых случаев ВИЧ-инфекции составляют потребители инъекционных наркотиков. Зарегистрировано несколько

случаев, когда люди намеренно заражались, чтобы получать пособия в районе 700 евро в месяц и в целях более быстрого зачисления в программы заместительной терапии наркозависимости. Повысился уровень проституции, вероятно также в ответ на экономические трудности. Доступ к услугам здравоохранения снизился, поскольку бюджеты лечебных учреждений были сокращены приблизительно на 40% (398) и, по оценкам, около 26 000 работников общественного здравоохранения (из них 9100 врачей) потеряют работу (610). Ожидаются дальнейшие сокращения, как результат недавних переговоров с МВФ и Центральным европейским банком.

По результатам проведенного под эгидой ЕС анкетирования по вопросам дохода и условий жизни в Греции, за период между 2007 и 2009 гг. выросла на 15% вероятность того, что люди не обращаются к врачу или стоматологу, хотя нуждаются в помощи (рис. 6.1).

Неблагоприятные тенденции в Греции являются предупреждением для других стран, которые вводят меры строгой бюджетной экономии, в том числе Испании, Ирландии и Италии. Эти данные также заставляют предполагать, что государствам, где имеется дефицит наличности, необходимо искать пути для консолидации финансов без подрыва столь необходимых инвестиций в охрану здоровья.



### **Пример из практики: страны в условиях финансового кризиса – Латвия**

Латвия стала первой страной, которая «успешно» завершила реализацию посткризисной программы МВФ. Она получила финансовую поддержку в 7,5 млрд евро на пике кредитно-финансового кризиса в 2008 г. в обмен на обязательство резко сократить расходы в комбинации с повышением налогов. Результаты исследования, проведенного Центром экономических и стратегических исследований, показывают, что Латвия претерпела самый тяжелый экономический спад по сравнению с любыми другими странами мира в течение фазы реализации, когда в период с 2008 по 2010 г. ВВП снизился на 24%. Уровень безработицы повысился с 5% в конце 2007 г. до свыше 20% в начале 2010 г. Исследование также указывает на то, что безработица остается высокой, на уровне 14,4%, даже по прошествии более одного года восстановительного периода. При этом официальный показатель безработицы не отражает в полной мере тот ущерб, который экономический спад и замедленное восстановление нанесли рабочим ресурсам Латвии. Если учитывать людей, вынужденно работающих на неполную ставку, и тех, кто отказался от попыток дальнейших поисков работы, то окажется, что пиковый уровень безработицы (неполной занятости) в 2010 г. составил свыше 30%, снизившись лишь до 21,1% в третьем квартале 2011 г. (611).

банковских структур, а также введение налога на финансовые операции (financial transaction tax, FTT), установленный процент от которого мог бы использоваться для финансирования социальных расходов, что поддержало бы реализацию глобальных инициатив здравоохранения. Примерами является налог на обмен валюты (0,005%), который по оценкам аналитиков позволит ежегодно получать 40 млрд долл. США, а также FTT (0,05%), который позволит получать 600–700 млрд долл. США (612). McCulloch & Rasillo рассчитали, что 0,005%-ный FTT на все валютные операции, включая те, которые распространяются на деривативы и обмен наличности, позволит мобилизовать 863 миллиарда долл. США (613). В этой связи целевая группа предположила, что более высокий налог, в размере 0,05% (ставка, которую обычно используют сторонники FTT), распространяемый на все формы валютных операций, позволит, соответственно, получить 8,63 триллиона долл. США, хотя при этом также, вероятно, повысится риск уклонений от уплаты (604). Этот налог также послужит сдерживающей мерой в отношении спекулятивных транзакций и источником финансирования для восстановления социальной и финансовой инфраструктуры.

### **6.3.3 Миграция**

Имеется прямая и непрямая связь миграции с социальными детерминантами здоровья в Регионе. Проблемы незаконных (недокументированных)

мигрантов обсуждались в предыдущей главе. Здесь рассматриваются два следующих аспекта миграции: общий трансграничный поток иммигрантов, прибывающих из-за пределов Региона, а также внутриевропейская миграция работников здравоохранения. Миграционные процессы тесно увязаны с экономическими возможностями, и глобальный финансовый кризис 2008 г., возможно, будет оказывать долгосрочное влияние на условия и жизненные шансы иммигрантов, которые, по всей вероятности, испытывают особенно тяжелые лишения, поскольку обладают диспропорционально низкой профессиональной квалификацией и подвержены более значительному риску потери работы (614). Кризис также, вероятно, замедлит потоки миграции в направлении Европы в свете перспективы восстановления экономики без создания рабочих мест, которая не дает достаточных возможностей трудоустройства для иммигрантов, а также вследствие потенциального нежелания государственного руководства принимать так же много иммигрантов, как это делалось в годы экономического бума. Возникновение антииммигрантских настроений во многих европейских странах представляет растущую проблему, всегда затрагиваемую при обсуждении миграционной политики (572).

Институциональные условия играют ключевую роль в определении антииммигрантских настроений. При этом главными факторами, определяющими отношение общества к миграции, являются уровни социальной защиты и трудоустройства. Другим важным параметром является образование. Мигранты с более высоким уровнем образования и более специализированными профессиональными навыками во всех странах Европы получают больше поддержки со стороны общества, и при этом антииммигрантские настроения менее выражены. Эти данные позволяют предполагать, что возможные меры могли бы включать инвестирование в активные государственные службы для мигрантов на местном и национальном уровне, такие как всеохватывающие программы для помощи в устройстве на новом месте, языковые классы и доступ к услугам здравоохранения, а также проведение кампаний среди местного населения в поддержку политики более широкой интеграции.

### **6.3.4 Торговля**

В данном разделе обсуждаются прямые последствия торговых регуляций для социальных детерминант и показателей здоровья, а также для систем здравоохранения. Потенциальные последствия для справедливости в отношении здоровья нуждаются в дальнейшем уточнении. Министерства здравоохранения должны быть осведомлены о широкомасштабном влиянии разнообразных торговых соглашений на вопросы здоровья, особенно в связи с политикой и ресурсами для



здоровья. Включение вопросов здоровья и здравоохранения как компонента торговых соглашений, по всей вероятности, может оказывать воздействие на следующие аспекты:

- пути государственного регулирования деятельности смешанных систем здравоохранения, где действуют коммерческие провайдеры услуг и/или страхователи (особенно в связи с инвестиционными соглашениями);
- механизмы, позволяющие государству вернуться к государственному предоставлению услуг в тех случаях, когда внешние контракты на обслуживание уже заключены, или при изменении условий деятельности приватизированных служб (эффект «lock-in»);
- возможности и сферы предоставления государственных услуг или деятельности государственных «монополий» в пределах сектора;
- возможности гарантий со стороны государства того, что заключаемые торговые соглашения не подрывают полезный эффект политики и регламентирования в области общественного здравоохранения;
- потенциал государственного субсидирования и финансирования услуг на региональном и местном уровнях;
- возможности государственного регулирования деятельности на территории страны иностранных поставщиков услуг здравоохранения и сертификации их профессиональной квалификации внутри страны.

Среди вопросов, касающихся коммерческой деятельности и здравоохранения, больше всего на глобальном уровне обсуждаются, и, может быть, являются наиболее противоречивыми вопросы, связанные с правами интеллектуальной собственности, инновациями и здравоохранением. Торговые соглашения нередко включают положения, которые касаются прав интеллектуальной собственности. Важно, чтобы министерства здравоохранения были осведомлены о непрямым последствиях мер, относящихся к торговле, в связи с правами интеллектуальной собственности, а также масштабами и особенностями рынков непатентованной продукции в своих странах.

### **6.3.5 Помощь в целях развития**

В то время как глобальный финансовый кризис и торговые соглашения оказывают весьма заметное и прямое воздействие на социальные детерминанты здоровья в Европе, международная помощь в целях развития оказывает на них косвенное влияние в общеевропейском масштабе и прямое – в самих странах-бенефициарах. В отчете целевой группы по данной теме (604) содержится оценка согласованности международной помощи в области здравоохранения

(МПЗ) путем анализа деятельности пяти ключевых европейских игроков: Германии, Соединенного Королевства, Франции, Испании и Европейской комиссии.

Общий вывод таков, что отсутствие общих представлений о целях и недостаточная согласованность стратегий в поддержку развития, проводимых отдельными странами, серьезным образом подрывает потенциальное влияние Европы на социальные детерминанты здоровья в остальных странах мира. Другая серьезная озабоченность, выраженная в отчете, касается того, что МПЗ недостаточно предсказуема, для того чтобы страны-бенефициары могли делать необходимые долгосрочные инвестиции в национальные системы здравоохранения. С учетом колоссальной важности МПЗ согласованности политики доноров с национальными приоритетами обозначена в качестве ключевого вопроса. В отчете указывается, что, хотя за последнее десятилетие МПЗ стремительно возрастала, целевая группа по инновационному финансированию систем здравоохранения недавно отметила, что для обеспечения необходимого прогресса в достижении Целей развития тысячелетия, относящихся к здоровью, необходимо дополнительно инвестировать 36–45 млрд долл. США (24–29 долл. США на душу населения). Поскольку представляется маловероятным, что такая сумма может быть мобилизована внутри стран с низким уровнем дохода, крайне важно, чтобы страны-доноры выполнили свое долгосрочное обязательство о предоставлении 0,7% валового национального дохода в качестве официальной помощи в целях развития (ОПР). Если при таком уровне ассигнований 15% всего объема ОПР будет отведено на цели здравоохранения, это позволит дополнительно мобилизовать 40 млрд долл. США для заполнения пробела в финансировании, выявленного целевой группой.

Поскольку в странах с низким уровнем доходов социальные детерминанты здоровья напрямую зависят не только от сумм средств, предоставленных в порядке помощи для здравоохранения, но также и от более широких средовых условий, в отчете предлагается в качестве еще одного важного шага в улучшении социальных детерминант здоровья усиливать механизмы социальной защиты, которые выходят за рамки сектора здравоохранения. Системы здравоохранения – это ключевой элемент программ социальной защиты, поэтому неспособность многих развивающихся стран обеспечить собственное финансирование для необходимого уровня потенциала системы здравоохранения, в сочетании с обязательствами, взятыми в рамках международных соглашений о правах человека, обуславливает необходимость международной помощи в области здравоохранения и также то, что любые попытки воздействия на социальные детерминанты здоровья должны базироваться на глобальных перераспределительных действиях (604).

## 6.4

### Экономический ущерб от несправедливостей в отношении здоровья

#### 6.4.1

##### Введение

С позиций настоящего обзора несправедливости в отношении здоровья являются проявлением социального неравенства и неправомерны. В настоящем разделе анализируются фактические данные, которые свидетельствуют о том, что для снижения уровня несправедливостей в отношении здоровья, в дополнение к моральным аргументам, существует также и экономическое обоснование. Несправедливости могут создавать препятствия для достижения стратегических целей в других секторах, таких как устойчивый экономический рост, контроль государственных расходов, деятельность государственных служб и качество жизни. Исследования экономического бремени, причиной которого является гуманитарное бремя несправедливостей в отношении здоровья, могут привлечь внимание руководителей и разработчиков политики вне сектора здравоохранения к рассмотрению проблем таких несправедливостей, однако во многих ситуациях их нельзя использовать в качестве экономической аргументации. Так, например, их нельзя использовать в качестве обоснования для конкретных стратегических действий или, наоборот, как аргумента для отказа от таких действий.

#### 6.4.2

##### Экономическая выгода от сокращения несправедливостей в отношении здоровья

Сокращение несправедливых различий по показателям здоровья между странами и внутри стран Региона позволяет получить экономическую выгоду. По заключению Комиссии ВОЗ по макроэкономике и здоровью, имеющийся в некоторых странах гораздо более низкий, чем в других, уровень общего здоровья может повлечь за собой существенные потери в плане упущенных возможностей экономического роста (615). Эти выводы, однако, по большей части относятся к развивающимся странам, расположенным за пределами Региона.

В некоторых исследованиях из стран ОЭСР с высоким уровнем дохода, а также из восточноевропейских и центральноазиатских государств указана значительная экономическая польза (в форме ускорения экономического роста) от сокращения несправедливых различий в отношении здоровья между странами. Тем не менее продолжают научные дискуссии о том, в какой степени соотношение здоровья и экономического роста действительно отражает причинно-следственные связи. В работах, сосредоточенных на развивающихся странах, со ссылками на недостаточную изученность всей сложности взаимоотно-

шений между здоровьем и экономическим ростом подвергается сомнению и даже полностью отрицается перспектива значительных экономических дивидендов от улучшения здоровья (616,617). В некоторых исследованиях, анализирующих не столько собственно показатели здоровья, сколько расходы на здравоохранение в странах ОЭСР, была обнаружена позитивная связь между данными расходами и экономическим ростом или уровнем доходов (618–620).

Тем не менее в двух исследованиях, в которых изучалась выборка данных из 22 развитых стран в период между 1960 и 1985 гг., обнаружилось, что здоровье – оцениваемое по показателю ожидаемой продолжительности жизни – не имело значительного влияния на экономический рост или на уровень дохода на душу населения (621,622). В связи с этим встает вопрос о вероятности того, что при подъеме свыше определенного уровня экономического развития дальнейшее улучшение показателей здоровья может либо не иметь никакого влияния на последующий экономический рост, либо даже сокращать его. Точного ответа в настоящее время нет.

В научном исследовании, авторы которого со всей тщательностью старались преодолеть внутреннюю проблему сложности взаимоотношений между здоровьем и экономическим ростом, был найден достоверный причинный эффект в отношении роста подушевого дохода в выборке из 26 стран с высоким уровнем дохода в период с 1960 по 2000 г. (623). В одном репрезентативном исследовании 10%-е сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний коррелировало с ростом уровня подушевого дохода на 1 процентный пункт – на первый взгляд небольшое повышение, однако оказывающее серьезное влияние при суммировании в течение длительного времени. Внутренние методологические проблемы свидетельствуют о том, что дебаты относительно истинного влияния здоровья на экономический рост еще далеки от завершения.

Фактически свидетельства негативных экономических последствий плохого здоровья выглядят гораздо более убедительными при рассмотрении на микроэкономическом (индивидуальном) уровне. Группы с более низким социально-экономическим статусом страдают в большей мере от плохого здоровья и поэтому должны претерпевать больший экономический ущерб (в форме утраченного заработка и предложения труда); это дает основания утверждать, что несправедливости в отношении здоровья, по всей вероятности, накладывают существенное экономическое бремя на общество.

Значительный объем научных исследований посвящен микроэкономическим влияниям фактора здоровья среди взрослых на показатели рынка труда. В них показано, что плохие показатели здоровья в ряде случаев сокращают произво-

длительность труда, оцениваемую по уровню заработка (624), и документирована важность здоровья в формировании предложения рабочей силы (625). Так, хорошее здоровье повышает вероятность наличия работы, и в некоторых исследованиях здоровье выступает как основная, если не единственная детерминанта предложения рабочей силы среди работников более старшего возраста (626).

Suhrcke и др. (627) суммировали работы, документирующие экономические последствия плохого здоровья для показателей рынка труда (и экономического роста) в Восточной Европе и Центральной Азии. Хотя этот микроэкономический массив фактических данных не позволяет прямо измерить экономические последствия несправедливостей в отношении здоровья, он тем не менее дает основания утверждать о вполне возможном наличии существенных издержек, поскольку люди из более низких социально-экономических групп подвержены более высокому риску плохого здоровья, что с большей вероятностью влечет за собой экономические потери для общества.

### Человеческие издержки несправедливостей по показателям смертности

В нескольких исследованиях был проведен полный экономический анализ ущерба, вызванного несправедливостями в отношении здоровья, поскольку среди прочих причин не вполне ясно, какого уровня сокращения можно добиться с применением «разумных мер». К этим исследованиям относятся работы Mackenbach et al. (628) по странам ЕС-25 (ЕС-15 плюс ЕС-10 – страны, которые присоединились к ЕС в мае 2004 г.), а также Dow и Schoeni (629) по ситуации в США. Mackenbach et al. использовали два подхода в оценке экономического ущерба от несправедливостей в отношении здоровья в течение одного года (2004 г.). Расчетный ущерб, вызванный несправедливостями для здоровья, в качестве «напитального товара» (что ведет к сокращению производительности труда) для ЕС-25 в целом составил довольно скромные суммы в относительном выражении (1,4% ВВП), но весьма крупные в абсолютных цифрах (141 млрд евро). Авторы также оценивали здоровье в качестве «потребительского товара», что включает применение концепции ценности статистической жизни (ЦСЖ). С учетом этой более всесторонней перспективы экономические последствия социально-экономических несправедливостей в отношении здоровья выглядят в тех же странах достаточно масштабными – порядка 1000 млрд евро, или 9,5% ВВП.

Третье исследование (630), выполненное в рамках стратегического обзора неравенств в отношении здоровья в Соединенном Королевстве (Англия) (51), также использовало расчеты ЦСЖ для того, чтобы конвертировать несправедливости в отношении здоровья в денежный эквивалент. Допуская, что будет сокращена только часть

градиента смертности, исследование показало, что для взрослого населения страны в целом экономическая выгода составит в среднем от 98 до 118 млрд фунтов стерлингов (в ценах 2002 г.) в зависимости от степени предполагаемого сокращения (515). В этих расчетах исключены определенные группы населения и игнорированы любые несмертельные состояния или заболевания, поэтому они фактически обозначили нижнюю границу потенциальных истинных экономических эффектов.

Повторное выполнение аналогичного анализа в масштабе всего Региона представляется трудным вследствие отсутствия надлежащего общерегионального межстранового обследования. Охват европейских государств отчасти обеспечивает исследование SHARE: несмотря на трудности, связанные со слишком малыми размерами выборки в некоторых странах, валидация в сравнении с другими межстрановыми выборками позволяет предполагать, что SHARE – это сегодня самый лучший имеющийся источник.

Исследование SHARE предлагает сравнимые проспективные данные из одного источника, позволяющие оценивать показатели смертности в разбивке по возрасту и полу в соотношении с индикаторами социально-экономического статуса для 11 европейских стран, что дает возможность анализировать бремя несправедливых различий в уровнях смертности. По оценкам, 19% смертности среди мужчин и 16% среди женщин в возрасте 50 лет и старше в этих странах можно было бы предотвратить, если бы не существовали различия по уровням смертности в разбивке по квинтилям дохода. Это не означает, что все учтенные случаи смерти предотвратимы путем принятия разумных мер, иными словами – что они являются отражением несправедливостей в отношении здоровья, однако это дает указание на человеческие издержки неравномерных уровней смертности. Значительная доля этого бремени смертности в большей степени коррелирует с общим социальным градиентом, чем концентрируется среди наиболее неблагополучных групп. Так, например, если уровень смертности в самом бедном квинтиле такой же, как и во втором от конца, это принесет лишь 1%-ное снижение смертности в изучаемых странах. На основе расчетов ЦСЖ по сохраненным годам жизни, однако, показано, что эта, хотя и низкая цифра дает существенную экономию в денежном отношении – 88 млрд евро в странах, включенных в анализ. Денежный эквивалент экономической выгоды от устранения различий в смертности между всеми квинтилями по доходу составляет свыше 3800 млрд евро.

### 6.4.3 Экономические данные о балансе издержек и выгод

Имеется два типа экономической аргументации в поддержку действий, направленных на сокращение несправедливостей в отношении здоровья:

- исследования экономического бремени, посвященные человеческим и финансовым издержкам несправедливостей в отношении здоровья, как это было описано выше;
- изучение экономической оценки издержек и выгод от конкретных действий, направленных на несправедливости в отношении здоровья.

Исследования, которые посвящены финансовому бремени несправедливостей в отношении здоровья, могут отвлекать от более важных проблем, относящихся к страданиям людей, однако обеспечивают реалистичный метод количественного выражения компромиссного баланса «справедливость–эффективность» в сравнении конкретных действий, направленных на снижение несправедливостей в отношении здоровья. Анализ соотношений «расходы–эффективность» (cost-effectiveness analysis, CEA) и «расходы–выгода» (cost-benefit analysis, CBA) при конкретных вариантах стратегий может дать сбалансированное и более объективное представление о природе, масштабах и важности любых стратегических компромиссов.

В основе одного из реалистичных методов оценки экономического бремени несправедливостей в отношении здоровья, применяемых в этих целях, лежит понятие субъективной ценности потерянных лет жизни в результате описанных выше социально-экономических различий. Эту ценность трудно измерить, но в норме она существенно превышает оценки экономической выгоды в форме дополнительного заработка (скромного для наименее обеспеченных групп) или экономии расходов на здравоохранение (которые также трудно количественно оценить).

Свидетельство об экономическом бремени человеческих и финансовых издержек от несправедливостей в отношении здоровья можно использовать для того, чтобы ответить на первый вопрос: «Почему нас должны беспокоить несправедливости в отношении здоровья?», оставляя открытым второй вопрос: «Что необходимо делать в связи с несправедливостями в отношении здоровья?» Отвечая на этот важный последующий вопрос, необходимо иметь достоверные свидетельства относительно издержек и пользы от конкретных стратегических действий. Стандартные результаты CEA и CBA сосредоточены на общих показателях здоровья и благополучия населения (эффективности) и не учитывают внутренние соображения справедливости в их распределении, тем не менее их можно использовать в поддержку действий, направленных на несправедливости в отношении здоровья, путем рассмотрения вопросов, связанных с потенциальным компромиссным балансом между справедливостью и эффективностью. Достоверные результаты CEA и CBA могут помочь парировать дезориентирующие заявления относительно различных вредных и необоснованных скрытых издержек от действий по влиянию на несправед-

ливости в отношении здоровья, поскольку дают более четкую, сбалансированную и научно обоснованную картину.

Достоверные данные CEA относительно стратегии и профилактики болезней можно с легкостью получить из онлайн-репозитория с контролем качества, таких как глобальный источник ВОЗ CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost Effective) (631), Национальный институт здравоохранения и клинических доказательных данных (Соединенное Королевство, Англия) или Целевая группа по профилактическим службам (США). Достоверные фактические данные CBA о стратегиях за пределами сектора здравоохранения получить труднее, однако полезным открытым онлайн-репозиторием исследований, ориентированных на США, является Институт публичной политики штата Вашингтон. Необходимо разрабатывать подобные репозитории и для Европейского региона как часть системы научно обоснованной разработки и мониторинга политики (см. главу 7).

## 6.5

### Устойчивое развитие и здоровье

#### Рекомендация 3(b).

**Планировать на долгосрочную перспективу и защищать интересы будущих поколений путем установления связей между экологическими, социальными и экономическими факторами и их центральной роли во всех направлениях политики и практики**

#### Конкретные действия

- Обеспечить применение в отношении всех стратегий принципов устойчивого развития, принимая во внимание фактические данные о том, как развитие в прошлом влияет на нынешнее и будущие поколения.
- Включать в экологические стратегии на всех уровнях оценки справедливости в отношении здоровья, касающиеся нынешнего и будущих поколений.
- Внедрять налогово-бюджетные стратегии, направленные на улучшение ценовой доступности и устойчивого поддержания здорового питания:
  - добиваться того, чтобы стоимость питательного и стабильно воспроизводимого рациона отражалась в расчетах минимального уровня жизни для всех;
  - основывать стратегии в области сельского хозяйства на принципах справедливости и устойчивости и добиваться того, чтобы они способствовали доступу для всех к безопасной, приемлемой по стоимости, питательной пище, а также устойчивости и справедливости систем продовольственного снабжения.



### 6.5.1

#### Введение

Усилия по сокращению несправедливостей в социальных детерминантах здоровья, содействию устойчивому развитию и смягчению (митигации) изменения климата взаимосвязаны. Стратегии по таким вопросам, как создание более протяженных и высококачественных зеленых зон, содействие физически активному передвижению и совершенствование теплоизоляции зданий влияют друг на друга и часто взаимно усиливаются.

Решение задач по смягчению изменения климата и сокращению несправедливостей в отношении здоровья нередко требует одних и тех же действий. Как показано в разделе 6.1, оба эти направления имеют долгосрочный характер. Сокращение несправедливостей в отношении здоровья и уменьшение влияния изменений климата требуют долгосрочных устойчивых действий, нацеленных не только на улучшение здоровья для той или иной численности людей в непосредственном будущем, но также на достижение существенных и устойчивых результатов на длительный период в масштабах всего Региона.

В данном обзоре поддерживаются следующие принципы устойчивого развития: содействие существованию без экологических ограничений, обеспечение прочного, здорового и справедливого общества, достижение устойчивой экономики, ответственное использование высококачественных научных данных и развитие разумного стратегического руководства (632). Другой подход, который вытекает из принципов устойчивого развития, – это признание того, что требования и потребности будущих поколений имеют жизненно важное значение и необходимо развивать и усиливать межпоколенческую справедливость; более подробно это обсуждается в разделе 6.6.

### 6.5.2

#### Влияние на природную среду

Повышение уровня выброса парниковых газов, изменение климата и истощение природных ресурсов, по всей вероятности, имеют негативные и потенциально катастрофические последствия для здоровья человека. Эти проблемы имеют глобальный характер, однако различные регионы мира, и в том числе Европа, подвергаются различной степени воздействия, причем в одних регионах негативные изменения наступят быстрее и в более остром плане, чем в других. Некоторые влияния на здоровье являются прямым следствием изменения природной среды, в то время как другие возникают косвенным образом в результате усилий по смягчению (митигации) изменений климата путем сокращения выбросов парниковых газов. В рамках митигации необходимо сократить средний объем выбросов на душу населения с 11–12 тонн (сегодняшние показатели в Европе) до значений не выше

2 тонн (633). Это потребует интенсивных и устойчивых действий государственных органов на всех уровнях. Без подобных действий человеческое сообщество не сможет выжить, уже не говоря о том, чтобы улучшить здоровье или сократить несправедливости в отношении здоровья.

#### Последствия изменений природной среды для здоровья людей

Состояние природной среды планеты – это важная мощная детерминанта здоровья, оказывающая на него как прямое, так и косвенное влияние. Глобальное потепление, утрата биоразнообразия, загрязнение атмосферы, почвы и воды и истощение природных ресурсов – все это может оказывать негативное воздействие на здоровье сегодня и во все большей степени в будущем. Эти эффекты могут носить кумулятивный характер и в ряде случаев являются необратимыми.

Прямое влияние изменения климата на здоровье может быть связано с учащением и повышением интенсивности экстремальных погодных явлений, ведущих, например, к наводнениям и засухам, а также к аномальной жаре и холодам. Соответственно различаются и воздействия на здоровье. Речь может идти о таких последствиях, как утопления, травмы, респираторные заболевания, шок, гипотермия, остановка сердца, раневая инфекция, аллергии, желудочно-кишечные инфекции, инфекции уха, горла и носа, водные и трансмиссивные инфекции, недостаточность питания, экономическое неблагополучие и бедность, разрушение семейных и других социальных связей, стресс, тревога, вынужденное переселение и повышенная восприимчивость к другим психосоциальным расстройствам, а также нарушение доступа к услугам здравоохранения и другим важным службам.

Непрямые последствия для здоровья могут быть связаны с повышением стоимости пищевых продуктов, водоснабжения, бытового энергоснабжения и моторного транспорта, неудовлетворительным отоплением помещений и сниженной мобильностью (особенно среди групп с низким доходом), сниженным уровнем потребления определенных товаров, а также с повышением тревоги, бедностью, снижением мобильности и безработицей.

Изменение климата и истощение природных ресурсов неизбежно по-разному повлияют на различные территории Европы (637). Северные регионы, например, могут даже получить пользу от снижения потребности в энергии для отопления в зимний период, повышения урожайности сельского хозяйства и роста туризма, однако там имеется более высокий риск экстремальных погодных явлений, сокращения природных рыбных запасов и возникновения новых трансмиссивных болезней.



## Несправедливости

Изучение примера из практики Уэст-Мидлендс свидетельствует о том, что люди, находящиеся в относительной бедности и обладающие меньшими возможностями, будут, по всей видимости, страдать в первую очередь и в наибольшей степени (635). Там, где целью является сокращение несправедливостей в отношении здоровья, приоритетом должна быть защита природных ресурсов и сведение к минимуму негативных влияний экологических нарушений, особенно для тех, кто живет в бедности и имеет ограниченные возможности, а также стремление не допустить достижения «критической точки», когда некоторые или все аспекты экологического ущерба начнут необратимо и стремительно ухудшаться. Глобальное потепление может, к примеру, вызывать засуху и последующий неурожай на определенных территориях, что приведет к потере средств существования, бедности и ухудшению качества питания для всех проживающих там людей, что в свою очередь может ослаблять здоровье беременных женщин и приводить к тому, что дети будут чаще болеть в раннем детском возрасте и в последующий период и, таким образом, у них будет меньше шансов вырасти здоровыми людьми и в дальнейшем стать заботливыми родителями.

Ответственность за изменение климата и другие формы экологического ущерба лежит главным

### **Пример из практики: прогнозирование последствий изменения климата**

Обсерватория общественного здравоохранения региона Уэст-Мидлендс в Соединенном Королевстве опубликовала результаты местной оценки проблем, связанных с изменением климата. Сделаны выводы, что больше всего от изменений климата пострадают наименее материально обеспеченные территории региона, и при этом были выявлены следующие проблемы: повышенный риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (вследствие удлиненных периодов аномальной температуры воздуха), случаи респираторных заболеваний (вследствие повышения уровней озонного загрязнения), тепловой удар (особенно для проживающих в плохо вентилируемых многоэтажных зданиях), повышенный риск наводнений в некоторых районах; рост цен на пищевые продукты и горючее, потенциально ведущий к сокращению потребления полноценных пищевых продуктов, поскольку менее обеспеченное население не сможет их себе позволить; повышение стоимости топлива, которое может оказать финансовое давление на жителей сельских регионов с ограниченным наличием необходимых услуг вблизи мест проживания (634).

образом на богатых странах и на группах с более высоким уровнем дохода внутри стран. Однако механизмы устойчивого развития необходимо внедрять и в странах Региона с низким и средним уровнем дохода. Эти механизмы позволят им достигать экономического благополучия и сокращения несправедливостей в отношении здоровья и послужат альтернативой по отношению к углеродоемким, зависимым от экономического роста путям, по которым идут страны с высоким уровнем дохода. Негативные последствия экологического ущерба в большей степени падают на менее обеспеченные страны и на группы с более низким доходом внутри стран, которые меньше всего ответственны за эти негативные воздействия, а также более тяжким бременем ложатся на будущие поколения (которые вообще ни в чем не виноваты). Семьи с более низким уровнем дохода в гораздо меньшей степени нарушают экологию – градиент в бытовых выбросах парниковых газов тесно связан с градиентом дохода (500). Различные уровни уязвимости к рискам для здоровья, связанные с экологическим ущербом, привязаны к локализации, времени и экономическим, политическим и культурным условиям.

### **6.5.3**

#### **Сельское хозяйство, пищевые продукты и здоровье**

Системы продовольственного обеспечения имеют тесные взаимосвязи со здоровьем и окружающей средой, которые варьируют между странами и внутри стран. Изменение климата и истощение ресурсов будет все в большей степени влиять на урожайность и питательные свойства выращиваемых сельскохозяйственных культур, а также на наличие и ценовую доступность пищевых продуктов (633, 636) с диспропорциональным ущербом для социально неблагополучных групп (637). Доступ к недорогостоящей высококачественной пище – это важная детерминанта здоровья, так же как и неравный доступ – это ключевая детерминанта несправедливостей в отношении здоровья. Во многих странах Восточной Европы неадекватные системы снабжения не позволяют получать по невысоким ценам свежие пищевые продукты вне сезона, а это означает, что люди потребляют овощи в консервированном виде, а мясные продукты – в высокопереработанной форме; в обоих случаях применяются большие количества поваренной соли и селитры (40).

Характер питания людей влияет не только на здоровье, но и на природную среду. Сокращение потребления мяса и молочных продуктов, снижение объема пищевых отходов и потребления жирных и сладких пищевых продуктов внесет наибольший вклад в улучшение здоровья и сокращение экологического ущерба от систем продовольственного обеспечения. Снижение

потребления насыщенных жиров, особенно из мясных и молочных продуктов, – это хорошо обоснованная рекомендация для улучшения здоровья в целях сокращения предотвратимых заболеваний, связанных с характером питания, при условии учета других факторов, таких как достаточное потребление железа.

Сельскохозяйственная политика и практика, включающие характеристики землепользования и владения земельными ресурсами, могут оказывать значительное влияние на системы продовольствия и на показатели здоровья. Так, в Польше сокращение субсидий на производство продуктов питания животного происхождения, таких как сливочное масло и сало, привели к переходу от насыщенных жиров к полиненасыщенным (638,639), главным образом через потребление растительных масел на рапсовой и соевой основе. Это, в свою очередь, содействовало сокращению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в период между 1991 и 2002 гг. более чем на 25% (638,639), что нельзя полностью объяснить только увеличением потребления фруктов или сокращением курения (640). Однако реализуемые стратегии могут порой иметь нежелательные последствия, фактически обостряющие несправедливости в отношении здоровья.

### Несправедливости

Малообеспеченные семьи тратят более значительную долю своего дохода на пищевые продукты и сильнее всего страдают от колебаний цен на продукты питания, частично зависящих от воздействия экологических факторов. Это нередко становится причиной менее полноценного характера питания с негативными последствиями для здоровья.

В целом, материально более обеспеченные страны характеризуются более углеродоемким характером питания, при котором используется больше упаковочных материалов, расходуется больше энергии при производстве и образуется больше отходов. В то время как материально обеспеченные группы в целом потребляют больше, потребление нуждающимися социальными группами в более богатых странах часто менее энергоэффективное. Эти люди, как правило, употребляют высокопереработанные пищевые продукты, обладающие более выраженным углеродным следом; в их пище также содержится больше жиров, сахара и искусственных добавок, что в целом наносит вред здоровью (за счет повышения риска ожирения и диабета (637)), а также окружающей среде.

По оценкам Европейской комиссии, в 2009 г. в странах ЕС 43 млн человек были подвержены риску продовольственной бедности (645), и при этом их число растет из-за более высоких и неустойчивых цен на пищевые продукты, что впоследствии усугубляет несправедливости

### Пример из практики: биотопливо

Биотопливо (культуры, выращиваемые в качестве источников энергии) может снижать выбросы парниковых газов, но также усугубляет несправедливости в отношении здоровья путем отвлечения сельскохозяйственных ресурсов от производства пищевых продуктов. Биотопливо уже привело к нестабильности продовольственного обеспечения (641). По подсчетам Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО), производство биотоплива (в условиях текущей государственной политики) в период с 2013 по 2017 г. вызовет повышение средних цен на пшеницу, кукурузу и растительное масло соответственно на 5%, 7% и 19% (642,643). Промышленность, использующая в качестве биотоплива такие культуры, как кукуруза, оценивается как направленная «против интересов людей, которым нужны пищевые продукты» (644). Рост цен на пищевые продукты, по всей вероятности, усугубит несправедливости в отношении здоровья, связанные с характером питания, при которых все большее число людей смогут приобретать лишь самые дешевые виды пищи, часто представленные высококалорийными, значительно переработанными видами продуктов и повышающие риск ожирения и диабета (637). В Европе лидирующими производителями биодизельного топлива являются Германия, Италия и Франция. Некоторые страны, в частности США, используют внутренние субсидии и тарифы, для того чтобы повысить прибыльность определенных видов биотоплива (644).

в отношении здоровья, связанные с характером питания. Малообеспеченные семьи имеют возможность приобретать лишь самые дешевые источники калорий, и в бедных районах часто ограничен доступ к полноценной и недорогостоящей пище (646). Высококалорийные и значительно переработанные продукты легко доступны во многих европейских странах. Исследования в 13 европейских государствах показали, что свыше 40% случаев ожирения среди женщин и свыше 20% среди мужчин связаны с различиями в социально-экономическом статусе (291). Ожирение и избыточная масса тела среди детей в Европе также коррелирует с более низким социально-экономическим статусом родителей, особенно матерей (291).

### Характеристики развития в странах с переходной экономикой

Различные виды земельной реформы в постсоветских странах оказывают различное влияние на экономическое состояние сельских жителей и на системы сельскохозяйственного производства и социального обеспечения. В некоторых наиболее бедных переходных странах, таких как Албания,

### **Пример из практики: Швеция – маркировка пищевых продуктов информацией о влиянии на изменение климата**

Несмотря на наличие фактических данных и внимание СМИ к проблеме изменения климата, нет четких сведений о том, учитывают ли потребители вопросы экологической устойчивости, когда приобретают пищевые продукты. Шведская организация KRAV, которая разрабатывает стандарты по экологическим продуктам питания, в 2006 г. приступила к реализации проекта по внедрению маркировки пищевых продуктов с информацией, касающейся изменений климата. Была создана система сертификации в сотрудничестве с партнерами из Федерации шведских фермеров и ряда крупных шведских компаний – производителей пищевых продуктов. Нанесение маркировки носит добровольный характер, стандарты были введены в 2009 г. Сертификация по проблеме климата охватывает цепочку производства продуктов питания от фермы до магазина и включает процессы доставки и упаковки. Она применяется к ограниченному набору продуктов, включая мясо, рыбу, молоко, парниковые овощи, а также используется отдельными ресторанами. Инициатива маркировки сопровождалась кампанией по информированию и просвещению населения, а также выпуском новых рекомендаций по питанию, в которых учитывалась и проблема выбросов двуокиси углерода. Например, рекомендовалось употреблять морковь вместо огурцов и помидоров, поскольку последние выращиваются в отапливаемых парниковых помещениях, что приводит к большому выбросу парниковых газов. Эта инициатива также направлена на предприятия пищевой промышленности в целях принятия мер по сокращению выбросов парниковых газов при производстве пищевых продуктов.

Армения, Таджикистан и Республика Молдова, землю распределяли небольшими участками. Имеется указание на то, что это привело к сдвигу в сторону семейного трудоинтенсивного сельскохозяйственного производства, где нет значительного числа альтернативных возможностей найма, с «относительно молодой, динамичной рабочей силой, которая приступает к ведению семейного фермерского хозяйства на вновь полученной земле» (647). В противоположность этому, страны Центральной Европы с более высоким уровнем дохода, такие как Чешская Республика, Словакия и Венгрия, консолидировали в больших масштабах капиталоемкое приватизированное фермерство. Это привело к значительному оттоку рабочей силы из сельскохозяйственного сектора, но потеря работы была в какой-то мере компенсирована предоставлением социальных пособий. Такие страны, как Болгария и Литва, также

развили крупное капиталоемкое фермерство, однако предоставляют гораздо более скудную социальную защиту работникам в случае увольнения. В этих ситуациях и в условиях конкуренции со стороны крупных ферм семейное фермерство стало малопривлекательным для молодых людей. Многие из них переместились в города, и на селе осталось лишь незначительное число стареющего и бедного населения (647).

Эти модели развития влияют на ту степень, в какой жители различных стран могут строить здоровые и устойчивые системы продовольственного обеспечения и в какой мере они способны к самодостаточности в производстве пищевых продуктов. Творческие подходы к местному производству здоровых пищевых продуктов можно более успешно развивать на основе примеров местной практики в СЦВЕ, вместо того чтобы пытаться копировать западно-европейские системы продовольственного обеспечения.

## **6.6 Межпоколенческая справедливость**

### **6.6.1 Введение**

Понятие «межпоколенческий» (intergenerational) относится к взаимосвязям и переходам между различными поколениями. Они включают не только сегодняшние молодые и более пожилые поколения, но также и будущие поколения. Sen (648) утверждает, что будущие поколения в не меньшей степени, чем настоящие, должны иметь возможность пользоваться жизнью, которую они имеют основания ценить. Потомственное закрепление неблагополучия недопустимо, однако озабоченности в связи с прогнозами для будущих поколений не должны вызывать уменьшение внимания к насущным проблемам ныне живущих нуждающихся групп населения. Принцип универсализма требует равного внимания к обоим аспектам. В обзоре подчеркивается важность политики и действий с учетом принципов справедливости внутри поколений и между поколениями.

В настоящем обзоре рассматриваются три аргумента в пользу продвижения принципа межпоколенческой справедливости:

- во-первых, этот подход имеет прочное обоснование в соответствующих международных соглашениях и законах;
- во-вторых, на практике невозможно влиять на глубинные причины несправедливостей в отношении здоровья без рассмотрения проблемы переноса рисков для здоровья между поколениями; это неизбежно затрагивает возможности переноса от нынешнего поколения к будущим (см. обсуждение в главе 4);

- в-третьих, потенциально катастрофическая природа экологических угроз здоровью человека и благополучию обуславливает постановку вопроса о межпоколенческой справедливости в центр любых начинаний, направленных на улучшение здоровья и сокращение несправедливостей в отношении здоровья.

В главе 4 были рассмотрены проблемы межпоколенческого переноса несправедливостей от родителей к детям и внукам, а также необходимость действий с охватом всех этапов жизни для учета потребностей последующих поколений в Европе. Уточнения все еще требует вопрос, существует ли этот риск для будущих поколений, которые еще не рождены, чтобы они тоже могли «полностью реализовать свой потенциал здоровья и благополучия», и если такой риск есть, то в какой мере можно сгладить потенциальные конфликты между интересами различных поколений.

Рассмотрение этого вопроса требует прежде всего анализа непосредственного обоснования и его правовых и философских основ, и лишь после этого рассмотрения некоторых основных аргументов против межпоколенческого равноправия и установления баланса между противоположными мнениями.

## 6.6.2

### **Законодательное обоснование: международные соглашения и правоприменительная практика**

В преамбуле *Всеобщей декларации прав человека* (649) провозглашается, что «признание достоинства, присущего всем членам человеческой семьи, и равных и неотъемлемых прав их является основой свободы, справедливости и всеобщего мира». Понятие «всех членов человеческой семьи» несет в себе хронологический аспект, который объединяет все поколения, а «равные и неотъемлемые права» означают фундаментальное равенство всех поколений человеческой семьи. Это подход также находит свое отражение в таких документах, как *Устав Организации Объединенных Наций* (650), *Международный пакт о гражданских и политических правах* (13) и *Конвенция о правах ребенка* (573).

В *Декларации об ответственности нынешних поколений перед будущими поколениями* (651) записано: «На нынешних поколениях лежит обязанность обеспечивать всестороннюю защиту потребностей и интересов нынешних и будущих поколений». Текст *Декларации принципов международного культурного сотрудничества* (652) гласит, что «каждая культура обладает достоинством и ценностью, которые следует уважать и сохранять», а также что «все культуры являются частью общего достояния человечества». Как отметил Weiss (650), если нынешнее поколение пользуется правом эксплуатировать природные и культурные ресурсы за счет благополучия будущих

поколений, это противоречит принципам, заложенным в *Уставе Организации Объединенных Наций*.

Возражения против обеспечения межпоколенческой справедливости включают следующие аргументы.

- **Рыночные подходы.** Апологеты либерального рыночного подхода утверждают, что свободно функционирующие рынки, не связанные международным законом или государственными мерами, продуцируют результаты, которые по своей сути всегда справедливы. Поэтому требуется не проводить государственные вмешательства, направленные на соблюдение межпоколенческой справедливости, а расширять права собственности на землю и другие природные ресурсы, так чтобы граждане могли предпринимать действия в своих интересах, гарантирующие сохранение цены своей собственности.

- **Неопределенность будущего.** Трудности, связанные с прогнозированием будущего, означают невозможность «планировать» соблюдение справедливости для будущих поколений.

- **Будущие права.** Еще не рожденные поколения не могут рассчитывать на то, чтобы иметь права на справедливое отношение уже сейчас, поскольку они не могут их потребовать или проголосовать за то, чтобы изменить их в настоящем (653). Также они не могут требовать каких бы то ни было компенсаций от предшествующих поколений. Некоторые заключают, что в отсутствие прав, которые можно заставить соблюдать, обязанности и ответственность по отношению к будущим поколениям являются слабыми и непоследовательными, что лишает смысла концепцию справедливости.

В то время как эти аргументы заслуживают определенного внимания, их необходимо соотносить с теми, которые приводились ранее в этом докладе, а именно:

- международные соглашения, которые предусматривают обязанности по соблюдению справедливости между поколениями;
- внимание в данном обзоре к вопросам экологической устойчивости;
- равноправное распределение социальных детерминант здоровья, что включает предупреждение передачи рисков для здоровья между поколениями;
- долгосрочные, глобальные, потенциально катастрофические последствия изменения климата и деградации окружающей среды;
- аргументы в пользу хронологической нейтральности при анализе вопросов справедливости;
- необходимость наличия стандарта условий жизни, которые поддерживают здоровье.



Проблемой остаются вопросы, связанные с разрешением конфликта интересов между поколениями. И это выводит нас на вторую область (указанную выше), в связи с чем требуется разъяснение.

Понятие межпоколенческой справедливости предполагает, что требования и интересы различных поколений могут вступать в конфликт или конкурировать друг с другом. Принятие решений о том, как достичь справедливого равновесия между ними, включает учет всех соответствующих факторов и суждение о них в соответствии с избранными критериями. Это не означает, что все поколения нужно рассматривать абсолютно одинаковым образом. И это в большей степени вопрос оценки, чем научных доказательств.

В главе 2 и в отчете целевой группы обсуждалась аргументация в пользу подхода к воздействию на социальные детерминанты здоровья на основе прав человека (9). Если распространять права человека на будущие поколения, то принцип межпоколенческой справедливости будет заключаться в том, что необходимо искать пути для соблюдения прав нынешних поколений без нарушения прав будущих и наоборот.

Накапливается большой массив правовой теории и практики, относящейся к межпоколенческой справедливости, который в основном сосредоточен на вопросах сохранения окружающей природной среды для будущих поколений. В документе, подготовленном в 2008 г. для лаборатории по правам человека при Юридической школе Гарвардского университета, содержится полезная сводная информация о соответствующих правовых и квазиправовых механизмах (654). Авторы приводят многочисленные правовые источники, в которых указывается на то, что современные поколения, будучи в долгу перед потомками, обязаны активно действовать. Некоторые однозначно признают наличие прав у будущих поколений. Правовые системы также продвигают вопросы межпоколенческой справедливости посредством концепций опеки или попечительства (guardianships, trusteeships), которые частично пересекаются с понятиями долга и прав (654).

Правовые механизмы, которые предлагают возможности для защиты интересов будущих поколений, можно обобщить следующим образом:

- суды могут использовать законодательные инструменты для учета важности вопросов межпоколенческой справедливости, принимать к рассмотрению иски от тех, кто представляет интересы будущих поколений, а также обеспечивать контроль действий государства в отношении будущих поколений;
- омбудсмены могут проводить обзор и предоставлять консультации по экологическим стратегиям с учетом межпоколенческой справедливости и служить посредниками между

государством и представителями будущих поколений;

- наконец, могут назначаться «опекуны», представляющие будущие поколения так же, как они представляют другие группы населения, лишенные самостоятельного голоса в конкретных ситуациях, таких как переговоры и судебные разбирательства.

### 6.6.3 Механизмы осуществления межпоколенческой справедливости: примеры действующей практики

В этом разделе описаны некоторые работающие в настоящее время механизмы по осуществлению межпоколенческой справедливости с соответствующими ссылками на конституциональные декларации, постановления Международного суда и других учреждений, действующих в данной области в Регионе. Несмотря на то что эти механизмы в первую очередь касаются экологической межпоколенческой справедливости, данные принципы могут распространяться более широко на межпоколенческую справедливость в социальных детерминантах здоровья, поскольку они взаимно поддерживают и укрепляют друг друга.

#### Конституционные гарантии

Норвегия, Япония и Многонациональное государство Боливия являются примерами стран, где в конституции провозглашена необходимость гарантий прав будущих поколений в отношении окружающей среды и климата. В конституции Норвегии записано:

*Каждый гражданин имеет право на такую окружающую среду, которая способствует его здоровью, и на такую природную среду, чья производительность и разнообразие поддерживаются. Природные ресурсы следует использовать на основе всесторонних долгосрочных соображений, так чтобы это право было гарантировано также и для будущих поколений.*

#### Международный суд

В ряде постановлений Международного суда констатируется, что нынешние поколения должны гарантировать интересы будущих поколений. Так, в судебном прецеденте *Дания против Норвегии*, который рассматривался в 1993 г., судья Christopher Weeramantry изложил в своем особом мнении, что уважение к «элементарным составляющим наследия для последующих поколений диктует правила и отношения на основе концепции равноправного совместного пользования как в горизонтальном плане в отношении живущего поколения, так и вертикально, для пользы последующих поколений».

Тремя годами позже Международный суд применил эти правовые предписания в своем «Консультативном мнении о легальных аспектах угрозы



использования ядерного оружия», последствия которого для будущих поколений расценены в качестве важного фактора. Большинство признало следующее: «Разрушающую силу ядерного оружия нельзя ограничить ни в пространстве, ни во времени... Кроме того, использование ядерного оружия может представлять серьезную опасность для будущих поколений» (655).

В 1997 г. в деле, рассматриваемом в Международном суде относительно проекта Габчиково–Надьмарош по строительству дамб и шлюзов на р. Дунай, судья Weeramantry запротоколировал опасения для будущих поколений ряда континентов: «...земля не является предметом ответственности человека, но она лишь дается в пользование со всеми оговорками, которые следуют в отношении необходимого ухода, разумного управления и сохранения для будущих поколений» (654).

### **Коммюнике Европейской комиссии о принципе предосторожности**

Принцип предосторожности заключается в следующем: если подозревается, что действия или стратегии влекут риск нанесения вреда для общества или для окружающей среды, но научный консенсус по данному вопросу не достигнут, то обязанность по доказательству безвредности данных действий или стратегий ложится на тех, кто их осуществляет. Европейская комиссия издала коммюнике о принципе предосторожности (656), в котором утверждена процедура по использованию этой концепции без предоставления детального определения. Пункт 2 статьи 191 Лиссабонского договора (657) гласит:

*Союзная политика по вопросам окружающей среды нацелена на высокий уровень защиты с учетом разнообразия ситуаций в различных регионах Союза. В основе этой политики – принцип предосторожности, а также положения о том, что необходимо предпринимать предупредительные действия, что нанесение ущерба окружающей среде следует исправлять в приоритетном порядке у его источника, и что тот, кто загрязняет окружающую среду, должен платить.*

После принятия коммюнике Европейской комиссии по принципу предосторожности этот принцип также стал использоваться при составлении различных стратегий ЕС, в том числе в областях, выходящих за рамки экологической политики.

### **«Комитет во имя будущего» в Финляндии**

«Комитет во имя будущего» был создан в 1992 г., когда эдускунта (финский парламент) принял резолюцию, требующую от правительства представлять доклад о долгосрочных действиях и вариантах развития страны, а также устанавливающую, что аналогичный «доклад о будущем» должен выноситься на рассмотрение по крайней

мере один раз в течение каждого избирательного цикла. В 2000 г. комитет стал постоянно действующим, с общей задачей «проведения активного и генерирующего инициативы диалога с правительством об основных проблемах будущего и путях их разрешения» (658).

По свидетельствам самого комитета, он проводит обсуждения и форумы во всех регионах Финляндии, используя итеративные методы исследования, новые технологии обработки данных и международные сравнительные исследования, помимо этого, заслушивает мнения «молодых и пожилых людей, а также граждан, обладающих опытом публичных обсуждений». Его специальные задачи включают следующее:

- подготовка документов для парламента, включая отзывы на доклады о будущем, подготовленные правительством;
- обсуждение будущих факторов и моделей развития;
- анализ научных исследований по проблемам будущего, включая вопросы методологии;
- работа в качестве парламентского органа, ответственного за оценку технологического развития и влияния науки и технологии на общество.

Доклады о будущем включают основные глобальные экологические и другие структурные проблемы, влияние европейских процессов на Финляндию, факторы, обуславливающие конкурентоспособность и успех Финляндии, а также вопросы регионального развития (659). Тема доклада о будущем на электоральный цикл 2007–2011 гг. – это климат и энергия.

Комитет также взял на себя активную роль в разработке независимых инициатив и публикует собственные доклады о будущем Финляндии. Одна из ключевых целей – обновление механизмов демократии, в отношении чего комитет выдвинул ряд предложений (660).

### **Верховный представитель (комиссар) парламента Венгрии по вопросам будущих поколений**

Венгрия учредила пост парламентского верховного представителя по будущим поколениям в 2007 г. К началу 2010 г. на его имя поступило 400 обращений от общества и под его эгидой было проведено 97 расследований, многие из которых относились к вопросам планирования, шума и загрязнения воздуха. Доклады верховного представителя по результатам расследований направляются в соответствующие государственные органы. Он также вовлечен в консультации и разработку предложений по правовым вопросам.

Задача верховного представителя – «обеспечить защиту фундаментального права на здоровую окружающую среду» (661). Защищать интересы

будущих поколений – это важная часть его уставной роли и полномочий по расследованию.

### **Комиссия по будущим поколениям в Израиле**

Кнессет, парламент Израиля, в марте 2001 г. учредил Комиссию по будущим поколениям в целях защиты потребностей и прав будущих поколений с особым вниманием к созданию «аспекта будущего, который будет включен в первичное и вторичное законодательство государства Израиль» (662).

Сфера деятельности комиссии включает природные ресурсы, образование, здравоохранение, технологию, правосудие, развитие, демографию, а также любые другие вопросы, которые имеют особое значение для будущих поколений в соответствии с решением израильского Комитета по конституции, законодательству и правосудию.

### **Подкомитет по будущему развитию в Латвии**

Подкомитет по будущему развитию Латвии был создан в 2003 г. и состоит из 13 членов, представляющих все группы латвийского парламента. Документ парламента описывает его задачи следующим образом:

- составить проект единого документа по будущему развитию Латвии, включая формулирование перспективного видения Латвии на период 15–20 лет, который будет способствовать устойчивому развитию Латвии и укреплять социальное обеспечение и безопасность каждого члена общества;
- развивать сотрудничество с различными публичными учреждениями, учеными, молодежью и другими членами общества и работать совместно в поисках возможностей для обеспечения ускоренного развития Латвии и повышения ее конкурентоспособности;
- проводить и заслушивать лекции по различным темам, которые важны для науки и экономики, и таким образом служить полезным источником информации для достижения целей, поставленных членами парламента (659).

Описанные выше механизмы были разработаны главным образом для обеспечения межпоколенческой справедливости и устойчивости по экологическим вопросам, однако эти принципы могут применяться более широко и включать, например, социальные детерминанты здравоохранения в более общем плане.

### 7.1

#### Исходные данные

Воздействие на социальные детерминанты здоровья требует разработки и внедрения стратегий, мероприятий и нормативно-правовой базы, с помощью которых можно повлиять на нормы, ценности и поведенческие аспекты на уровне стран, сообществ и индивидуумов. Частично эта работа ведется в структурах и системах стратегического руководства на всех уровнях: местном, региональном, национальном и международном. Хотя для обеспечения комплексного воздействия на социальные детерминанты здоровья необходим общегосударственный подход, многие меры могут быть предприняты со стороны отдельных секторов, таких как здравоохранение, социальная защита, финансы и окружающая среда, а также на различных географических уровнях.

Чтобы обеспечить эффективность таких мер, системы должны быть в состоянии собирать и использовать фактические данные и отслеживать полученные результаты. Данные анализа и оценки результатов действующих стратегий позволяют дорабатывать эти стратегии и планировать новые меры, прогнозируя их эффекты.

Настоящий раздел посвящен таким темам, как стратегическое руководство в поддержку справедливости в отношении здоровья, тип систем здравоохранения, необходимый для предупреждения и решения проблем несправедливостей в отношении здоровья, а также системы обработки данных и мониторинга, составляющие неотъемлемую часть работы по сокращению несправедливостей в отношении здоровья и воздействия на его социальные детерминанты.

### 7.2

#### Стратегическое руководство

##### Рекомендация 4(а).

**Повысить уровень стратегического руководства в отношении социальных детерминант здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Это требует повышения согласованности действий на всех уровнях государственного управления (международном, национальном, региональном и местном), во всех секторах и среди всех заинтересованных сторон (государственных, частных и добровольных).**

##### Конкретные действия

- (i) Создавать партнерства на всех уровнях государственного управления, в которых реализуются модели совместной работы, поддерживается установление общих приоритетов между секторами и обеспечивается подотчетность в интересах социальной справедливости.
- (ii) Добиваться усиления согласованности действий разных секторов и заинтересованных сторон для достижения:
  - (1) необходимого масштаба действий – увеличения ресурсов, направляемых на исправление ситуации и сокращение несправедливостей в отношении здоровья;
  - (2) долгосрочных инвестиций и устойчивости действий;
  - (3) восходящего выравнивания (по лучшим показателям) градиента в справедливости в отношении здоровья и в социальных детерминантах здоровья.
- (iii) Добиться того, чтобы разные потребности, точки зрения и права человека групп риска по маргинализации и уязвимости признавались и учитывались путем их вовлечения в процессы принятия решений; сопровождать эти действия созданием эффективных механизмов, в достаточной мере обеспечивающих участие и вовлечение всех слоев гражданского общества и консультации с ними.
- (iv) На региональном уровне добиваться, чтобы Региональное бюро и его партнеры в системе учреждений Организации Объединенных Наций в Европе работали вместе, используя Механизм сотрудничества ООН, и могли влиять на содержание международных договоров, касающихся социальных детерминант здоровья.
- (v) Укрепить роль и потенциал ВОЗ для предоставления рекомендаций государствам-членам по вопросам разработки стратегий, касающихся социальных детерминант здоровья, и для активной защиты интересов справедливости в отношении здоровья в других заинтересованных секторах.

## 7.2.1 Введение

Под «стратегическим руководством» (governance) обычно понимаются учреждения, нормы и правила, по которым определяется приоритет той или иной стратегии, ведется ее разработка и внедрение, и в соответствии с которыми функционируют системы подотчетности. В данном обзоре стратегическое руководство рассматривается шире, чем просто свод правил и комплекс бюрократических механизмов. По определению Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) стратегическое руководство – это еще и создание и укрепление властных отношений в обществе (663). По существу, системами стратегического руководства определяется, кто разрабатывает стратегии, как в обществе распределяются ресурсы, как и перед кем органы государственной власти отвечают за свои действия.

Системы стратегического руководства, работающие в направлении сокращения несправедливостей в отношении здоровья через воздействие на социальные детерминанты, должны на всех уровнях повышать подотчетность и способствовать согласованным действиям между секторами и заинтересованными сторонами. Основная цель – выделить приоритетные действия в работе с социальными детерминантами и решении вопросов несправедливостей в отношении здоровья, нарастить новые ресурсы и рациональнее использовать имеющиеся. Все это позволит компенсировать характер и масштабы несправедливостей в отношении здоровья и улучшить ситуацию с распределением детерминант среди населения. Для этого должны быть созданы механизмы стратегического руководства, направленные на достижение справедливости в отношении здоровья и способные обеспечить коллективную работу и ответственность сектора здравоохранения и других секторов, государственных и частных структур и граждан.

Как указано в главе 2, многие детерминанты справедливости в отношении здоровья также являются приоритетными и для других секторов; в качестве примеров названы митигация изменения климата, образование, социальная интеграция и сплоченность, сокращение бедности, повышение жизнестойкости и благополучия сообществ. Стратегическое руководство важно не только для предупреждения и смягчения результатов действий, которые ведут к возникновению несправедливости в отношении здоровья. Оно также повышает возможность того, что здоровье и справедливость в отношении здоровья будут рассматриваться как важные системы, благодаря которым достигаются и другие социальные цели и ценности (общие социальные блага). Такие связи

способствуют более эффективным согласованным межсекторальным действиям, которые, при условии рационального распределения результатов, позволят повысить уровень здоровья и справедливости в отношении здоровья, и при этом будут достигнуты другие желаемые цели, такие, например, как укрепление сообществ, митигация изменения климата и повышение качества образования.

Обзор не ставит своей целью описать идеальную или «наилучшую» структуру стратегического руководства, которую следует принять всем государствам. Вместо этого на основе данных научной литературы и анализа примеров практического опыта, представленных в отчете целевой группы по стратегическому руководству и механизмам реализации (664), в обзоре указаны лишь общие функции, которые должны стать частью страновых механизмов стратегического руководства в целях повышения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты. Таким образом, здесь намеренно даны обобщенные рекомендации, с учетом того, что требуются дальнейшие обсуждения и работа в данной области, чтобы адаптировать данные рекомендации к различиям в процессах выработки политики по причине различий в культуре, традициях и условиях развития в государствах-членах.

## 7.2.2 Стратегическое руководство в интересах здоровья

Стратегическое руководство в интересах здоровья включает в себя:

*...стремление органов государственного управления или других действующих субъектов руководить сообществами, целыми странами или даже группами стран в действиях по достижению здоровья как неотъемлемой составляющей благополучия на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества (20).*

Общегосударственный подход, изложенный в данном обзоре, объединяется с принципом «Учет интересов здоровья во всех стратегиях» в целях обеспечения справедливости в отношении здоровья путем:

- содействия достижению многочисленных полезных эффектов для различных секторов благодаря общим приоритетам, описанным выше;
- включения вопросов справедливости в отношении здоровья в политическую повестку дня на всех уровнях государства и общества.

Стратегическое руководство в интересах здоровья (governance for health) касается политики,

бюджетов и принятия решений, связанных с ответственностью за результаты в сфере здоровья (и желаемые, и нежелательные) на всех уровнях государства и общества, даже если эти результаты стали следствием действий в других секторах. Таким образом, это понятие имеет более широкое значение, чем стратегическое руководство сектором здравоохранения (governance of the health sector). Для сокращения несправедливостей в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты следует использовать даже более широкий подход, в котором отражены концептуальные принципы здоровья в обществе, о чем говорится в главе 2 и в исследовании «Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке» (20), кратко освещенном во вставке 7.1.

- «Стратегическое руководство в интересах здоровья и благополучия» является краеугольным камнем надлежащего руководства в государстве; оно ориентируется на систему ценностей, в которой здоровье является одним из прав человека, глобальным общественным благом, составляющей благополучия и вопросом социальной справедливости.
- Расширенное понимание здоровья включает его трактовку как нового «актива» многих социальных систем; поэтому для охраны здоровья требуется осуществлять действия во многих системах, иногда с участием, иногда без участия сектора здравоохранения.
- Эту реальность отражают общегосударственный подход и принцип участия всего общества, которые, в свою очередь, построены на стратегиях, укрепляющих коллективное государственное управление, координацию и интеграцию и способствующих рассредоточению ответственности за охрану здоровья по всем компонентам государства и общества.
- Стратегическое руководство в интересах здоровья основывается на опыте межсекторальных действий, государственной политики, учитывающей интересы здоровья, и концепции «Учет интересов здоровья во всех стратегиях».
- Действия по улучшению здоровья и сокращению несправедливостей в отношении здоровья требуют нового системного руководства и механизмов осуществления мер, в которых учитываются взаимозависимость, комплексность и потребность в тесном взаимодействии в общественном здравоохранении общегосударственного подхода и принципа участия всего общества.
- Новые системы стратегического руководства и осуществления мер в отношении здоровья, способные улучшить ситуацию с социальными детерминантами здоровья, по своей сути многоуровневые и многоплановые и требуют более активного вовлечения граждан в процесс коллективного наращивания потенциала здоровья.

- Здоровье все чаще признается важнейшим экономическим и социальным активом, который способен приумножить эффект существующих экономических инвестиций, повысить рентабельность, эффективность и производительность труда. Государство играет решающую роль в определении условий, в которых осуществляется стратегическое руководство в интересах здоровья и достигаются результаты в сфере социальных детерминант и справедливости в отношении здоровья (20).

### 7.2.3 Глобальные системы стратегического управления

Множество социальных, технологических, политических и культурных факторов делают эффективное стратегическое руководство на глобальном и национальном уровне более сложной задачей, поскольку «локус контроля» рассеивается между многочисленными структурами общества.

На глобальном уровне, как говорилось в главе 6, правительства стран передали национальный контроль и полномочия некоторых стратегий в зону ответственности международных торговых соглашений, транснациональных корпораций и более широкой законодательной базы, сформированной на основе политических и законодательных союзов. Это демонстрирует то, как политическая приверженность вопросам справедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант формируется под воздействием факторов и организаций за пределами местных и национальных границ. К таким организациям относятся внешние органы, влияющие на приоритеты государственной политики и политическую приверженность, например учреждения ООН, Европейская комиссия, банки развития, а также доноры и фонды, предоставляющие финансовую помощь напрямую или на многосторонней основе. Некоторые аспекты такого влияния могут способствовать поддержанию актуальности проблем несправедливостей в отношении здоровья, а также росту понимания и поддержки действий, направленных на социальные детерминанты и их распределение в обществе. Стимулируя политическую приверженность, они способны придать проблеме политический вес и значимость в рамках процессов принятия решений на местном и государственном уровнях. В качестве примеров можно привести использование открытого метода координации со стороны ЕС в таких вопросах, как интеграция народности рома, социальная защита и демаргинализация, а также использование общих схем развития. Однако влияние факторов за рамками государственных границ может непреднамеренно повлечь и негативные последствия для социальных детерминант (см. главу 6).

Такие тенденции и примеры демонстрируют усиливающуюся связь между процессами



принятия решений внутри страны и за ее пределами и влияют на социальные детерминанты. Kickbusch & Gleicher (20) указывают на растущую взаимозависимость и комплексность решений и их последствий и указывают, когда решения должны приниматься совместно. Все это в высшей степени характерно для стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья, где многие факторы, формирующие типы и масштабы несправедливостей в отношении здоровья внутри страны (в том числе характер трудовой занятости, жилищные и экологические условия, уровень дохода и безопасность, образование и общественные ресурсы), лежат за пределами непосредственного контроля со стороны министерств здравоохранения. На то, как эти факторы распределены в том или ином обществе, могут положительно влиять своими действиями не только министерства здравоохранения, но и другие государственные секторы и заинтересованные структуры (государственные и частные), которые влияют на процессы принятия решений и их результаты на уровне страны. Справедливости в отношении здоровья следует добиваться путем совместных действий множества заинтересованных сторон, на основе решений, принимаемых в различных сферах государственной, корпоративной и общественной жизни.

#### 7.2.4

##### **Принципы стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья**

Kickbusch & Gleicher (20) выделили пять важных характеристик стратегического руководства в интересах здоровья, которые следует учитывать при использовании общегосударственного подхода и принципа участия всего общества. Эти характеристики следующие:

- 1) сотрудничество;
- 2) активное вовлечение граждан;
- 3) сочетание регламентирования и убеждения;
- 4) участие независимых учреждений и экспертных органов;
- 5) адаптивные стратегии, жизнестойкие структуры и прогнозирование.

Данные характеристики предусматривают новые роли и методы стратегического руководства в интересах здоровья, когда используются модели сотрудничества и в процесс вовлекаются различные заинтересованные стороны, чтобы создавать и поддерживать:

- этическое обоснование и политическую поддержку принципа справедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант;

- необходимые законы, постановления и практическую работу для усиления коллективной ответственности за соблюдение принципа справедливости в различных секторах;
- механизмы и ресурсы для регулярного проведения совместной оценки прогресса;
- руководящую методологическую основу и аналитическую информацию для обоснования решений, а также для совершенствования процессов планирования и оценки стратегий, вмешательств и показателей;
- средства накопления опыта и укрепления базы фактических данных, так чтобы меры политики и стратегического руководства можно было планировать и адаптировать для достижения такого масштаба и интенсивности, которые обеспечат определенное выравнивание градиента по верхним значениям;
- использование фактических данных для поддержания долговременной эффективности действий по проблемам справедливости в отношении здоровья и обеспечения согласованности политики.

Такая принципиальная схема предоставит министерствам здравоохранения и учреждениям охраны общественного здоровья надежные полномочия для того, чтобы активно выполнять новые роли в формировании стратегий, направленных на систематическое сокращение несправедливостей в отношении здоровья и его социальных детерминант. В число важных принципов входят права человека и законодательство (см. главу 2), участие общественности и местных структур, а также вовлечение всех заинтересованных сторон (см. главу 5). Ключевые причины неудач в стратегическом руководстве в интересах здоровья можно разделить на следующие категории: концептуальная несостоятельность, неудачная схема реализации, неудачная стратегия контроля, несостоятельность системы общественного здравоохранения.

Эти явления подробно описаны в отчете целевой группы (664) и обсуждаются далее в главе 8 (в частности, в табл. 8.1).

#### 7.2.5

##### **Нарушения прав человека и несправедливости в отношении здоровья**

Важный элемент стратегического руководства в интересах здоровья – применение принципа прав человека в решении проблем несправедливости в отношении здоровья. Это поможет выстроить морально-этическую сторону действий и политической поддержки справедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант и разработать необходимые законы, постановления и методы работы для приоритизации и укрепления подотчетности в интересах соблюдения справедливости.

## Моральные доводы

Моральные аргументы можно использовать в качестве основы для эффективного воздействия на социальные детерминанты здоровья. История и опыт показывают, что только лишь наличия социальной приверженности ценностям равенства, объективности и социальной справедливости на политической арене недостаточно для достижения справедливых результатов. Но есть примеры, когда моральные доводы, основанные на теории функциональных возможностей, служили базой для разработки стратегий здравоохранения.

Например, по мнению правительства Швеции, задача политики общественного здравоохранения – это создание социальных условий, обеспечивающих высококачественную охрану здоровья для всего населения на равных основаниях (665). По заключению национального комитета, который предоставлял в 2001 г. консультативную помощь правительству Нидерландов, существующие различия в показателях здоровья как минимум отчасти являются несправедливыми и государство несет ответственность за сокращение таких несправедливостей. В основе этих принципов лежал аргумент, что здоровье каждого человека следует рассматривать как предпосылку для формирования условий, необходимых ему для построения своей жизни в максимальном соответствии с собственными желаниями (666) (см. обсуждение «возможностного подхода» в главе 2).

## Законодательство по правам человека

Законы по защите прав человека играют важнейшую роль в стратегическом руководстве в сфере социальных детерминант здоровья: они указывают то направление, в котором следует активизировать социальные меры по преодолению несправедливостей в отношении здоровья, а также позволяют привлекать к ответственности государственные органы и другие структуры при их бездействии. Права человека формируют государственную ответственность за заложенные в них ценности, что может становиться обоснованием для реализации стратегий, направленных на преодоление несправедливостей в отношении здоровья. Однако законы по правам человека не охватывают многие аспекты социальных детерминант здоровья, например градиент в социальных условиях, влияющий на все население.

Законодательство по правам человека состоит из имеющей обязательную юридическую силу международной системы ценностей, относящейся к вопросам социальной (не)справедливости, и может предоставить полезный дополнительный инструмент для сокращения некоторых конкретных несправедливостей в социальных детерминантах здоровья.

## Принципы прав человека

В *Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах* (667,668) указан ряд принципов, относящихся к предоставлению различных типов услуг. Для услуг в сфере здравоохранения это наличие, доступность, приемлемость и качество, а для образования – наличие, доступность, приемлемость и адаптивность (667). Все шире признается, что важнейшими условиями, лежащими в основе права на здоровье, являются принципы подотчетности и участия (669,670).

## Коллективное участие

Стратегическое руководство в интересах здоровья требует общественной поддержки и участия, включая создание возможностей для наиболее уязвимых групп населения активно выражать свое мнение относительно путей решения их конкретных проблем. Potts (670) подчеркивает, что важная цель коллективного участия в контексте права на здоровье – это признание и уважение различий и многообразия среди людей и применение инклюзивного подхода в развитии здравоохранения. Это также важно и в контексте несправедливостей в отношении здоровья: благодаря коллективному принятию решений проблемы несправедливостей в отношении здоровья и их первопричин могут выходить на первый план.

## Обязательства

Существуют различия между тремя типами государственных обязательств (667,668). Право на здоровье, как и все права человека, налагает на государство три типа, или уровня, обязательств: «уважать», «защищать» и «исполнять». Таким способом удобно выявлять юридические обязательства государства относительно права на здоровье (671).

Когда речь идет о базовых детерминантах здоровья, под «обязательством» подразумевается обязанность государственных органов не допускать отрицания или ограничения справедливого доступа ко всем услугам здравоохранения, а также не допускать проведения дискриминационной практики в качестве государственной политики (672).

### 7.2.6

## Горизонтальная и вертикальная интеграция действий

## Различия в структурах руководства и уровнях потенциала

Субнациональные структуры стратегического руководства в странах Европейского региона имеют существенные различия. Возможно, это кажется очевидным, но все сложные и резко отличающиеся структуры и уровни власти должны быть открыто признаны и включены в стратегии и

вмешательства. Регионы и муниципальные образования, которым даны полномочия по сбору налогов, в значительной мере независимы от центральных властей. В разных системах и странах из-за такой неоднородности серьезно различаются масштабы потенциала, который можно направить на программы в сфере социальных детерминант здоровья и несправедливостей в отношении здоровья. Иногда обнаруживаются значительные юридические и финансовые различия даже между одноименными структурами, которые в рамках более широкой системы функционируют на одинаковых уровнях. Например, местные органы управления Испании и Нидерландов резко отличаются друг от друга по выполняемой роли и объемам контроля, несмотря на их, казалось бы, равноценное положение в системе. Все эти факторы серьезно влияют на независимость, которая требуется в том или ином виде органам местного самоуправления для воздействия на социальные детерминанты здоровья.

Децентрализация ответственности, а следовательно, и отчетности за результаты проведения политики – это ярко выраженная черта систем стратегического руководства в Европе. На субнациональном уровне (округ, область, регион) растет самостоятельность в плане принятия социальных и экономических решений и инвестиций, многие из которых связаны с социальными детерминантами здоровья и справедливости в отношении здоровья (жилье, окружающая среда, водоснабжение и санитария, общественная безопасность, а также градостроительство и развитие сельских районов, включая занятость и развитие предпринимательства). В то же время функция управления и организации здравоохранения нередко сохраняется в основном за центром. Необходимо всемерно стремиться к тому, чтобы вопросы здоровья и справедливости учитывались на субнациональном уровне при разработке и реализации политики и инвестиционных программ.

Примеры местной практики, такой как в Кошице (крупнейший автономный регион на юго-востоке Словакии), демонстрируют субнациональные возможности и действия по сокращению несправедливостей в социальных детерминантах здоровья. Региональный парламент официально включил раздел о здравоохранении в план развития региона на 2009 г. На приоритетной основе по различным направлениям были включены цели воздействия на детерминанты здоровья для групп населения с малыми социально-экономическими ресурсами и наиболее низкими показателями здоровья. Проведение мероприятий учтено в региональных инвестиционных схемах и потоках финансирования. Хотя механизмы оптимизации работы являются в основном формальными и включены в оперативное планирование и системы отчетности и контроля на

региональном уровне, сам процесс происходил под контролем множества заинтересованных сторон, включая региональную систему здравоохранения, председателя регионального правительства Кошице, исследователей, работающих над проблемами социально-экономических несправедливостей, сотрудников местной администрации, занимающихся вопросами демографии, а также местные службы, активно работающие с населением. Участники этой сильной группы заинтересованных сторон получили доступ к разнообразной информации, обсуждали идеи и выявляли проблемы во время неформальных встреч как в правительстве, так и вне его. Работа с местным населением и целевыми группами, а также сбор информации с их помощью стали ключевыми факторами при расстановке приоритетов. В качестве посредников для диалога между заинтересованными сторонами были привлечены внешние организации, которые также способствовали использованию наиболее точных данных и практических методов работы из различных стран Европы и мира. В частности, использовалась экспертиза по проблемам социальных детерминант и межотраслевых инвестиций в здоровье и справедливость, предоставленная сотрудничающими центрами и техническими подразделениями ВОЗ.

### Привлечение местного населения

Как уже отмечалось в главе 6 и разделе 7.2.5, к выявлению проблем и согласованию решений и подходов к проведению мероприятий следует привлекать местных жителей и сообщества. Это является важным аспектом стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты по двум основным причинам.

Во-первых, в странах с переходной экономикой, как правило, возрастает доля нерегулируемых частных коммерческих услуг. Там, где слабо развиты механизмы стратегического руководства и регулирования, управления и правоприменения, предоставление услуг определяется не реальными потребностями, а платежеспособностью. В результате в стране повышаются цены на базовые услуги здравоохранения и медицинской помощи и на первый план в обеспечении и доступности услуг выходят интересы поставщиков в получении прибыли (673). Последствия этого ощущаются во всех слоях общества, но больше всего страдают те, у кого недостаточно средств. Те, кто не в состоянии оплачивать медицинскую помощь, обращаются за ней с опозданием и, соответственно, тратят пропорционально более значительную часть семейного дохода на лечение и уход. Исследования показывают, что такая ситуация не только отрицательно сказывается на состоянии здоровья людей и на работе системы здравоохранения, но также прямо и опосредованно подрыва-

ет успешность программ по борьбе с бедностью, так как снижает потенциал человеческого развития. Вследствие этого расходы несут не только правительства, но и международное сообщество доноров. Следовательно, достижение справедливости в отношении здоровья является задачей и обязанностью всех заинтересованных сторон в обществе.

Вторая причина была выявлена в исследованиях, в которых оценивался опыт разных стран в реализации программ, стратегий и политики, направленных на борьбу с несправедливостями в отношении здоровья. Эти исследования показывают, что для избавления от упорно сохраняющихся несправедливостей, в том числе в отношении здоровья, необходимо уделять больше внимания решению проблем на местном уровне. Также результаты исследований говорят о том, что, несмотря на наилучшие намерения, создатели программ часто не учитывают реальные социально-экономические и культурные факторы, касающиеся жизни и возможностей людей с ограниченными ресурсами или находящихся в труднодоступных условиях. В итоге мы получаем довольно ограниченный эффект от проведения мероприятий, или, что еще хуже, эти мероприятия ненамеренно способствуют ухудшению положения одних групп в большей степени, чем других, увеличивая тем самым разрывы в показателях здоровья в стране (481).

### 7.2.7

#### **Роль субнациональных органов государственного управления в воздействии на социальные детерминанты здоровья**

Придается растущее значение роли и функциям субнациональных органов власти, особенно на местном уровне. ЕС признал, что субнациональные органы могут значительно помочь в работе, расширяя обмен успешными методами и измеряя прогресс (674), тогда как другие международные организации, включая ВОЗ и КСДЗ (675), подчеркивают важность этих структур в принятии практических мер и взаимодействии с национальным правительством в вопросах влияния на социальные детерминанты здоровья.

Типы мероприятий, проводимых местными властями, значительно различаются. Органы местного самоуправления во многих странах играют важную роль в обеспечении социальных услуг и борьбе с бедностью, однако их ресурсы зависят от ситуации с национальной экономикой и, в настоящий период, от последствий экономического спада.

Повышение важности местного руководства обусловлено двумя причинами. Во-первых, уделяется все больше внимания социальной модели здравоохранения. Она подчеркивает зависимость улучшения показателей здоровья от позитивных социально-экономических и экологических факторов, иными словами, значительную

социальную обусловленность здоровья (676). В отличие от лечебной, медицинской модели здоровья, многие ключевые детерминанты которой находятся в компетенции системы здравоохранения (которую местное правительство иногда может контролировать, иногда нет), значительная часть сфер деятельности, имеющих первостепенное значение в плане социальных детерминант здоровья, таких как образование, транспорт, жилье и градостроительство, находятся в ведении местной администрации, и работа с ними является основной обязанностью властей. В литературе также проводится мысль о том, что местные власти, как правило, могут эффективно координировать работу множества местных структур, чего организации здравоохранения в одиночку сделать не в состоянии.

Во-вторых, существует мнение, что характеристики субнационального руководства, особенно децентрализация, по природе своей способны стимулировать изменения, уменьшая влияние центра и обеспечивая местное самоуправление. Как продемонстрировали Litvack et al. (677), уменьшение влияния центра и стимулирование местного самоуправления могут привести к созданию более гибких и эффективных программ, так как местные власти способны успешнее реагировать на местные нужды и решать проблемы на местном уровне, о которых они лучше осведомлены. De Vries (678) утверждает, что в централизованных системах существует риск избыточного администрирования, когда руководители пытаются преодолеть комплексность местных проблем с помощью волевых решений. Передача полномочий субнациональным структурам должна быть, в свою очередь, дополнена децентрализацией с вовлечением граждан и сообществ и развитием коллективного демократического управления.

Местные власти могут играть важную роль в принятии решений и реализации программ по социальным детерминантам здоровья, а также выступить в качестве одной из важнейших действующих сил в преодолении несправедливостей в отношении здоровья и повышении социального благополучия жителей Региона. Тем не менее при проведении практических мер по улучшению социальных детерминант здоровья и сокращению несправедливостей в отношении здоровья субнациональные органы управления сталкиваются с рядом проблем. Несмотря на то что местная администрация находится в лучших условиях для удовлетворения местных потребностей, ее дееспособность определяется более широким юридическим контекстом.

Децентрализация и делегирование полномочий могут стать причинами напряжения между различными уровнями руководства (вертикальные конфликты) или между различными местными органами (горизонтальные конфликты). Проблемы несоответствий между задачами общенациональ-



ной политики и субнациональных программ и местных проектов могут негативно сказаться на общей согласованности и синергизме.

Субнациональное руководство не всегда имеет достаточные возможности и средства для осуществления максимальных улучшений в сфере здравоохранения путем воздействия на социальные детерминанты здоровья и реализации программ по социальным детерминантам, за которые оно несет ответственность, – для этого необходима качественная программа организационного развития (677–679).

Grady et al. (680) выделили четыре важных фактора, влияющие на реализацию на локальном уровне мер сокращения несправедливостей в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты: различия в структурах и потенциале управления; уровни расходов и схемы финансирования; более широкие законодательные аспекты; механизмы подотчетности.

### Стратегический приоритет

Все вышеперечисленные факторы в большей степени касаются социально неблагополучных слоев населения. Они усугубляют влияние социально-экономических детерминант здоровья и отражают более широкий политический контекст, который включает в себя также землепользование, транспорт и программы развития. Стратегические решения, определяющие доступность услуг, трудоустройства и источников дохода, благоустроенных зеленых зон и практических видов транспорта, таким образом, определяют и положение местного населения: то, где люди живут и работают, их психическое благополучие и физическое здоровье. Люди, которые имеют больший доступ к данным ресурсам, услугам и жизненным возможностям, демонстрируют более высокие показатели здоровья с наличием соответствующего градиента.

Чтобы улучшить условия повседневного существования людей, необходимо спланированное и согласованное воздействие на социальные детерминанты их здоровья на протяжении всех периодов жизни. Для достижения этих целей необходимо использование ресурсов населения – активное участие местных сообществ и развитие прочных партнерских отношений, регулируемых местными властями, а также разработка рациональных стратегий повышения уровня справедливости в отношении здоровья.

Уровень здоровья и справедливости в отношении здоровья необходимо систематически оценивать, чтобы создавать стратегические планы и принимать детальные местные решения, которые устраняют проблемы, а не создают новые и не усугубляют ситуацию с несправедливостями в отношении здоровья. Акцент на социальные детерминанты здоровья может быть

включен в оценку состояния окружающей среды и оценку воздействий на здоровье населения и справедливости в отношении здоровья.

### Согласованность политики

Местным органам управления принадлежит главная роль в удовлетворении нужд конкретных сообществ, однако активизация действий на местном уровне осложняет оценку и обеспечение согласованности проводимой политики. Трудно согласовывать программы при работе с социальными детерминантами здоровья в сложной саморегулирующейся системе, где могут возникнуть непредсказуемые и непреднамеренные результаты (681). Оценка конечного эффекта также требует высокого уровня анализа и мониторинга местных действий, чтобы обеспечить более широкое распространение успешного опыта, а также чтобы определить, не стоит ли скорректировать направленность работы, если она не приносит ожидаемых результатов. Таким образом, обеспечение согласованности предусматривает поиск ответов на ряд важных вопросов, в частности об эффективности расширения масштабов вмешательств и о возможности переноса мероприятий из одного контекста в другой.

Дания, Нидерланды и Швеция разработали национальные программы и целевые ориентиры по обеспечению согласованности политики (682), но они часто касаются лишь отдельных групп населения (например, детей) или социальных детерминант здоровья (например, физическая среда или условия работы). Пока не вполне ясно, насколько оправдан данный подход, но уже сейчас можно сказать, что четкое согласование политики на всех уровнях является важнейшим условием для эффективного сотрудничества и получения результата, необходимого в борьбе с несправедливостями в отношении здоровья, а также для восходящего выравнивания социального градиента (2). На уровне местного руководства это может выражаться в двух формах. Во-первых, необходимо достичь согласованности в создании программ действия на национальном, региональном и местном уровнях; во-вторых, нужно добиться стратегического соответствия и согласованности между местными стратегическими планами и целями (вовлекая партнерские организации), а также задачами и функциями различных проектов по достижению этих целей (682).

### Подотчетность

Дефицит подотчетности в работе с социальными детерминантами здоровья на руководящем уровне в местной администрации делает актуальным вопрос о том, насколько эффективно ведется эта работа. Подотчетность сама по себе не является панацеей – там, где она есть, она зачастую довольно условна либо настолько размыта, что становится неэффективной. Также требуется прозрачная система руководства.



## 7.2.8

### Учет интересов справедливости во всех стратегиях

Как уже отмечалось выше и в главе 1, сокращение несправедливостей в отношении здоровья является межсекторальной и общегосударственной задачей. Стратегическое руководство в интересах справедливости в отношении здоровья требует внимания не только к здравоохранению, но также и к принципу «Учет интересов справедливости во всех стратегиях», который открывает путь к достижению взаимной пользы в различных секторах и генерированию общественных благ в интересах всех людей (10).

Принцип учета интересов справедливости во всех стратегиях повышает согласованность действий различных секторов (программ, инвестиций и услуг) и среди заинтересованных сторон (государственных, частных и добровольных), увеличивая

при этом потоки ресурсов для воздействия на структуру и масштабы несправедливостей в отношении здоровья и улучшая распределение возможностей для поддержания здоровья в масштабе всего населения.

#### Примеры успешной практики

Составленный силами целевой группы по стратегическому руководству и механизмам реализации обзор опубликованных и неопубликованных отчетов о совещаниях и национальных стратегических документов различных европейских стран (664) содержит описание мероприятий, направленных на создание и постоянное укрепление политической поддержки идей справедливости (в отношении здоровья) как общественного блага, а также на повышение согласованности действий заинтересованных сторон и секторов политики по сокращению уровня несправедливостей. Планирование и реализация данных мероприятий описаны в главе 8.

#### **Пример из практики: общегосударственный подход и принцип участия всего общества в сокращении уровня несправедливостей в отношении здоровья в Соединенном Королевстве (Шотландия)**

Озабоченность в связи с низкими показателями социально-экономического развития, включая несправедливости в отношении жизненных шансов и перспектив, а также связанного с ними недостатка потенциала человеческого развития во всех слоях общества стало стимулом для применения общегосударственного подхода к снижению уровня несправедливостей в рамках национальной программы «Шотландия в действии» (Scotland performs). Внимание к социальным и экономическим издержкам общества, связанным с плохими показателями здоровья населения и несправедливостями в отношении здоровья между различными социальными группами, привело к разработке программы «Равное благополучие» (Equally well). Была создана министерская целевая группа, подотчетная Первому министру (эквивалент премьер-министра), с четко очерченными задачами в области руководства процессом и проведения в течение года работы по обзору фактических данных, выбору стратегической модели и обсуждению приоритетных мероприятий.

Методы включали экспертные панельные дискуссии, семинары и общественные обсуждения, которые позволили вовлечь широкий круг заинтересованных сторон в администрации как на национальном, так и на местном уровне, в неправительственных организациях, в научном сообществе, в среде предпринимателей и представителей государственных служб. Это позволило учесть различные взгляды и полезные сведения при

создании стратегии и пробных вариантов решений. После того как были расставлены приоритеты, для успешного достижения целей был осуществлен обзор возможностей и систем реализации. Это позволило выявить потребности в оперативной доработке и/или коррекции систем реализации еще до введения программы «Равное благополучие» в действие.

Программа осуществляется уже в течение пяти лет и включает в себя формальное согласование приоритетов, обязанностей и взаимосвязей, а также схему отчетности по мероприятиям на национальном и местном уровнях. Также создан четкий механизм коллегиального анализа и постоянной оценки на основе таких инструментов, как соглашение о единстве целей между правительством Шотландии и местными отделами планирования, которые называются партнерствами по коммунальному планированию. Данные организации определяют, что должен делать каждый партнер в целях достижения лучших результатов для местных жителей с учетом местных обстоятельств и приоритетов.

Регулярно публикуются открытые отчеты, включающие обсуждение прогресса и независимые обзоры, которые проводятся в целях получения информации для корректировки стратегий. Важной чертой данного подхода явилось введение тестовых участков, которые позволяют систематически апробировать стратегию на практике и учесть результаты при расширении масштабов, чтобы эффективно преодолевать ключевые проблемы. Ведется постоянное наращивание потенциала работников государственного сектора и других партнеров, чтобы обеспечить приоритетное внимание к стратегии в различных государственных структурах, а также укреплять кадровые возможности для сокращения несправедливостей.

**Пример из практики:  
общегосударственный подход  
к социальной интеграции в Польше**

Стратегия социальной интеграции, возглавляемая министерством труда и социальных дел, которое напрямую подчиняется канцелярии премьер-министра, представляет собой сочетание различных характеристик рационального руководства, необходимых для реализации общегосударственного подхода к обеспечению более полной социальной интеграции. Эта стратегия представляет собой максимально открытый для сотрудничества процесс разработки программ, который включает разнообразные формальные и неформальные механизмы сотрудничества различных государственных структур, неправительственных и местных организаций, региональных и муниципальных заинтересованных сторон и организаций. План, рассчитанный на полтора года, включал в себя совместный

обзор текущих и ранее осуществленных стратегий, а также анализ их результатов и тенденций социальной интеграции. Оценка опыта перспективных вмешательств, осуществленных в различных странах Европы, с использованием методов коллективного участия (включая форумы заинтересованных сторон и круглые столы), помогла стимулировать обсуждение и разработку решений на основании мнений заинтересованных сторон. Особое внимание было уделено неформальным собраниям и дискуссиям, целью которых было выяснить отношение заинтересованных сторон к социальной интеграции и способы ее наилучшего включения в государственные стратегии и решения (касающиеся бюджета, отчетности, размещения ресурсов и местных действий). Дальнейшие инициативы по данному подходу были представлены в соответствии со стратегией ЕС по укреплению социальной сплоченности и с учетом доступа к поддержке через Механизм структурных фондов ЕС.

**Пример из практики:  
общегосударственный подход  
к улучшению здоровья  
жителей Казахстана**

В Казахстане признана необходимость участия всего государства в мероприятиях, которые направлены на глубинные детерминанты здоровья, а также необходимость вложения средств и усилий в совершенствование и модернизацию системы здравоохранения. Программа по улучшению состояния здоровья, особенно среди бедных слоев сельского населения, была включена в общую национальную стратегию развития (до 2030 г.), среднесрочную национальную стратегию развития (2020 г.) и стратегию развития здравоохранения (2011–2015 гг.). Финансирование осуществляется согласно приоритетам и направляется из основного государственного бюджета в министерство, сектор или неправительственную организацию, которые несут ответственность за проведение конкретных мероприятий. Таким образом, финансирование соответствует приоритетам, и, как правило, стимулирует вовлечение заинтересованных сторон в работу по достижению общей цели – улучшения здоровья населения.

Прозрачная система отчетности основана на официальных письменных соглашениях между соответствующими министерствами, а также на утвержденной официальной системе отчетности, которая фиксирует достижения в области здравоохранения. Казахстан представляет собой пример не только планирования и определения роли различных секторов экономики в здравоохранении, но и развития бюджетных и управленческих (подотчетность) механизмов, по которым все остальные министерства и сектора получают прямое финансирование и несут ответственность и представляют отчеты правительству.

В распоряжении правительства Казахстана есть еще один механизм, с помощью которого оно пропагандирует участие и вовлекает все общество и руководящие структуры в работу по вопросам, касающимся здоровья нации. Это Общественный совет, которым руководят заместитель премьер-министра и министр здравоохранения и который состоит из представителей всех министерств, важнейших национальных организаций, научных кругов, гражданского общества и СМИ. В нем обсуждаются конкретные вопросы, важные для здоровья всего населения, которые отличаются сложностью либо неоднозначным отношением со стороны общества или касаются введения новых технологий. Таким образом, правительство и министерство здравоохранения могут выяснять мнение различных слоев общества по важным вопросам и принимать решения на основании заключений совета.

Данный подход также включает в себя развитие тесного сотрудничества с местными властями – «акимами» (губернаторами областей) – для обеспечения полного вовлечения руководства на субнациональном уровне в процесс принятия решений, расстановки приоритетов и расширения знаний, которые позволят выбирать наилучшие варианты действий. Например, аким Южно-Казахстанской области, в которой зафиксированы самые высокие показатели рождаемости и младенческой смертности (сокращение материнской и младенческой смертности признаны ключевыми национальными приоритетами), провел мероприятия, вовлекшие несколько международных донорских проектов, выполнил программу наращивания потенциала для медицинских служб от первичной до третичной помощи и ввел схему отчетности по каждому случаю материнской смертности. Было введено поддерживающее кураторство персонала, и область недавно стала центром поддержки для соседних областей.

#### **Рекомендация 4(б).**

**Разработать всесторонний, межсекторальный механизм учета долгосрочного характера профилактики и лечения нарушений здоровья на принципах справедливости в целях внесения устойчивых коррективов в практику профилактики и лечения на основе принципов социальной справедливости в отношении здоровья.**

#### **Конкретные действия**

##### **Профилактика**

Добиваться, чтобы действия по снижению предотвратимых угроз здоровью основывались на устранении существенных различий в подверженности угрозам как внутри стран, так и между ними. В этих целях:

- (i) сокращать вредное употребление алкоголя, например путем введения налога на алкогольные напитки, пропорционального содержанию спирта;
- (ii) инициировать более широкие меры по снижению содержания жиров, особенно трансжирных кислот, в рационе и ограничивать рост потребления продуктов быстрого питания;
- (iii) принимать меры по сокращению курения в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака;
- (iv) поощрять физически активный образ жизни, уделять внимание потребностям по всему социальному градиенту.

##### **Лечение**

Уменьшить различия в доступе к высококачественным медико-санитарным услугам внутри стран и между ними путем принятия, в частности, следующих мер:

- (i) сделать системы медико-санитарной помощи более справедливыми: для создания прочного фундамента для устранения несправедливостей в отношении здоровья необходимо обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения;
- (ii) устранять финансовые, географические и культурные барьеры, мешающие пользованию услугами медико-санитарной помощи (такие как соплатежи) и обеспечить выделение достаточных ресурсов территориям, находящимся в неблагоприятном положении.

##### **Стратегии**

- (i) Добиваться того, чтобы стратегии, направленные на устранение несправедливостей внутри стран и между странами, в том числе несправедливостей, связанных с гендерной принадлежностью, включали решение следующих задач:

- 1) разработать системы для адекватной оценки, планирования и осуществления действий, направленных на сокращение несправедливых различий по показателям здоровья;
- 2) повысить потенциал систем общественного здравоохранения для сокращения несправедливых различий по показателям здоровья;
- 3) развить системы укрепления и защиты здоровья и профилактики болезней в целях обеспечения всеобщего охвата всех социальных групп услугами здравоохранения и увязать работу этих систем со стратегиями и программами, конкретно предусматривающими воздействие на детерминанты образа жизни и поведения;
- 4) повысить доступность и качество услуг медико-санитарной помощи;
- 5) обеспечить гарантии отсутствия негативных эффектов в связи с транснациональными соглашениями и нормами.

(ii) Предоставить внешнюю поддержку усилиям по разработке и реализации таких стратегий в целях сокращения несправедливостей в странах, где они наименее развиты, включая ряд стран в центральной и восточной частях Региона.

(iii) Обеспечить разумное соотношение между стратегиями, предусматривающими достижение результатов в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе, и между простыми и более сложными, комплексными вмешательствами. Конкретные направления действия включают:

- 1) стратегии, которые дают обществу, группам населения и гражданам больше возможностей для защиты от предотвратимых угроз, например регулировать и контролировать условия на месте работы и условия окружающей среды, потребление табака и алкоголя, состав пищевых продуктов, их наличие и цены, а также влиять на формирование общественных норм и ценностей;
- 2) разработку программ скрининга, доступных для всех, прежде всего для наиболее уязвимых и обездоленных, с целью выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и раннего выявления рака;
- 3) обеспечение полноценной реализации стратегий борьбы с инфекционными болезнями (такими как туберкулез и ВИЧ/СПИД), от которых несопропорционально чаще страдают социально неблагополучные и уязвимые группы, в том числе устранение причин уязвимости, преодоление гендерных несправедливостей и обеспечение адекватного и устойчивого доступа к услугам скрининга, диагностики и лечения.
- (iv) Осуществлять мониторинг и оценку влияния вышеперечисленных рекомендаций на справедливость в отношении здоровья населения в разбивке по полу, возрасту и двум-трем важнейшим социально-экономическим детерминантам.

### 7.3.1

#### Введение

В данном разделе рассматривается роль системы здравоохранения в сокращении несправедливостей в отношении здоровья в европейских странах. Различия в характеристиках выживаемости в восточной и западной частях Региона почти во всем определяются высоким уровнем смертности среди молодежи и людей среднего возраста из-за ССЗ (в некоторых странах – до 90%), а также от травм (см. раздел 3.2). Смертность от рака также вносит вклад в существующие различия, хотя и в гораздо меньшей степени. В основе существующих по всему Региону глубоких несправедливых различий по показателям здоровья, связанных с социально-экономическими обстоятельствами (см. главу 3), лежат социальные детерминанты здоровья – «причины причин». Они часто усугубляются образом жизни людей (курение, употребление алкоголя, ожирение) и приводят к несправедливостям в подверженности риску и в показателях заболеваемости (см. главу 2).

Данный раздел содержит несколько ярких примеров стратегий, которые необходимо развивать, чтобы обеспечить эффективное воздействие на связи между поведенческими факторами, болезнями и их распространенностью среди различных слоев общества. Выбранные примеры иллюстрируют воздействие на поведение в отношении здоровья (злоупотребление алкоголем), распространенные заболевания, опасные для жизни (ССЗ), и угрозы общественному здоровью на международном уровне (туберкулез). Представлены рекомендации по основным характеристикам стратегий по сокращению несправедливости.

### 7.3.2

#### Профилактика нарушений здоровья, связанных с алкоголем

##### Употребление алкоголя

Вредное употребление алкоголя является основным фактором риска для многих неинфекционных заболеваний, таких как ССЗ и рак. Оно также коррелирует с инфекционными болезнями, такими как туберкулез и ВИЧ/СПИД, и часто становится причиной непреднамеренных и преднамеренных травм. Это ведет к значительному росту бремени болезней, преждевременной смертности и социально-экономическим последствиям, таким как безработица и стигматизация (281, 683–685).

Масштабы потребления алкоголя в Регионе и их последствия были описаны в главе 3. Вкратце их можно описать следующим образом:

- Регион является лидером мирового потребления алкоголя: в 2007 г. средний уровень

потребления среди населения в возрасте 15 лет и старше составил 10,8 л чистого спирта (3).

- с алкоголем связана высокая смертность в СЦВЕ и СНГ (37–40); пьянство, особенно среди мужчин, по всей вероятности, вносит существенный вклад в колебания смертности в переходный экономический период в этих странах (285–287);
- существует тесная взаимосвязь между общим потреблением алкоголя на душу населения в стране, масштабами вреда, наносимого алкоголем, и распространенностью алкогольной зависимости;
- Европейский регион характеризуется самой большой в мире долей от всех нарушений здоровья и преждевременной смертности, которая приходится на причины, связанные с потреблением алкоголя (280–283, 686).

Показатели и тенденции в употреблении алкоголя и связанного с ним вреда различаются в разных странах Региона. Например, употребление алкоголя обусловило около 25% от общей цифры различий между Западной и Восточной Европой в средней продолжительности жизни среди мужчин в возрасте от 20 до 64 лет в 2002 г. (281). Употребление алкоголя является также одной из важных причин гендерного разрыва в продолжительности жизни во многих странах, особенно в восточной части Региона (687). Социально и экономически незащищенные слои населения в большей степени страдают от нарушений здоровья, связанных с алкоголем, чем те, у кого достаточно средств, даже если уровень потребления у первых ниже, так как такие нарушения связаны с характером потребления, качеством спиртных напитков и факторами, которые делают людей более восприимчивыми к отрицательному воздействию алкоголя (683).

Многоуровневые оценки, проведенные в различных исследованиях, показывают, что больше всего подвержены злоупотреблению алкоголем следующие группы: мужчины, бессемейные и лица с низким уровнем образования. Представители данных групп в большей степени подвержены риску пьянства, в особенности бессемейные и безработные мужчины (688–693).

##### Социально-экономический статус и потребление алкоголя

Обзор СЦВЕ и стран СНГ за 2005 г. (694) показал, что неблагоприятная экономическая ситуация достоверно коррелирует с более высокими уровнями потребления алкоголя и более рискованным поведением в данном отношении. При этом ключевая роль в формировании социальных несправедливостей в отношении здоровья отдавалась психосоциальным факторам. В обзоре было указано, что «алкоголь может являться одним из важнейших способов перевода психосоциаль-



ного стресса в расстройства здоровья и высокую смертность».

Как показали исследования в Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова и Российской Федерации (695), а также странах Северной и Западной Европы (295), пьянство гораздо чаще встречается в группах населения с более низким социально-экономическим статусом. В результате, при одинаковом уровне избыточного потребления, представители групп с более низким социально-экономическим статусом подвержены более вредному воздействию алкоголя и чаще страдают от зависимости, тогда как люди с более высоким социально-экономическим статусом пьют чаще, но в меньших разовых дозах (696, 697). Ущерб для здоровья, причиняемый алкоголем, обычно больше среди рабочих физического труда, нежели среди специалистов (698). В Швеции, например, показатели заболеваемости и травматизма, связанных с алкоголем у мужчин, были в два-три раза выше среди лиц, занятых физическим трудом, чем среди государственных служащих, даже при одинаковых уровнях потребления алкоголя (699).

### Гендер и потребление алкоголя

Проведенное под эгидой ЕС многострановое исследование гендерных различий, культуры и алкогольных проблем выявило, что в различных странах Европы существует заметная разница между показателями у мужчин и женщин по всем аспектам потребления алкоголя (полный отказ, частота употребления, объемы), разовым дозам и эпизодам пьянства. Эти данные согласуются с предыдущими наблюдениями, которые выявили, что поведенческие показатели у мужчин, как правило, в 2–3 раза выше, чем у женщин, хотя наблюдался значительный разброс между странами и в зависимости от измеряемых параметров потребления алкоголя (698).

### Эффективность стратегий, направленных на сокращение потребления алкоголя

Подавляющая часть литературы, в которой описаны исследования стратегических подходов к борьбе против алкоголя, таких как повышение налогов на алкоголь или ограничение времени продажи, берет данные из узкого контекста – обычно это страны Северной Европы и/или Соединенное Королевство (Англия) (700, 701). Одно из исследований, в котором представлена оценка стратегии правительства Соединенного Королевства по различным способам снижения вреда для различных подгрупп населения (601), содержит достаточную фактическую базу для оценки вариантов стратегии по борьбе с последствиями злоупотребления алкоголем, учитывающую разнородность населения и сложные связи между группами. Однако группы, фигурирующие в данном исследовании, были выделены только на основании возраста, пола и уровня употребления алкоголя (умеренный, опасный вредный). Это

позволило смоделировать воздействие различных вариантов стратегии и рассмотреть их результаты, по отдельности, в отношении здоровья, преступности и других социальных факторов. Установление минимальной цены в 50 пенсов за одну дозу алкоголя позволило получить наибольший положительный эффект для трудоустройства и здоровья на протяжении десяти лет. Потребление алкоголя населением страны в целом снизилось на 6,9% (5,6% среди мужчин, 9,3% среди женщин, на 10,3% снизился уровень вредного и на 5,9% – опасного потребления алкоголя). Отчет показал следующее:

*Если учитывать разнородность населения, заметнее становится баланс интересов между группами, который необходимо достигать в процессе принятия решения. <...> Показатели здоровья пропорционально ниже при тех вариантах, когда устанавливаются очень низкие минимальные цены на алкоголь, и самые высокие показатели были достигнуты при запрете скидок на розничную продажу, высоких минимальных ценах (50 пенсов и выше), а также повышении цен в целом (701).*

Очень важно делить население на группы не только по возрасту, полу и уровню потребления алкоголя, учитывая, что социальные детерминанты, обуславливающие злоупотребление алкоголем, также распределяются по-разному.

Целевая группа по профилактике и лечению предложила несколько мер, которые должны стать частью эффективной стратегии по предупреждению и лечению алкогольной зависимости.

#### ALC1.1.

**Разработать всеобъемлющую противоалкогольную стратегию на основании рекомендаций Комитета экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя (685).**

Было разработано семь эффективных стратегий и вмешательств по снижению вреда от алкоголя, в том числе направленных на сокращение несправедливостей (специальные инициативы по борьбе с непропорциональными и несправедливыми последствиями злоупотребления алкоголем для менее благополучных групп населения). Если государство-член уже имеет действующую антиалкогольную стратегию, она должна быть пересмотрена в целях выявления социальных групп, которые, скорее всего, диспропорционально подвержены последствиям вредного употребления алкоголя, и по результатам этого пересмотра следует разработать вмешательства в соответствии с семью эффективными стратегиями, предложенными комитетом.



**Пример из практики: разработка эффективных методов борьбы с опасным и вредным употреблением алкоголя на уровне первичной медико-санитарной помощи в странах ЕС**

Европейский проект по первичной медико-санитарной помощи лицам с алкогольными проблемами финансировался программой здравоохранения ЕС и Департаментом здравоохранения Автономного правительства Каталонии.

Целью проекта является внедрение мер укрепления здоровья, направленных против опасного и вредного употребления алкоголя в ежедневную практику работников первичной медико-санитарной помощи, путем осуществления следующих мероприятий:

- составление рекомендаций и руководств по наилучшей клинической практике для органов планирования и закупки услуг здравоохранения и медицинских учреждений;
- программа повышения квалификации для работников первичного звена системы здравоохранения;
- создание полноохватной онлайн-базы данных по наилучшей практике;
- серия стратегий распространения с учетом условий страны.

*Источник: Primary Health Care European Project on Alcohol (702).*

**ALC2.1.**

**Пересмотреть и укрепить действующие меры системы здравоохранения по оказанию помощи лицам, употребляющим алкоголь в опасных и вредных количествах и/или уже страдающих от вредных последствий потребления алкоголя.** В контексте справедливости в отношении здоровья можно внести значительные улучшения в механизмы выявления лиц, наиболее подверженных риску диспропорционального вреда от опасного и вредного употребления алкоголя, оказания им помощи и повышения уровня отзывчивости по всему спектру деятельности служб. Эти улучшения могут затронуть первичную медицинскую помощь, профилактические мероприятия, более интенсивные вмешательства и совместные действия медицинского и социального секторов, а также системы защиты, например для бездомных.

**ALC2.2.**

**Осуществить ключевые действия в рамках системы здравоохранения согласно Европейскому плану действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг.** (280). Эти меры включают обеспечение ранней диагностики и своевременного

**Пример из практики: внимание к вопросам справедливости в политике сокращения вредного употребления алкоголя в Эстонии**

Эстония – страна с высоким уровнем потребления алкоголя, в которой алкогольная зависимость и другие вредные эффекты, связанные с алкоголем, представляют собой серьезную медико-санитарную и социальную проблему. В 2010 г. уровень потребления алкоголя на душу населения составил 12,53 л чистого спирта (3), снизившись за период с 2007 г., когда этот показатель составлял 15,96 л.

Принимая во внимание, что, согласно глобальной стратегии ВОЗ, в планы и программы сокращения вредного употребления алкоголя рекомендуется включать пункты по борьбе с несправедливостью, Национальный институт общественного здравоохранения и Министерство здравоохранения провели анализ социальных неравенств в характеристиках потребления алкоголя. Были также проанализированы данные двух недавних опросных исследований поведения в отношении здоровья среди взрослого населения и детей школьного возраста (HBSC), а также антиалкогольные программы, проводимые в Эстонии (703).

Анализ был проведен с учетом глобальной работы по социальным детерминантам и вопросам справедливости в отношении проблем, связанных с алкоголем (683,704), при этом особое внимание уделялось различиям в распределении показателей потребления алкоголя в зависимости от социальных и социально-демографических детерминант, таких как пол, возраст, место проживания, доход, гражданство, состав семьи, уровень образования и экономическая активность (для подростков – ШДС), а также от поведенческих факторов риска, таких как подростковое курение. Было также установлено, насколько эти факторы зависят от социума.

В аналитическом документе не только содержится обзор характеристик употребления алкоголя и его последствий, но также приводится информация об антиалкогольных мерах, предпринятых в Эстонии ранее, и о том, насколько меры воздействия и созданные стратегические механизмы уменьшили или увеличили несправедливости в отношении здоровья. Эти данные будут использованы для разработки стратегий сокращения вредного употребления алкоголя с перспективой уменьшения несправедливостей и воздействия на основные социальные детерминанты вредного употребления алкоголя (703).

обследования людей, употребляющие алкоголь в опасных и вредных количествах, а также предоставление гарантированного доступа к первичной медико-санитарной помощи для групп населения, у которых нет практической возможности воспользоваться ею (например, бездомные, лица без медицинской страховки или не имеющие доступ к услугам врача общей практики).

#### **ALC3.1.**

**Развивать сотрудничество с другими секторами для реализации стратегий по снижению доступности алкоголя.** Здесь имеется в виду установление разрешенного времени продажи, возрастной ценз на приобретение алкоголя, локализация торговых точек, повышение цены и налогов на алкоголь, ограничения на рекламу и распространение продукции, мониторинг последствий потребления алкоголя в их распределении по различным социально-экономическим группам (см. также ALC5.1).

#### **ALC4.1.**

**Разрабатывать и внедрять ориентированные на местные условия услуги профилактики, снижения вреда и лечения и повышать их доступность и адекватность для лиц, потребляющих алкоголь в опасных и вредных количествах и большей степени страдающих от непропорционального вреда и последствий из-за своего социально-экономического положения.** Лиц с алкогольными проблемами следует вовлекать в разработку и развитие услуг, таких как вытрезвители для бездомных для профилактики задержания полицией лиц, нарушающих общественный порядок в состоянии алкогольного опьянения. В работе по сокращению несправедливостей в отношении лиц с алкогольными проблемами следует осуществлять поэтапный подход, уделяя в первую очередь внимание неблагополучным группам, чье здоровье страдает в диспропорционально большей степени, например людям с низким уровнем образования и/или социально незащищенным этническим меньшинствам.

#### **ALC5.1.**

**Расширять и совершенствовать сбор данных о вреде, связанном с алкоголем, включив в отчеты данные в разбивке по полу, возрасту и показателям социально-экономического положения, таким как место жительства, уровень дохода, трудоустройство и уровень образования (см. минимальные критерии для мониторинга справедливости в отношении здоровья).** Собираемые в настоящее время сведения даются, главным образом, в разбивке только по возрасту, полу и характеристикам потребления алкоголя.

#### **ALC5.2.**

**Включать в плановые обзоры, доклады и/или оценки национальных антиалкогольных стратегий анализ аспектов здоровья, социаль-**

**но-экономических факторов и гендерной справедливости, отмечая при этом основные недочеты сбора и/или анализа данных.**

#### **ALC6.1.**

**Разработать и внедрить информационно-образовательную программу, направленную на критическое переосмысливание и изменение представлений и установок относительно следующих аспектов:**

**(а) общественное отношение и стереотипы об употреблении алкоголя;**

**(б) природа социального градиента вреда от алкоголя (негативные последствия вредного или опасного употребления алкоголя диспропорционально высоки среди лиц с низким социально-экономическим статусом);**

**(в) гендерные различия в поведении, восприятии вреда и стигме в отношении алкоголя.**

Сюда следует включать инновационные методы повышения привлекательности (в частности, среди молодежи) и социокультурной приемлемости модели поведения, характеризующейся снижением потребления алкоголя.

### **7.3.3**

#### **Профилактика нарушений здоровья, связанных с курением**

В главе 3 приведены показатели табакокурения в разных странах Европы. По оценкам, в 2011 г. в странах Региона от курения умерли 1,6 млн человек. Уровень смертности высок, однако распространенность курения в Европе снизилась, что свидетельствует о крупном успехе в области общественного здравоохранения благодаря неуклонному осуществлению антитабачных стратегий, включающих просвещение по вопросам здоровья, а также структурные инициативы, такие как повышение налогообложения. Вместе с тем, с точки зрения справедливости в отношении здоровья результаты выглядят значительно менее успешными, так как позитивный эффект получен в основном среди групп населения со средним и высоким уровнем дохода, что существенно увеличило разрыв в показателях социальной справедливости в отношении здоровья (38).

#### **Социально-экономический статус и курение**

Социальный дифференциал в отношении курения в Соединенном Королевстве во многом объясняет различия в показателях смертности от ССЗ среди представителей разных социальных групп (51). Исследование показателей смертности среди взрослых представителей разных социальных слоев в Англии и Уэльсе показало, что риск умереть от курения для представителей низших слоев населения был гораздо выше, чем для остальных. В Польше этот риск был выше в 4 раза.

Межстрановые неравенства становятся все глубже: в странах с низким уровнем дохода потре-

бление табака растет наиболее быстро благодаря устойчивому росту населения и целенаправленным воздействиям со стороны табачной индустрии.

Исследования показали, что 10%-ное увеличение цены снижает распространенность курения на 8% в странах с низким и средним уровнем дохода, и примерно на 4% в странах с высоким уровнем дохода (705). Нет достаточных сведений о разнице в последствиях непрямого налогообложения для женщин и мужчин и для потребителей с низким и высоким уровнем дохода.

### 7.3.4

#### Профилактика нарушений здоровья, связанных с ожирением

Уровни ожирения в странах Европы были приведены в главе 3, там же были рассмотрены связи между ожирением и социально-экономическим статусом, уровнями образования и гендером.

Несправедливые различия по качеству питания широко распространены; в ЕС, например, семьи с низким уровнем доходов потребляют меньше всего фруктов и овощей. В ряде вмешательств, направленных на повышение доступности здорового питания, учитывались *неравные возможности получения* полезных для здоровья пищевых продуктов. Примерами таких программ являются бесплатные поставки фруктов в школы по всей стране (706) и открытие предприятий по закупке

и производству свежих, здоровых пищевых продуктов растительного происхождения (707–709). На доступность здорового питания также влияют знания о процессах питания и кулинарные навыки (710–714), но, как уже говорилось в главе 6, здесь важную роль играют более универсальные общественные, в том числе глобальные детерминанты. Системы продовольственного обеспечения находятся в комплексных взаимоотношениях с системами здравоохранения, окружающей средой и торговыми соглашениями, которые влияют на такие факторы, как цена и возможность производства пищевых продуктов.

По данным глобального обзора социальных детерминант и ССЗ, доступность здоровых пищевых продуктов и развитие соответствующей общественной инфраструктуры являются важными определяющими факторами в воздействии на социальные детерминанты ССЗ и их распределение (716,717).

### 7.3.5

#### Примеры стратегий по борьбе с отдельными видами болезней

#### ССЗ

ССЗ являются причиной более чем половины смертей в Регионе за год, однако в его западной части было продемонстрировано одно из наиболее масштабных достижений в борьбе с болезнями

#### **Пример из практики: OptimaN1 60plus – улучшение питания и повышение физической активности среди пожилых людей с низким социально-экономическим статусом и мигрантов**

Данная программа осуществлялась в качестве профилактического вмешательства для проживающих без постороннего ухода пожилых людей (60 лет и старше), причем особое внимание уделялось лицам с низким социально-экономическим статусом и мигрантам (из Российской Федерации или Турции). Целью мероприятий, проводимых в ряде районов Бремена (Германия) было улучшение качества питания и повышение физической активности путем предоставления информации, просветительных материалов и консультирования. Использовалась специальная форма для индивидуальной регистрации питания и физической активности.

Методы привлечения пожилых людей к участию включали в себя вовлечение друзей/знакомых, распространение материалов в местах, где пожилые люди живут и/или встречаются, проведение семинаров в целевых группах, использование переводных материалов и волонтеров-переводчиков при проведении собраний, а также привлечение СМИ. Среди мигрантов был отмечен значительный позитивный сдвиг в

сторону здорового питания (повышение уровня потребления рыбы), но без значимых улучшений в физической активности. Среди пожилых людей с низким социально-экономическим статусом значительных улучшений не наблюдалось. В ходе вмешательства обнаружилось значительное препятствие для воздействия на данную группу: пожилые люди не принимали рекомендации всерьез – они считали, что слишком стары, чтобы меняться, или что они ведут вполне здоровый образ жизни, раз дожили до своего возраста.

Женщины в целом были более заинтересованы в вопросах питания и проявляли более позитивное отношение к рекомендациям в отношении здорового питания. Подготовленное наглядное пособие для консультаций оказалось очень полезным для работников первичной медико-санитарной помощи, которые смогли использовать его при обсуждении вопросов здорового образа жизни с пациентами и для предоставления соответствующих рекомендаций. По итогам программы была дана рекомендация компаниям медицинского страхования поддерживать реализацию подобных профилактических вмешательств, принимая во внимание потенциальную пользу для здоровья пожилых людей.

Источник: Keimer et al. (715).

ми в мире за последние 50 лет. В противоположность этому, на востоке Региона смертность от ССЗ среди взрослых достигла самых высоких показателей за все время наблюдения, особенно в Российской Федерации, где такие случаи чаще всего регистрируются как внезапная смерть в результате острого нарушения сердечной деятельности. Для этой части Региона характерны резкие изменения показателей с течением времени (см. рис. 3.7).

Основные факторы риска ССЗ, на которые можно повлиять, – это курение, низкая физическая активность, нездоровое питание (богатое насыщенными жирами, сахаром и солью, а также включающее малое количество фруктов и овощей), злоупотребление алкоголем и ожирение. Представители наиболее незащищенных групп населения подвержены риску развития ССЗ в большей степени (716,719), что отражает распределение факторов риска (таких как употребление алкоголя, курение и ожирение), связанных с социальными детерминантами здоровья, а также более низкий доступ к услугам здравоохранения (716,720,721). Также вызывает беспокойство то, что факторы риска для ССЗ все больше затрагивают молодые возрастные группы, что влечет за собой неблаго-

приятные последствия для общественного здоровья в Регионе и во всем мире (282,283,722,723). Законодательные изменения и налоговые меры, направленные на борьбу с факторами риска, часто ведут лишь к краткосрочным выгодам.

Несправедливости в отношении ССЗ могут усугубляться в тех ситуациях, когда системы здравоохранения не предоставляют базовых услуг при ССЗ на уровне первичной медико-санитарной помощи. Даже там, где данный подход применяется и где все группы населения имеют (в принципе) одинаковый доступ к медицинским услугам, необходимо отслеживать ситуацию, чтобы обеспечить всеобщий охват. В СЦВЕ наблюдается сдвиг в сторону углубления неравенств в доступе к услугам здравоохранения, обусловленный такими факторами, как планирование служб, территориальная и ценовая доступность и механизмы финансирования (32–34).

Целевая группа по профилактике и лечению нарушений здоровья предложила ряд мер, которые следует включать в стратегии по борьбе с ССЗ, в качестве примера программы по профилактике и лечению заболеваний, которые во многом являются причиной разрыва по показателям здоровья, а также несправедливостей в отношении здоровья.

#### **Пример из практики: Ромсос в движении, Осло**

Данная инициатива стартовала в 2000 г. как низзозатратный трехлетний план для жителей одного из районов Осло с проживанием многочисленных этнических меньшинств с низким уровнем образования и высокими показателями смертности, в том числе от ССЗ. В районе Ромсос были самые высокие показатели по смертности из всех 25 административных районов столицы Норвегии. На момент старта программы в этом районе отмечалось широкое распространение таких проблем, как диабет, ожирение и недостаточная физическая активность. Целью программы являлось повышение физической активности жителей района, причем в качестве эталона для сравнения был взят другой район Осло – Фурусет.

В результате работы программы физическая активность жителей выросла на 9,5%, а доля людей, набравших вес в контрольный период, была на 50% меньше, чем в эталонном районе. Положительные эффекты также отмечались в соотношениях содержания общего холестерина и холестерина липопротеидов высокой плотности, триглицеридов и глюкозы в крови, показателях систолического артериального давления и показателях ежедневного курения (718). Результаты среди людей с высоким и низким уровнем образования различались незначительно, однако низкий уровень участия мигрантов в последующем наблюдении говорит о том, что нельзя распространять общие результаты на эту группу населения. В целом, участники программы,

включая тех, кого обычно считают «труднодоступными», оценили программу и ее результаты положительно. Проектная группа продолжает собираться даже спустя пять лет после окончания программы (718).

Jenum et al. (718) выделяют четыре основных вывода по проделанной работе, которые могут быть полезны для медиков, стремящихся повысить физическую активность среди своих пациентов:

- 1) важно проводить теоретически обоснованные многоуровневые и адресные мероприятия по повышению физической активности на уровне местных сообществ и уделяя особое внимание группам высокого риска;
- 2) люди с низким уровнем образования и этнические меньшинства примут физически активные модели поведения, если проводить мероприятия с учетом культурных особенностей, которые повысят психологическую готовность участников программы;
- 3) необходимо тесное сотрудничество между исследователями и местным населением, чтобы внедрить принцип приобщенности к распоряжению программой;
- 4) медицинские работники должны всемерно продвигать территориальный принцип проведения целевых вмешательств по укреплению здоровья жителей неблагополучных районов как часть общей национальной стратегии по сокращению несправедливостей в отношении здоровья по социальному градиенту (718).



#### **CVD1.1.**

Разрабатывать и внедрять популяционные подходы к борьбе с ССЗ, дополняемые оказанием лечебно-профилактической помощи лицам, наиболее подверженным риску вследствие индивидуальных физиологических характеристик и социально-экономического положения.

#### **CVD1.2.**

Разрабатывать и осуществлять специальные программы информирования населения по вопросам здорового питания и физической активности для отдельных целевых групп, дополняемые структурными мерами в поддержку поведенческих изменений. К таким мерам относятся повышение налогов и регламентирование деятельности табачной индустрии, создание в городах безопасных и удобных возможностей для повышения физической активности, инвестирование в безопасный, недорогостоящий и доступный общественный транспорт.

Данные рекомендации согласуются и основаны на мировом и европейском опыте борьбы с неинфекционными заболеваниями.

#### **CVD2.1.**

Обеспечить на основе первичной медико-санитарной помощи лично-ориентированный подход к лечению сердечно-сосудистых заболеваний в целях комплексного воздействия на множественные проблемы и сопутствующие заболевания у мужчин и женщин из социально-экономически незащищенных слоев населения. Это может включать оценку соблюдения принципа справедливого доступа, а также распределения результатов деятельности существующей системы первичной медико-санитарной помощи и профилактических мероприятий в целях повышения их эффективности и более полного охвата социальных групп.

#### **CVD2.2.**

Развивать и поддерживать гендерно-ориентированные бесплатные услуги помощи в отказе от курения лицам, проживающим в неблагополучных районах.

#### **CVD3.1.**

Увеличивать финансовую поддержку для малообеспеченных семей с детьми, чтобы дать им возможности для более здорового питания, привязав объемы поддержки к стоимости продовольственной корзины здорового питания (см. рекомендацию CVD6.1).

#### **CVD3.2.**

Придавать приоритетное значение государственным инвестициям в обустройство мест отдыха для жителей неблагополучных районов.

#### **CVD3.3.**

Предоставлять на безвозмездной (если возможно) или льготной основе высококачественные обеды в школах, а также ограничить

доступ к менее здоровым закускам и сладостям на территории школ.

#### **CVD3.4.**

Повысить доступность фруктов, овощей и других продуктов с низким содержанием жиров, особенно в районах с низким уровнем доходов, например путем организации садовых кооперативов.

#### **CVD4.1.**

Придавать приоритетное значение инвестированию доступных средств в поведение эффективных вмешательств, которые также будут способствовать сокращению несправедливостей, и обеспечивать справедливое распределение ресурсов из бюджета системы здравоохранения на профилактику и контроль ССЗ. Следует начинать с использования имеющейся информации по разрывам в показателях доступности программ помощи в связи с ССЗ для различных групп населения, на основании чего можно будет разрабатывать и внедрять стратегии, которые будут направлены как минимум на решение существующих проблем в здравоохранении (то есть повышение результативности борьбы с ССЗ для социально-экономически незащищенных слоев населения, в частности предоставление необходимых лечебно-профилактических услуг, а также снижение соответствующих факторов риска).

#### **CVD5.1.**

Интегрировать аспекты социальных детерминант и справедливости в системы эпиднадзора и мониторинга, что позволит разрабатывать и осуществлять универсальные и адресные программы по профилактике и лечению ССЗ и оценке распределения воздействия структурных мер, таких как налог на табачную продукцию, уменьшение количества соли в полуфабрикатах и устранение трансжирных кислот, с учетом принципа сокращения несправедливостей. Этот подход согласуется с положениями Европейского плана действий ВОЗ по неинфекционным заболеваниям.

#### **CVD5.2.**

Установить целевые ориентиры в области борьбы против табака, обеспечения здорового питания и физической активности с указанием ожидаемых позитивных сдвигов в разбивке по социально-экономическим группам (см. минимальные критерии мониторинга справедливости в отношении здоровья), возрасту и полу, а также внедрить системы планового сбора данных и мониторинга хода достижения целевых ориентиров. Эти мероприятия согласуются с положениями европейского плана мероприятий ВОЗ по неинфекционным заболеваниям.

#### **CVD6.1.**

Использовать имеющиеся данные для объективного определения абсолютной и относительной стоимости продовольственной корзины для обеспечения здорового питания



**различных групп населения.** Опираясь на эти расчеты, можно будет стимулировать всестороннюю поддержку структурных изменений в политике, направленных на то, чтобы более многочисленные группы населения имели возможность приобретать и потреблять здоровые пищевые продукты, входящие в продовольственную корзину.

### Туберкулез (ТБ)

Уровни заболеваемости туберкулезом в Регионе были представлены в предварительном докладе по данному обзору (724). В 2010 г. разброс составлял от 1 нового случая на 100 000 населения в Монако до 206 в Таджикистане (722–726). Российская Федерация занимает 13 место в мире по масштабам бремени туберкулеза (по абсолютному количеству случаев) (726–727), в 15 странах бывшего СССР наблюдаются наивысшие показатели по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) (727). Высокие показатели заболеваемости туберкулезом, в частности МЛУ-ТБ, являются следствием неудовлетворительно планируемых, неэффективных мер борьбы с туберкулезом, массивной пенитенциарной системы со слабо развитыми противотуберкулезными службами, а также параллельного распространения эпидемии ВИЧ и наличия крупных по численности социально уязвимых групп населения.

Случаи туберкулеза особенно часто возникают и распространяются среди бездомных, в городах, на перенаселенных территориях с мигрантами из стран с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, а также среди лиц с ослабленным иммунитетом вследствие уже имеющихся заболеваний, таких как ВИЧ. Важную роль также играют порождающие трудовую миграцию первичные (глубинные) социальные детерминанты, такие как ограниченные возможности трудоустройства или недостаточная материальная обеспеченность. Низкое социально-экономическое положение и плохие условия жизни повышают риск заболевания туберкулезом, который часто усугубляется отсутствием или неполноценностью лечения из-за потенциальных последствий для больного (потеря заработка из-за отсутствия на работе, стоимость лечения, потеря работы и стигматизация) (728,729). Почти в каждой стране Региона несправедливые различия в показателях смертности от туберкулеза значительно выше, чем от других инфекционных болезней (145).

Туберкулез в Регионе становится все более трудноизлечимым. Показатели успешности лечения за последние пять лет продолжали снижаться – с 72% и 50%, соответственно, для новых и ранее леченных случаев в 2005 г. до 69% и 48% в 2010 г. Этот же показатель для больных МЛУ-ТБ в 2010 г. был равен 56%. Каждый год около 8000 жителей Региона заболевают МЛУ-ТБ, но по состоянию на 2010 г. только у 29 000

был официально зарегистрирован данный диагноз, так как доступ к средствам диагностики ограничен. В Европейском регионе находятся 5 из 27 стран мира с самым тяжелым бременем МЛУ-ТБ: недавние исследования показали, что в Регионе отмечена самая высокая в мире частота МЛУ-ТБ среди новых (32%) и ранее леченных (76%) случаев туберкулеза (725).

В масштабе Региона туберкулез возникает в два раза чаще среди мужчин (726), однако среди пациентов иностранного происхождения разница в показателях меньше. Растущая численность женщин, подверженных социальному отчуждению, все еще «не видна» в национальной статистике (730).

Распространенность туберкулеза и МЛУ-ТБ в сообществах рома в Румынии гораздо выше в результате проживания в неблагоприятных условиях (731). В Российской Федерации продолжает увеличиваться разрыв в показателях заболеваемости туберкулезом между основной частью населения и неблагополучными группами, особенно лицами, содержащимися в местах лишения свободы (732).

Очаги социальной маргинализации и компактного проживания мигрантов внесли свой вклад в повышение показателей заболеваемости в Западной Европе, особенно в крупных городах, таких как Лондон, Париж, Барселона и Милан (733).

Целевая группа по профилактике и лечению нарушений здоровья представила примеры вмешательств, проводимых в различных странах мира с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, для возможного применения полезного опыта в странах Европы (38). Большинство проанализированных мероприятий были направлены на конкретные группы населения, подверженные риску вследствие своего социально-экономического положения и условий жизни; их целью было улучшение медико-санитарной помощи людям с уже выявленным туберкулезом. Однако стратегия по борьбе с туберкулезом должна быть направлена не только на лечение, но и на профилактику: ее целями должны стать повышение доступности лечения и соблюдение лечебных процедур (см. примеры ниже), а также борьба с бедностью и социальной маргинализацией – ключевыми социальными детерминантами туберкулеза. В ряде вмешательств присутствовали профилактические меры, направленные на предупреждение инфицирования членов семьи пациента и других людей в непосредственном окружении (734,735). Важно заключать меморандумы о взаимопонимании со всеми соответствующими организациями в странах, принимающих трудовых мигрантов, гарантирующие им доступ к скринингу, диагностике и лечению.

Целевая группа по профилактике и лечению нарушений здоровья предложила ряд действий, показывающих, как эффективная стратегия по борьбе с туберку-

лезом может способствовать преодолению этой серьезной опасности, в разной степени угрожающей различным странам Региона и различным группам населения в пределах отдельных стран.

### **Пример из практики: поддержка лечения туберкулеза в Томске, Российская Федерация**

В Томской области проводилось лечение больных МЛУ-ТБ по принципу непосредственного наблюдения. Доступ наиболее малообеспеченных пациентов к услугам лечения был обеспечен путем выдачи талонов для проезда в общественном транспорте и обслуживания на дому. Особое внимание уделялось повышению качества оказания помощи пациентам, находящимся или ранее находившимся в местах лишения свободы.

*Источник: Keshavjee et al. (732).*

### **Пример из практики: обеспечение полноценного лечения туберкулеза в Таджикистане**

Принятая ФАО специальная программа продовольственной поддержки и улучшения питания для людей с ВИЧ/СПИД и туберкулезом призвана обеспечивать пищевое восстановление и успешное лечение благодаря продовольственной помощи. Всемирная продовольственная программа в Таджикистане преследует несколько целей:

- помочь пациентам набрать необходимую массу тела для адекватного усвоения лекарств, применяемых в схеме лечения под непосредственным наблюдением; улучшить финансовое обеспечение семей на время, пока основной кормилец находится на лечении;
- дать стимул пациентам с туберкулезом для продолжения приема лекарств в течение всего шестимесячного курса лечения.

#### **ТВ1.1.**

**Обеспечить, чтобы стратегия «Остановить туберкулез» учитывала социальные детерминанты, которые повышают уязвимость и подверженность факторам риска туберкулеза (например, трудовая миграция, плохие условия жизни, перенаселенность жилищ, пребывание в местах лишения свободы).** Она должна включать механизмы поддержки профилактического лечения, обеспечивать соблюдение пациентами режима лечения и влиять на детерминанты риска (например, содействовать сокращению числа лиц, находящихся в местах лишения свободы в связи с незначительными правонарушениями, или сокращать риск потери работы

из-за необходимости посещать лечебные процедуры и проходить полный курс лечения).

#### **ТВ2.1.**

**Обеспечить эффективную реализацию стратегии,** включая не только диагностику, лечение и мониторинг, но также повышение охвата групп риска и лиц, находящихся в особых условиях, укрепление систем здравоохранения, вовлечение медицинских работников и расширение прав и возможностей пациентов и их сообществ.

#### **ТВ2.2.**

**Развивать эффективное сотрудничество и координацию между различными программами здравоохранения** (по туберкулезу, ВИЧ, курению, алкоголю и первичной медико-санитарной помощи) на всех уровнях оказания лечебно-профилактической помощи и в секторе здравоохранения в целом.

#### **ТВ3.1.**

**Развивать эффективное сотрудничество между системой здравоохранения и другими отраслями, задействованными в проведении вмешательств по отношению к социальным детерминантам.** В частности, следует разрабатывать и внедрять программы по созданию стимулов и возможностей для прохождения пациентами полного курса лечения путем преодоления социальных и экономических барьеров, обычно препятствующих соблюдению режима лечения. Речь идет о сохранении рабочего места на время лечения или создании программ продовольственной поддержки и обеспечения полноценного питания, подобных программам ФАО, чтобы обеспечить нормализацию питания пациентов и успех лечения благодаря продовольственной помощи.

#### **ТВ3.2.**

**Поддерживать совместные проекты с другими секторами, чтобы повысить знания о ситуации в отношении глубинных социальных детерминант, таких как трудовая миграция, которые влияют на распространение инфекции.** Сюда входят такие осуществляемые на пробной основе подходы к сокращению распространения инфекции среди определенных групп, как принятие меморандумов о взаимопонимании или соглашений между странами, гарантирующих оказание необходимой медицинской помощи трудовым мигрантам, больным туберкулезом.

#### **ТВ4.1.**

**Провести пересмотр существующих методов лечения туберкулеза и охвата пациентов с позиций обеспечения справедливости в целях выявления возможных пробелов и различий среди групп населения.** Собранные сведения можно использовать для первоочередного оказания помощи тем, кто более всего уязвим и подвержен риску заболевания, которое останется невыявленным и нелеченым вследствие неблагоприятного социально-экономического

положения и условий жизни. Ключевым для данной программы является принцип «лечение как профилактика».

#### **ТВ5.1.**

**Предусмотреть в стратегии сбор данных в разбивке по полу и возрасту, а также по социально-экономическим детерминантам (см. минимальные критерии для мониторинга справедливости в отношении здоровья) в качестве обязательной составляющей планового сбора данных и мониторинга.**

#### **ТВ5.2.**

**Включить анализ справедливости в отношении здоровья, а также гендерной справедливости в плановый мониторинг, доклады и оценки стратегии, включая выявление ключевых пробелов в сборе и анализе данных.**

#### **ТВ6.1.**

**Повышать осведомленность руководителей, определяющих политику (нестигматизирующим образом) о важной роли социальных детерминант и промежуточных факторов риска в отношении туберкулеза, в частности МЛУ-ТБ.**

#### **ТВ6.2.**

**Повышать осведомленность врачей и населения о симптомах ТБ (нестигматизирующим образом) в тех странах, где туберкулез не считается крупной угрозой общественному здоровью.** В мероприятиях по повышению осведомленности должны участвовать люди, непосредственно затронутые проблемой туберкулеза (такие, как пациенты и их семьи).

### **7.3.6**

#### **Значение гендерных норм и ролей для профилактики и лечения**

В главе 3 уже говорилось о том, что у мужчин ниже уровень выживаемости при различных заболеваниях. Это обусловлено рядом факторов, а именно: более высокие уровни профессионального воздействия физических и химических вредных веществ; сопряженные с риском формы поведения, связанные с образом жизни мужчин; парадигмы «мужского поведения» в отношении здоровья (мужчины менее склонны обращаться к врачу в случае болезни и реже сообщают о симптомах) (736). То, что женщины чаще обращаются за медицинской помощью, объясняется не физиологическими различиями, но их большей готовностью обсуждать вопросы недомогания и дискомфорта. Показатели по смертности от инфаркта миокарда у мужчин и женщин значительно различаются именно из-за того, что люди по-разному реагируют на боль и другие симптомы. Случаев инфаркта миокарда у мужчин до 55 лет больше, чем у женщин той же возрастной группы, однако уровень летальности от инфаркта среди женщин выше (737–740).

Мужчины чаще поступают в психиатрические стационары с шизофренией и расстройствами психики, вызванными алкоголем, тогда как женщины чаще госпитализируются в связи с депрессией (741,742). Самоубийства среди мужчин являются важной проблемой для стран Центральной и Восточной Европы, но ни одна страна Западной Европы не входит в 10 стран с самыми высокими показателями в Регионе. По самоубийствам среди женщин показатели в западной и восточной частях Региона существенно не различаются. В десятку стран с максимальной частотой самоубийств среди женщин входят 3 страны Западной Европы.

Поведение в отношении здоровья (например, употребление алкоголя, курение или характер вождения автомобиля) также сильно различается в зависимости от гендерной принадлежности. Показатели смертности от курения составляют 40–60% от имеющего места гендерного разрыва, смертность от алкоголя – 20–30% в восточной части Региона и 10–20% в остальных странах Европы (743). Причины этого углубляющегося разрыва в показателях обсуждаются в главе 3.

Большой объем статистических данных показывает, что молодые мужчины-водители подвергают себя повышенному риску попасть в дорожно-транспортное происшествие. Показатели по другим видам несчастных случаев и по убийствам также значительно выше среди мужчин (744,745).

Насилие по отношению к женщинам является одним из самых достоверных показателей гендерной несправедливости. Оно может крайне негативно сказываться на репродуктивном и сексуальном здоровье и стать причиной выкидышей, рождения маловесных детей, воспалительных заболеваний органов малого таза, а также нарушений психического здоровья в форме посттравматического стрессового расстройства. Пригодных для сравнения данных по всем странам Европы не существует, но в тех, где были проведены соответствующие опросные исследования, на насилие со стороны супруга (сожителя) указывали от 10% до 60% женщин. Анкетирование по вопросам демографии и здоровья от 2010 г. показало, что значительная доля женщин в некоторых странах считают насилие в семье в некоторых случаях оправданным. Исследование показало, что доля тех, кто подвергается насилию, колеблется в зависимости от таких факторов, как бедность, уровень образования, наличие функциональных ограничений (инвалидности) и этническая принадлежность (см., например, доклады опросов в области демографии и здоровья) (746).

На плечи женщины ложится двойная нагрузка: ведение домашнего хозяйства и забота о юных и престарелых членах семьи, что является источником психосоциального стресса на определенных этапах жизни. Ситуацию можно изменить к лучшему путем учета интересов семьи в предоставлении услуг и на рабочем месте, путем

организации дошкольных учреждений, в том числе детских садов и яслей (см. главу 4). Существует ряд примеров успешной практики:

- программы поддержки семьи (обучение безопасному материнству, программы консультаций и программа поддержки отцов, вовлекающая мужчин в послеродовое планирование семьи в Турции);
- проект молодых отцов в Соединенном Королевстве (Англия);
- поддержка дошкольных детских учреждений в Дании и Швеции;
- центр дневного пребывания детей в Польше.

### 7.3.7

#### **Стратегии обеспечения социальной справедливости в работе систем здравоохранения**

Долгосрочный характер мероприятий по профилактике и лечению нарушений здоровья с соблюдением принципа справедливости требует всесторонних мер системы здравоохранения по созданию как долговременных профилактических стратегий, так и планов ближайших действий по борьбе с болезнями. Различия в культуре, истории и развитии стран Региона означают, что достижение всеобщей справедливости в лечебно-профилактических услугах систем здравоохранения требует поэтапного подхода, и его целью должно стать обеспечение всеобщего охвата медико-санитарной помощью всех жителей Европы.

В настоящий момент нет достаточных оснований для того, чтобы считать несправедливые различия в доступе к медицинскому обслуживанию главной причиной несправедливостей в отношении здоровья на севере, западе и юге Европы, однако весьма вероятно, что это влияет на несправедливые разрывы в показателях смертности во многих странах восточной части Региона. Согласно рекомендациям данного доклада, создание справедливой системы здравоохранения, обеспечивающей всеобщий охват услугами, должно быть приоритетной целью для каждой страны Региона. Ни стоимость услуг, ни социальное отчуждение не должны стать преградой для лечения.

#### **Влияние миграции медицинских работников на оказание медицинской помощи**

Оказание лечебно-профилактической помощи в Европе во многом поддерживается с помощью миграции медработников. Это одновременно представляет собой и проблему, и открывающиеся возможности для функционирования системы здравоохранения. Причинами миграции медработников являются несправедливые различия в ресурсах и возможностях. Борьба с данными факторами можно только с помощью финансовых механизмов, которые «уравнивают (профессио-

нальные) условия»: двусторонние налоговые соглашения, открытые схемы компенсации за обучение, а также те, которые направлены на удержание работников.

Несмотря на то что отдельные правительства уже начали работу по сокращению эмиграции медработников с помощью, например, улучшения условий работы и предоставления более выгодных финансовых условий, абсолютно ясно, что необходимы дальнейшие стратегические мероприятия.

#### **Системы здравоохранения, ориентированные на справедливость**

Работа эффективных систем профилактики требует мониторинга и оценки справедливости в отношении здоровья, а также следующих действий, направленных на ее достижение:

- мониторинг социального распределения факторов риска, показателей здоровья и действий системы здравоохранения, а также полезного эффекта мер, принимаемых на уровне всего населения, таких как повышение налогов на табак, ограничение розничной продажи алкоголя и уменьшение количества соли в пищевых продуктах;
- учет и сокращение несправедливых различий в предоставлении лечебно-профилактических услуг мужчинам, женщинам и отдельным, в том числе неблагополучным группам населения;
- обеспечение целесообразности, приемлемости и устойчивости предпринимаемых мер путем активного вовлечения общественности и представителей неблагополучных групп в их планирование.

Для эффективного сокращения несправедливостей любая система здравоохранения должна обладать следующими обязательными характеристиками:

- систематический и устойчивый подход к работе по снижению уровня несправедливостей в отношении здоровья, в основе которого должны лежать сбалансированный набор мероприятий и поддержание баланса между интересами государства и граждан;
- ориентация своей деятельности на максимальное использование потенциала сектора здравоохранения для помощи каждому человеку;
- ориентация своей деятельности на повышение уровня справедливости в отношении здоровья путем сотрудничества с другими секторами;
- поэтапный подход к повышению уровня справедливости в отношении здоровья;
- накопление знаний и опыта для проведения мероприятий, мониторинга и обеспечения прогресса по улучшению ситуации со справедливостью в отношении профилактики и лечения нарушений здоровья;



- коммуникация и коллективные действия для повышения уровня справедливости в отношении здоровья.

Тем не менее каждая страна должна также учитывать свои местные приоритеты. Как было указано в главе 6, органы государственного управления должны следить за тем, чтобы подписываемые страной международные соглашения не противоречили целям местных стратегий и программ в области общественного здравоохранения. Примерами конкретных мер, которые нужно корректировать для каждой отдельно взятой страны, являются:

- осуществление всесторонней политики по контролю за табаком, алкоголем и содержанием соли и жиров в продуктах питания, в которой должны быть описаны методы и способы воздействия, обеспечивающие большую эффективность пропорционально уровню социально-экономического неблагополучия (включая оптимальное использование инструментов ценообразования);
- направление программ по гигиене окружающей среды на уменьшение социального градиента по рискам в связи с такими факторами, как производственный стресс и загрязнение антропогенной среды (см. обсуждение в главах 4 и 6);
- проведение научно обоснованных программ скрининга и управления по факторам риска ССЗ и обнаруживаемых видов рака, которые используют методы активной работы среди населения, чтобы обеспечить пропорционально больший охват и устойчивое участие в программах в зависимости от социальных потребностей;
- устранение финансовых, географических и культурных препятствий для использования медицинских услуг представителями низших социально-экономических слоев населения путем, например, отмены совместных платежей/взносов пациента и выделения необходимых ресурсов для неблагополучных районов.

## 7.4

### Количественная оценка и целевые ориентиры

#### Рекомендация 4(с).

**Организовать регулярную отчетность и общественное рассмотрение вопросов несправедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант на всех уровнях стратегического руководства, включая международный, страновой и местный уровни.**

#### Конкретные действия

- (i) Во всех странах принять четкие стратегии, основанные на местных фактических данных, по исправлению существующих условий и уменьшению масштабов несправедливостей в отношении здоровья путем воздействия на его социальные детерминанты.
- (ii) Включать в эти стратегии мониторинг как социальных детерминант здоровья на всех этапах жизни, так и социального и географического распределения показателей здоровья.
- (iii) Периодически проводить критический обзор этих стратегий на всех уровнях стратегического руководства, включающий углубленные аналитические описания масштабов и тенденций в несправедливости в отношении здоровья и главных детерминант, их порождающих:
  - 1) в каждой стране незамедлительно начать процесс пересмотра стратегий на основе имеющейся информации;
  - 2) обеспечить прогрессивное поступление необходимых для этого данных – как для отслеживания тенденций, так и для оценки того, какие меры являются наиболее действенными;
  - 3) разработать минимальные стандартные требования к таким данным, с участием транснациональных организаций, которые осуществляют их сбор или систематизацию.
- (iv) Государства-члены должны регулярно направлять в ВОЗ отчеты о результатах пересмотра стратегий для обсуждения на региональных совещаниях.

### 7.4.1

#### Введение

Для улучшения здоровья и повышения уровня справедливости в отношении здоровья требуется подход, основанный на фактических данных и новейшей информации. Также необходимо создать систему мониторинга, которая будет предоставлять руководителям, отвечающим за проведение политики, и другим заинтересованным сторонам информацию об уровнях и тенденциях социального распределения показателей здоровья, факторов риска, детерминант, результатов профилактики лечения нарушений здоровья.



Такая система является неотъемлемым компонентом подхода к повышению уровня справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты.

С позиций общественного здравоохранения, первый вопрос, который встает при рассмотрении любого нового стратегического механизма, – позволяет ли он улучшить показатели здоровья и повысить уровень справедливости, обладает ли он для этого достаточным потенциалом? Как указывают Kickbusch и Gleicher (20), для этого необходимо вовлечение многих сторон, совместные подходы и сотрудничество отдельных граждан и всего общества. В частности, как показано в разделе 7.2, общегосударственные подходы играют важнейшую роль при создании программ и реализации стратегий по повышению справедливости в отношении здоровья. Таким образом, в различных областях политики необходима совместная межсекторальная работа на разных уровнях государственного управления – национальном, региональном и местном, – а также сотрудничество с другими заинтересованными сторонами. Там, где ответственность за широкий спектр социальных детерминант здоровья или за деятельность системы здравоохранения переданы, например, региональным и местным властям, уровень развития партнерских отношений и совместную работу необходимо отслеживать. В систему мониторинга также должна быть включена деятельность всех сторон, которая затрагивает здравоохранение и социальные детерминанты здоровья.

Из-за того что в стратегическом руководстве в интересах здоровья и его социальных детерминант участвуют множество различных сторон – государство, частный сектор, НПО и другие субъекты гражданского общества, например благотворительные фонды (20), – зачастую возникают значительные конфликты интересов. Поэтому очень важно отслеживать то, как заинтересованные стороны взаимодействуют друг с другом, однако довольно сложно, в частности, найти способ и прийти к соглашению относительно того, как оценивать их совместный вклад.

В первой части данного раздела описана потребность в системах мониторинга и требования к этим системам, которые позволили бы отслеживать прогресс в борьбе с несправедливостями в отношении здоровья и несправедливым распределением социальных детерминант. Во второй части обсуждается роль мониторинга в цикле формирования и пересмотра политики, включая выбор индикаторов процессов, промежуточных и итоговых результатов, а также их использование для оценки и повышения эффективности программ. В данном контексте рассматриваются широко используемые индикаторы и показатели социальной стратификации, а также применение количественных и качественных оценок. В третьей части обсуждается использование целей и выбор индикаторов для них, в четвертой – подводится итог по возможностям улучшения монито-

ринга в странах, где данные часто недоступны или недостоверны, и, наконец, в последней части кратко изложены действия по мониторингу и постановке целевых ориентиров, которые можно осуществлять во всех странах Региона.

#### 7.4.2

#### Системы мониторинга

Воздействие на социальные детерминанты для повышения справедливости в отношении здоровья требует создания систем мониторинга, в которых будет учитываться, что здоровье населения обеспечивается и поддерживается с помощью сложных взаимодействий между индивидуумами с средой (747) (см. главу 2). Таким образом, необходимо использовать подход к мониторингу, учитывающий более широкие социально-экономические условия жизни людей. При этом следует принимать во внимание индивидуальные факторы риска, с которыми в таком широком контексте человек сталкивается в течение жизни.

Не существует простого, единственного действия/мероприятия, которое стало бы абсолютно эффективным методом реализации программы по социальным детерминантам, поэтому не имеет смысла изолированно отслеживать отдельные факторы. Точно так же применение систем мониторинга, которые сосредоточены на эффективности реализации стратегий, используя лишь какой-либо один аспект несправедливости в отношении здоровья (например, уровень образования, трудоустройство или окружающие условия), может привести к недостаточному учету других факторов. Требуется системный подход, который включает в себя мониторинг и механизм учета результатов, объединяющий взаимосвязи между системами, на которых основано общество и которые определяют здоровье индивидуумов (см. рис. 2.1).

Системы мониторинга также должны учитывать различные уровни стратегического руководства и реализации стратегий и вмешательств – от международных до местных и общественных организаций. Также они должны быть построены таким образом, чтобы избегать стимулирования достижений, которые имеют кратковременный эффект или действуют только в одной части системы, но при этом имеют более широкие негативные последствия. Эта проблема часто обозначают фразой «выполнить задачу, но не достигнуть цели»: например, ставится цель сократить разрыв в показателях средней продолжительности жизни, но достигается она путем сокращения продолжительности жизни тех, у кого этот показатель был самым высоким.

В идеале индикаторы и целевые ориентиры должны быть едиными для всех секторов, которые для достижения успеха следует привлекать к реализации программ. Для этого требуется четко их сформулировать, а также распределить обязанности по их выполнению. Деятельность в других секторах, таких как образование, социальное

обеспечение и окружающая среда, направленная в первую очередь на достижение результатов, важных собственно для этих отраслей, зачастую также затрагивает социальные детерминанты здоровья и справедливости в отношении здоровья. Система мониторинга справедливости в отношении здоровья должна фиксировать многочисленные полезные эффекты, получаемые благодаря эффективным стратегиям и вмешательствам других министерств и организаций, так же как и непосредственно самой системы здравоохранения. Например, работа по смягчению изменения климата и сохранению природных ресурсов может также оказывать влияние на общественное здоровье и несправедливости в отношении здоровья благодаря более широким возможностям для путешествий, созданию зеленых зон и улучшению теплоизоляции жилищ. Аналогичным образом снижение уровня безработицы путем предоставления рабочих мест с хорошими условиями труда будет иметь многочисленные преимущества, включая уменьшение неравенства в отношении здоровья, улучшение социальной интеграции и сплоченности и сокращение бедности.

### 7.4.3

#### Показатели эффективности и цикл реализации и оценки политики

Исходя из вышеописанного подхода и анализа, изложенного в предыдущих главах, необходимо, чтобы системы мониторинга справедливости в отношении здоровья адекватно отражали комплексную природу причинных факторов, секторов, вносящих вклад в их формирование, и совместных действий во всех секторах и на всех уровнях стратегического руководства. Для оценки процессов, а также промежуточных и итоговых результатов необходимы различные типы индикаторов. Индикаторы процессов нужны для того, чтобы определять в динамике, в какой мере осуществляются запланированные мероприятия на всех уровнях и стадиях причинно-следственных связей и способны ли они производить эффекты достаточного спектра и интенсивности, чтобы вызвать необходимые изменения ситуации. Индикаторы промежуточных результатов используются для того, чтобы обеспечить масштабы результатов вышеуказанных процессов, позволяющие повлиять на причинно-следственные связи. Наконец, индикаторы итоговых результатов помогают оценивать полезные изменения, которые происходят в каждой области действий. Однако определенная задержка во времени между самим стратегическим вмешательством и проявлением его положительного воздействия на показатели здоровья, а также трудности отнесения того или иного положительного эффекта на счет конкретных стратегических вмешательств не позволяют опираться исключительно на итоговые индикаторы, а требуют использования также индикаторов процессов и промежуточных результатов.

Согласованная система индикаторов процессов и промежуточных и итоговых результатов крайне важна для эффективного мониторинга. Чтобы обеспечить прогресс по каждому из процессов, которые влияют на несправедливости в отношении здоровья и благополучия, нужно использовать все три вида индикаторов в динамике: например, если индикаторы процессов и промежуточных результатов улучшаются, когда можно ожидать соответствующего улучшения индикаторов итоговых результатов? Заметны ли улучшения в течение заданного отрезка времени? Какой реальный уровень конечного полезного эффекта можно ожидать согласно накопленному опыту и фактическим данным?

Также данная система должна помогать разработке программ, быть заметной для общества и вносить четкий вклад в подотчетность. Чтобы поддерживать доверие к работе системы, важно обеспечить правильную последовательность постановки целевых ориентиров, разработки и реализации стратегических вмешательств и последующей корректировки в свете результатов мониторинга. Цикл мониторинга и корректировки показан на рисунке 7.1.

Из приведенных соображений следуют определенные выводы:

- для поддержания и оценки эффективности в ближайшей, среднесрочной и долгосрочной перспективе требуются различные типы индикаторов;

Рисунок 7.1

#### Система индикаторов

Источник: Marmot Review Team (51).



- так как некоторые желаемые индикаторы не поддаются измерению в данный момент, необходимо использовать такие инструменты измерения, которые подходят для соответствующего периода времени;
- необходимо задать такие индикаторы эффективности, использование которых позволит заинтересованным сторонам достичь желаемых улучшений;
- детальные индикаторы следует периодически пересматривать, чтобы обеспечить их актуальность и специфичность с течением времени; если результаты проводимой оценки того потребуют, их необходимо будет изменить;
- амбициозные перспективные целевые ориентиры должны устанавливаться на самом высоком уровне подотчетности, и их нужно поддерживать

системой локально измеримых индикаторов на национальном уровне и ниже;

- государственные органы и местные власти должны ставить принципиальные целевые ориентиры, которые соответствуют национальным и местным потребностям и создают основу для роста эффективности, который можно будет измерить;
- разумеется, для получения достоверных и объективных оценок роста эффективности необходимо сравнивать ориентиры и индикаторы с другими странами или с другими регионами внутри страны.

### Часто используемые индикаторы

Целевая группа данного обзора по количественной оценке и целевым ориентирам (748) выделила некоторые наиболее часто используемые индикаторы состояния здоровья, образа жизни, а также общественных и психосоциальных факторов, которые могут быть полезны при исследовании и мониторинге социальных несправедливостей в отношении здоровья (табл. 7.1). Все индикаторы затем были распределены по трем категориям,

**Таблица 7.1**

**Потенциальные ключевые индикаторы здоровья, социально-экономического неблагополучия и более широких социальных детерминант здоровья**

	Приоритетные	Желательные	Менее доступные для мониторинга и/или недавно введенные
<b>Здоровье</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Общая смертность</li> <li>Смертность от отдельных причин</li> <li>Перинатальная/материнская смертность</li> <li>Самооценка здоровья</li> <li>Артериальная гипертензия</li> <li>Ожирение</li> <li>Масса тела при рождении</li> <li>Функциональные показатели</li> <li>Репродуктивное здоровье</li> <li>Психическое здоровье</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заболеваемость с учетом этиологии</li> <li>Выживаемость (острые ССЗ, рак)</li> <li>Метаболический синдром</li> <li>Прием лекарств</li> <li>Другие объективные функциональные показатели</li> <li>Когнитивные функции</li> <li>Рост ребенка</li> <li>Функции органов чувств</li> <li>Показатели состояния зубов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Новые факторы риска или биомаркеры (С-реактивный белок, витамины)</li> </ul>
<b>Поведение и факторы риска</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Курение</li> <li>Употребление алкоголя</li> <li>Употребление психоактивных веществ</li> <li>Физическая активность</li> <li>Режим питания / потребление пищи</li> <li>Пользование услугами здравоохранения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Подробные сведения по следующим параметрам: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ характер потребления алкоголя</li> <li>■ потребление питательных веществ</li> <li>■ липиды крови</li> <li>■ антропометрия</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Биологические факторы риска</li> <li>Генетические факторы (как модификаторы эффекта)</li> </ul>
<b>Социально-экономические и психосоциальные факторы</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Образование</li> <li>Семейное положение / условия проживания</li> <li>Профессиональная категория</li> <li>Экономическая активность</li> <li>Фактический доход</li> <li>Распределение дохода</li> <li>Этническая принадлежность / статус мигранта</li> <li>Депривация, связанная с местом жительства</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Материальные ценности/блага (например, машина/недвижимость)</li> <li>Скученность проживания</li> <li>Этапы жизни</li> <li>Индикаторы социально-экономического положения</li> <li>Социальный капитал</li> <li>Социальные связи</li> <li>Социальное отчуждение/участие</li> <li>Контроль личных обстоятельств и связанные с ним меры</li> <li>Режим социального обеспечения</li> <li>Получение льгот и пособий</li> <li>Размер семьи/число детей</li> <li>Качество местной среды</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Самооценка: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ уровня депривации</li> <li>■ экономической удовлетворенности</li> <li>■ благополучия</li> </ul> </li> </ul>

отражающим их приоритетность и пригодность для мониторинга несправедливостей в отношении здоровья: в первую группу вошли наиболее приоритетные; во вторую желаемые, но не применяемые широко; в третью – те, которые могут принести пользу, но в настоящее время недоступны в большинстве стран и/или недостаточно валидированы. Необходимо стараться сделать все желаемые и перспективные индикаторы доступными: шагом к этому может стать использование их (где возможно), чтобы показать, насколько они эффективны. Индикаторы социально-экономического статуса важны сами по себе, но они также часто используются в качестве факторов стратификации показателей здоровья населения (то есть для оценки масштабов социальных несправедливостей в отношении здоровья).

Индикаторы на основе расчетов смертности (общей, от отдельных причин, младенческой и детской, а также ожидаемая продолжительность жизни) используются наиболее часто, в основном потому, что они доступны во всех странах с действующей системой демографической статистики и регистрации актов гражданского состояния и представляют достоверные данные. Индикаторы нелетальных состояний и факторов риска являются крайне желательными, но зависят от доступа к репрезентативным опросам или к функционирующей системе регистрации состояния здоровья населения, который отсутствует во многих европейских странах. Данные по социально-экономическим факторам (и в меньшей степени по психосоциальным) зачастую можно получить из обычной статистической информации (и, разумеется, из опросных данных), однако сведения, собираемые в плановом порядке, обычно позволяют выстроить связь только со сводными данными по относительно крупным территориальным единицам. Чем выше уровень обобщения, тем сильнее различия между среднестатистическими данными и опытом и характеристиками отдельных людей. В результате при повышении уровня обобщения достоверность соответствия среднестатистической информации и индивидуальных данных становится все ниже.

### Факторы социальной стратификации

Более широкие социальные детерминанты здоровья и здорового поведения, описанные в данном докладе, включают в себя факторы раннего детства, образование, условия жизни (например, жилье), занятость и условия работы, уровень дохода, социальную защиту и здравоохранение. Как говорилось в главе 2, социальные детерминанты воздействуют на человека в течение всей его жизни, так что измерение социально-экономического статуса в какой-то один период, скорее всего, не имеет большого смысла.

Чтобы оценить распределение воздействия на здоровье населения хотя бы части из этих факто-

ров, нужно иметь возможность представить данные о состоянии здоровья в соотношении с социальными индикаторами (факторами стратификации). Факторы социальной стратификации обычно определяются своими социально-экономическими или демографическими характеристиками, подобными тем, которые перечислены в таблице 7.2.

Измерение всех факторов стратификации, кроме возраста и пола, должно опираться на теоретическую базу, осуществляться с помощью надежного операционного инструмента и быть гармонизировано для сравнения данных из различных источников. Некоторые показатели, например бедность, можно измерять по-разному: существует абсолютный подход, который устанавливает стандарты для сравнения показателей в различные временные отрезки и для разных групп населения, либо измерение относительно социального контекста, которое позволяет сравнивать уровень доходов (до и после вычета налогов) или благосостояния одной группы относительно другой, но без учета временных различий. Евростат пользуется относительным подходом для мониторинга ситуации в странах-членах ЕС и устанавливает в качестве показателя относительной бедности 60% от среднего (или медианного) эквивалентного дохода (см. раздел 5.2.2). Уровень бедности в ЕС измеряется на основании результатов опросов населения (749) EU-SILC (87). Также на данных EU-SILC по 26 странам основан еще один показатель уровня бедности – индекс материальной депривации (750). Три аспекта депривации, создающие данный индекс, включают в себя уровень потребления, домашние удобства и условия местной среды. Цель данного индекса – составить представление о структуре, распределении и последствиях материальной депривации на национальном уровне и в масштабе ЕС.

**Таблица 7.2**

**Социально-экономические и демографические параметры стратификации, часто используемые для анализа несправедливостей в отношении здоровья**

Социально-экономические характеристики	Демографические характеристики
Доход / достаток / бедность	Географическое местоположение
Образование	Место проживания
Проф. категория	Расовая / этническая принадлежность
Экономическая активность	Доля вдовствующих
Состав семьи и социальная поддержка	Возраст



Индекс относительного благосостояния служит для выявления различий между 11 СЦВЕ и странами СНГ, где проводятся опросы по демографии и здоровью (751) (Российская Федерация в число этих стран не входит). С другой стороны, в США уровень бедности оценивают на основании того, какая доля доходов тратится на еду, а Всемирный банк использует абсолютную величину ежедневного дохода в 1 доллар. Напрямую сравнивать уровни бедности/депривации нелегко, так как результаты зависят от того, рассматривается ли абсолютная или относительная бедность. Очень важно, чтобы необходимые данные продолжали быть доступны в соответствующей форме; также важно, чтобы, где только возможно, применялись стандартные определения и методы.

Информацию о доходах в некоторых странах можно получить напрямую из переписей или административных регистров, наподобие тех, которые есть в Финляндии: там содержится информация о датах рождения и смерти, работе и месте проживания граждан. Различия в методах и источниках данных могут быть значительными (752). При использовании факторов социальной стратификации для сравнения данных из разных стран или разных источников в одной стране нужно учитывать все возможные варианты определений и вышеописанные практические вопросы.

### Качественные методы получения информации

Основных источников данных для мониторинга показателей здоровья общества (система ЗАГС, переписи населения и другие массовые опросы) зачастую не хватает для планирования здравоохранения, особенно на местном уровне. Традиционные количественные и совокупные показатели не учитывают вклад (мнения и отношения) и участие местного населения. Такие программы, как проект ВОЗ «Здоровые города» (753), за последнее десятилетие показали, что оценка потребностей в области здравоохранения должна быть переориентирована с простого мониторинга на поиск и решение проблем местного населения в сфере здоровья с помощью прикладных исследований. Введение качественных методов и подходов, основанных на достижении консенсуса, в процесс разработки стратегий может улучшить взаимопонимание и сотрудничество среди заинтересованных сторон в ходе формирования политики (выборных представителей, администрации, специалистов в области общественного здравоохранения и местных сообществ).

Как обсуждалось в главе 5, игнорирование мнений и опыта местного населения при разработке и проведении политики, направленной на сокращение несправедливостей в отношении здоровья, ограничивает спектр фактических данных, отделяя теоретические знания от реальной ситуации, в которой живут люди, и подрывая

потенциально выгодные идеи синтеза различных видов информации. В результате программы и мероприятия могут быть направлены на проблемы, не являющиеся самыми актуальными, основное внимание уделяется неподходящим решениям, а также усугубляются несправедливости в отношении здоровья.

Интерес к взаимоотношениям науки, политики и практики и гражданского общества постоянно растет. Необходимо создавать возможности для взаимодействия различных видов знания в целях генерирования коллективной аналитической информации, которая может служить обоснованием для действий (481).

За последние 20 лет были разработаны различные виды коллективных качественных методов, направленные на отдельные подгруппы населения, однако они до сих пор мало используются в системах мониторинга. Для правильной корректировки программ на местном уровне необходимо использовать сочетание количественной и качественной информации. Хорошим примером этого является быстрая оценка потребностей населения в сфере здравоохранения, используемая в проекте ВОЗ «Здоровые города» в Хорватии.

Экспресс-оценку можно использовать для определения эффективности вмешательства за короткое время (в течение 1–5 лет с момента его начала) путем исследования ряда показателей успеха. Из-за ограниченных временных рамок эта оценка концентрирует внимание на промежуточных результатах вмешательства, однако в некоторых случаях возможно оценить и следующие итоговые результаты:

- воздействие на политическую среду (макросреда) – оценка степени произведенных изменений;
- воздействие на участников проекта – отдельных людей, группы лиц или сообщества с точки зрения развития их возможностей и влияния на состояние здоровья;
- воздействие на руководство проекта – организации, институты, ассоциации или группы (микросреда);
- мониторинг эффективности проведенного вмешательства.

Одним из преимуществ использования качественных методов, таких как опросы, наблюдения и фокус-группы, является то, что они могут представить мнения «труднодостижимых» или неохваченных слоев населения, включая тех, кто подвержен процессу социального отчуждения (см. главу 5). Включение этих мнений в процесс пересмотра стратегий позволит разрабатывать более совершенные программы, а также повысить качество проводимых вмешательств.

Использование качественного подхода к анализу и вовлечение широких слоев населения



позволяет достигнуть высокого уровня участия сторон в планировании и управлении ресурсами здравоохранения на различных уровнях – от местного и регионального до масштабов всей страны.

#### **Пример из практики: экспресс-оценка медико-санитарных потребностей местных сообществ в Хорватии**

При проведении данной оценки использовались три источника информации:

- существующие количественные показатели здоровья населения;
- письменные комментарии участников;
- мнения участников.

В сочетании с двухдневной конференцией по достижению консенсуса данный подход позволяет участникам:

- оценить ситуацию в отношении здоровья в городе (и использовать результаты оценки как основу для составления городского профиля здоровья);
- выбрать приоритетные области (согласно проекту «Здоровые города»);
- создать рабочие группы по приоритетным областям;
- с учетом проделанной работы внести вклад в разработку городского плана действий в отношении здоровья.

Преимуществами данного метода являются быстрота, низкая затратность, научность, точность, вовлеченность (всех основных заинтересованных сторон: политиков, экспертов и граждан), а также возможность незамедлительно принимать меры и поддерживать достигнутые результаты.

Экспресс-оценка проводилась в 12 городах Хорватии в период с 1996 по 2011 г. В результате были получены научно обоснованные данные об уровне здоровья в каждом городе и сформулированы целевые ориентиры на будущее с использованием показателей, связанных со здоровьем, и мнений горожан о сообществе, его проблемах и возможностях их решения. Научная достоверность была подкреплена строгими правилами отбора участников и групп специалистов, а также процессом триангуляции источников информации (письменные комментарии, мнения и полученные количественные показатели) и исследователей (экспертов из различных областей, включая здравоохранение, эпидемиологию и медицинскую информацию).

#### **7.4.4**

#### **Использование целевых ориентиров**

Целевые ориентиры – это конкретные результаты, намеченные для достижения в процессе разработки политики. Они являются вехами для достижения более широких стратегических целей.

Процессы постановки целевых ориентиров должны осуществляться при широких обсуждениях среди заинтересованных сторон, чтобы в них были задействованы и те, кто будет отвечать за достижение того или иного ориентира, и те, кто получит от этого непосредственную пользу.

В контексте данного доклада итоговый желаемый результат – это улучшение показателей здоровья всего населения и сокращение несправедливостей в отношении здоровья. Конкретные целевые ориентиры, привязанные к планируемым итоговым результатам, формулируются в соответствии с последними, например с использованием показателей смертности или заболеваемости. Целевые ориентиры также можно формулировать в привязке к вкладываемым ресурсам, процессам или промежуточным результатам в тех случаях, когда имеется достаточное научное подтверждение связи улучшений здоровья с соответствующими процессами или промежуточными результатами (рис. 7.1), например такими, как повышение расходов на здравоохранение или введение законов, направленных на улучшение состояния здоровья населения (748). Для стратегий, основанных на социальных детерминантах здоровья, большую важность представляют также целевые ориентиры, не связанные непосредственно со здравоохранением, например относящиеся к таким вопросам, как детская бедность, образование в раннем детском возрасте, жилищные условия и др.

Целевые ориентиры позволяют:

- повысить уровень осведомленности и содействовать формированию политической и организационной поддержки;
- обеспечить политическую приоритизацию проблемы;
- отразить научные взгляды на будущее в плане достижимых улучшений здоровья населения;
- предоставить заинтересованным сторонам материал для обмена опытом;
- создать инструмент укрепления стратегической подотчетности и связи с общественностью;
- определить общую цель для работы в партнерстве;
- стимулировать деятельность и служить точкой отсчета в повседневной работе.

Использование целевых ориентиров может иметь и непредвиденные последствия, включая следующие:

- они могут не соответствовать конечным целям политики: то, что можно измерить, не всегда является хорошим показателем достижения задуманной цели (например, использование косвенных индикаторов при отсутствии легко-доступных показателей благополучия);
- приоритет может быть отдан целевым ориентирам, выполнение которых легко зафиксировать, а не тем, которые наиболее важны;
- индикаторы целевых ориентиров особенно сильно подвержены риску политической манипуляции в отношении методов измерения или интерпретации результатов;
- бюрократические структуры могут оправдывать свое существование, ссылаясь на наличие соответствующего целевого ориентира;
- целевые ориентиры подчиняются «закону уменьшения отдачи» – достижение последних остающихся процентных пунктов в целевом показателе может требовать диспропорционально больших вложений;
- те, кто несет ответственность за реализацию программ, могут сосредоточить все усилия на действиях, необходимых для достижения целевого ориентира (например, краткосрочные меры борьбы с болезнью), а не на несправедливостях, которые приводят к неравномерному распределению конечных показателей (социальные детерминанты здоровья);
- ориентиры могут казаться обременительными и снижать мотивацию к действиям, если их слишком много или они слишком сложные;
- целевые ориентиры часто выражают с помощью среднестатистических показателей по всей стране без учета социального распределения или уровня справедливости в отношении здоровья.

Перспективные ориентиры, в отличие от тех, которых можно быстро достичь, хорошо подходят для национального уровня и выше, однако их нужно подкреплять системой индикаторов на местном уровне. Местные организации должны выбирать целевые ориентиры из предложенного типового набора, в соответствии с местными потребностями и приоритетами; эти ориентиры послужат основой для оценки их деятельности в качестве элемента подотчетности. Безусловно, для получения достоверных и непредвзятых оценок эффективности необходима сопоставимость индикаторов между регионами внутри страны. Ориентиры, используемые для постановки задач и обеспечения подотчетности организаций-исполнителей, должны отвечать принципу SMART:

- Specific (конкретные);
- Measurable (измеримые);
- Achievable (достижимые);
- Relevant (адекватные);

- Time-bound (привязанные к контрольным срокам).

Согласно Fryers (754) и Dahlgren и Whitehead (755), в этом плане нужно обратить внимание на следующие моменты.

- Существует четкое различие между перспективными целевыми ориентирами, основанными на итоговых результатах в отношении здоровья, и оперативными целевыми ориентирами, которые основаны на социальных детерминантах здоровья и/или на процессах вмешательств и конкретных действиях.
- Ориентиры и индикаторы, используемые для оценки деятельности стран и организаций, должны основываться на достижениях, которые в большей степени зависят от действий организаций, ответственных за конкретные цели на данный период времени.
- Необходимо иметь четкую логическую схему, которая с помощью объективных данных сможет связать измеримые вмешательства и действия с желаемыми промежуточными и итоговыми результатами.
- Целевые ориентиры, которые предполагается отслеживать на местном уровне, должны быть поставлены так, чтобы их выполнение можно было контролировать полноценным и надежным образом и чтобы как можно больше местных организаций принимали участие в их реализации.
- Как измерять несправедливые различия в отношении здоровья – в абсолютных или относительных величинах?
- Какие аспекты несправедливости нужно оценивать: социально-экономическую депривацию, места проживания, этническую и/или гендерную принадлежность?
- Измерение различий в итоговых результатах по географическому критерию в качестве основы для других характеристик (например, депривации) позволяет использовать больше данных, однако при этом возможны ошибки в измерениях. Этот момент следует тщательно учитывать при установлении целевых ориентиров по территориальному признаку и принимать необходимые меры для минимизации погрешностей.
- Также необходимо решать, какие аспекты несправедливости в отношении здоровья выражаются непрерывным рядом значений, а какие основаны на положении отдельных (дискретных) групп (например, депривация), и нужно ли определять целевую группу или пытаться снизить социальный градиент в целом по спектру неравенства.
- Целевые ориентиры в области сокращения несправедливостей в отношении здоровья

должны быть последовательными и не противоречить общим целям повышения уровня здоровья.

- Ориентиры и индикаторы должны составляться с применением проверенных статистических методов.
- Методы представления индикаторов и целевых ориентиров должны быть четкими и прозрачными.

### Выбор целевых ориентиров

Индикаторы целевых ориентиров, сформулированных в плане улучшения показателей здоровья в наихудшей группе по сравнению либо с наилучшей группой, либо со средними показателями, должны в максимально возможной степени отражать основную цель политики. Чтобы уровень несправедливости в отношении здоровья в масштабе страны понижался, улучшение показателей здоровья в наиболее неблагополучных группах должно быть выражено в большей степени, чем среди остального населения. Таким образом, целевые ориентиры для повышения справедливости должны включать не только улучшение здоровья социально незащищенного населения, но также и сокращение разрыва между наиболее и наименее обеспеченными группами.

Несправедливости в отношении здоровья существуют не только между наиболее и наименее благополучными группами населения, но также по всему социальному градиенту. В качестве перспективного ориентира для сокращения социального градиента можно взять текущие показатели здоровья среди самых обеспеченных слоев в качестве достижимого стандарта для отдельно взятой страны, а затем наметить цели по восполнению дефицита здоровья поочередно в каждой группе относительно этого стандарта.

Ключевой вопрос, который часто обсуждается в литературе – см., например, Harper et al. (756) – как проводить сравнение, по относительным или абсолютным значениям? Здесь нужно соблюдать осторожность: при изменении общих показателей (когда уровень здоровья повышается или понижается) относительные и абсолютные сопоставления могут указывать на различные показатели прогресса в достижении цели или даже иметь противоположные значения (756). Это объясняется простой математикой. Например, если частота случаев той или иной болезни в группе с наилучшими показателями становится очень низкой или стремится к нулю, частота в наихудшей группе в относительных показателях увеличится даже при умеренном абсолютном снижении заболеваемости. Таким образом, для определения уровня несправедливости в отношении здоровья в той или иной стране и мониторинга прогресса в достижении целей следует, по мере возможности, отслеживать как абсолютные, так и относительные различия. Это важно для

проверки того, не движутся ли абсолютные и относительные показатели в противоположных направлениях, а также с точки зрения политики: общие стратегии повышения благосостояния направлены на изменение *абсолютных* неравенств в отношении здоровья, тогда как стратегии, ориентированные на повышение справедливости в отношении здоровья, должны сокращать *относительные* различия.

Принципы разработки целевых ориентиров были описаны выше. Руководство по использованию специальных методов приведено в отчете целевой группы по количественной оценке и целевым ориентирам (748).

### 7.4.5 Повышение качества информации для мониторинга

Как описано выше, установление целевых ориентиров и мониторинг требуют наличия индикаторов, позволяющих измерять параметры здоровья и поведения в отношении здоровья, факторы биологического риска, социально-экономические и психосоциальные факторы, а также более широкие социальные детерминанты. Во многих странах уже проводится, нередко на систематической основе, сбор данных по большому числу индикаторов. Однако в других странах эти данные часто недоступны или ненадежны. Для этой второй группы стран требуются определенные рекомендации – см. например, Dahlgren & Whitehead (755).

### Обеспечивать минимальный набор переменных

Нереалистично ожидать, что страны с дефицитом данных смогут собирать информацию по очень большому списку индикаторов. Успеху планового сбора данных и проведения анкетирования будет способствовать небольшой, но хорошо подготовленный перечень параметров.

### Показатели для оценки и мониторинга неравенств в отношении здоровья

Для оценки социального положения следует использовать уровень дохода, род занятий или уровень образования. Хотя у этих показателей есть свои недостатки, они в достаточной мере помогают определить социальное положение человека в европейских странах. На практике выбор часто ограничен тем, что наиболее доступно в информационных системах страны.

Если отсутствуют индивидуальные данные по здоровью для разных социально-экономических групп, то для определения социальных неравенств в отношении здоровья следует в качестве косвенных показателей использовать информацию о состоянии здоровья населения в обеспеченных районах в сравнении с менее благополучными. Таким образом всегда можно провести

анализ справедливости в отношении здоровья, даже в странах с недостаточными данными.

Некоторые целевые группы выявили наглядные источники информации в своих областях. Также были проиллюстрированы пробелы в данных, исследованиях и оценках. Они приведены в примерах из практики ниже.

Данные по демографической статистике должны не только обеспечивать полноту и надежность установления причины смерти: они должны быть собраны таким образом, чтобы можно было классифицировать их по географическому местоположению и социально-экономическим факторам, например по сфере занятости или уровню образования. Необходимо обеспечивать, чтобы данные о численности населения (перепись, системы учета населения) можно было представлять в разбивке по таким же географическим и социально-экономическим параметрам.

Крайне важно распространить опросные программы, которые регулярно осуществляются в значительной части европейских стран (например, Европейское интервьюирование по вопросам здоровья (EHIS), Европейское обследование здоровья, EU-SILC и SHARE), на страны Восточной Европы и бывшего СССР, так как это позволило бы получить информацию для непосредственных сравнений между странами. Также важно достичь согласия по минимальному набору показателей (состояние здоровья, факторы риска и социальные детерминанты), которые следует включать в новые или специальные исследования.

Информационные системы здравоохранения должны предоставлять информацию о распределении причин смерти и субъективно воспринимаемых нарушениях здоровья по группам населения, выделенным не только на основании возраста и гендерной принадлежности, но и на основании

### **Пример из практики: мониторинг социальных детерминант здоровья для обоснования программ по улучшению здоровья рабочих**

В отчете целевой группы по занятости и условиям труда (160) описано несколько многообещающих международных, национальных и местных инициатив, которые позволят повысить доступность, качество и сопоставимость данных по здоровью на рабочих местах.

■ Предложенный MOT индекс безопасности труда – это новый инструмент, позволяющий определить, насколько хорошо государство защищает здоровье, безопасность и благополучие работающего населения. На базе данного индекса предполагается создать систему сопоставительного анализа показателей, для того чтобы определять эффективность той или иной страны относительно других стран (757), с использованием индикаторов вложения ресурсов, процессов и итоговых результатов. Мониторинг индикаторов условий труда должен принести максимальную пользу людям, наиболее подверженным рискам для здоровья и благосостояния, связанным с условиями найма и работы.

■ Для выработки стратегий по улучшению здоровья и условий труда сотрудников гражданской авиации было предпринято исследование на основе коллективных действий (participatory action research) – модель, широко применяемая на производстве и в управлении. Исследование было организовано Международной федерацией работников транспорта и направлено в основном на изучение влияния стресса и усталости. Были выявлены возросшая нагрузка в сочетании с ухудшением качества рабочих условий. Исследование позволило проанализировать изменения условий труда и социально-экономической

защищенности работников гражданской авиации по всему миру, а также продемонстрировало возможности улучшения существующей ситуации (160).

■ Французский проект CONSTANCES представляет собой открытую эпидемиологическую лабораторию, которая охватывает около 20 000 застрахованных лиц. Им будет предложено пройти полное медицинское обследование и консультации независимо от того, есть ли у них работа и трудоустроены ли они официально. В настоящее время проводится пилотная оценка осуществимости данного подхода. Одной из целей проекта является обнаружение групп населения, которые наиболее подвержены рискам вследствие своего трудового статуса (160).

■ Инициатива, предпринятая в Германии, направлена на оценку проведенной на законодательной основе национальной кампании пропаганды здоровья на рабочем месте. Больничные кассы имеют законное право в сотрудничестве с заинтересованными сторонами тратить определенную часть средств на меры укрепления здоровья на рабочем месте. Особое значение придается мероприятиям, которые вносят свой вклад в сокращение социальных неравенств в отношении здоровья. Универсального подхода к проведению мероприятий не существует, и до сих пор преобладают программы, относящиеся к поведению в отношении здоровья, однако недавние оценки показывают, что программы приносят пользу чрезмерно загруженным работникам малых и средних предприятий, ранее практически не охваченных подобными программами, однако пожилые работники и работающие женщины все еще участвуют недостаточно. Валидированных данных о воздействиях таких мероприятий на здоровье участников пока нет (160).



социального статуса. По мере возможности социальный статус и гендерные аспекты следует учитывать вместе, поскольку масштаб и причины наблюдаемых социальных неравенств в отношении здоровья нередко различаются в зависимости от гендера. Нужно учитывать различия, например, между малообеспеченными и богатыми женщинами или между мальчиками из обеспеченных и нуждающихся семей.

### Содействовать установлению связей на основе индивидуальных данных

Связь между показателями здоровья и социальными детерминантами обычно оценивается на популяционном (агрегированном) уровне. Как показано выше, это может привести к погрешностям при различной кодировке параметров, используемых в числителе и знаменателе при расчетах, что ведет к искажению и снижению достоверности результатов. Поскольку в большинстве европейских стран (хотя и не во всех) всем

#### Примеры из практики: сбор данных, касающихся детей, как основа для выявления несправедливостей

- Международное исследование ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) охватывает многие страны Региона. Каждые четыре года среди подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет собирают данные по широкому спектру показателей здоровья и социальных индикаторов (44,758).
- В ряде стран, в частности в Соединенном Королевстве (Англия) имеются всесторонние сведения, собираемые на базе школ, в том числе по социально-экономическим параметрам (307).
- В Ирландии в рамках национальной программы по детям, к созданию которой привлекались сами дети и в которой уделяется большое внимание вопросу соблюдения прав ребенка, был разработан набор показателей благополучия детей. Индикаторы представлены в разбивке по возрасту, полу и географическому местоположению и отслеживаются на постоянной основе (759).
- Программа Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen [Национальное интервьюирование и обследование здоровья детей и подростков] (KIGGS) в Германии представляет собой выборочное обследование детей от 0 до 17 лет, дополняемое серией целевых модулей, таких как исследование BELLA по сбору информации о состоянии психического здоровья. Данные включают социально-экономические переменные, которые позволяют провести анализ справедливости в отношении здоровья (760).

гражданам присваивают индивидуальные идентификационные номера, в большей части Региона технически возможно проведение анализа на основании персональных данных. Юридические препятствия для использования личных данных не являются непреодолимыми. В других случаях, возможно, сбор данных потребует расширить, включив индивидуальные идентификационные номера.

### Многострановые исследования (включение стран, не входящих в ЕС)

Многострановые исследования проводятся на регулярной основе в ЕС и в гораздо меньшей степени в странах восточной части Региона, таких как республики Центральной Азии, где часто нет необходимой инфраструктуры для систематического сбора высококачественных данных. Периодически проводятся опросы по демографии и здоровью и мультииндикаторные кластерные исследования, но они обычно охватывают только частные причины заболеваемости и смертности.

Еще один вариант, который может быть полезен при дальнейших исследованиях, – это регулярные (иногда ежегодные) исследования, проводимые Институтом Гэллага. «Мировой опрос» Гэллага включает анкетирование по вопросам самооценки здоровья и благополучия практически во всех странах мира, и организация этих исследований может быть использована для сбора новой информации по определенным вопросам. Региональное бюро недавно начало обсуждения с европейским отделением Института Гэллага о возможностях развития таких программ.

В любом случае целью любых программ должно являться повышение уровня здоровья наименее обеспеченного населения и ни в коем случае не понижение подобных показателей среди обеспеченных слоев общества.

#### 7.4.6 Ключевые требования к системе мониторинга

Мониторинг должен охватывать главные цели любой стратегии – общее улучшение здоровья и сокращение уровня несправедливостей в отношении здоровья и его социальных детерминант. Для этого необходимо отслеживать улучшения в состоянии здоровья всех людей, проверяя, чтобы показатели по социально незащищенным группам населения росли, приближались к показателям наиболее обеспеченных слоев общества и чтобы предпринимаемые конкретные меры действительно вносили вклад в этот процесс.

Чтобы обеспечить проведение такого мониторинга, страны Европейского региона должны:

- обеспечить сбор данных в объеме, предусмотренном в подходе к эпиднадзору за уровнем



### **Практический анализ: пробелы в данных и исследование неравенств в отношении пожилых людей**

- Необходимо проводить дальнейшие исследования масштабов несправедливости в отношении здоровья среди пожилых людей, особенно в СЦВЕ.
- Результаты исследований несправедливостей в отношении здоровья среди взрослых следует представлять в разбивке по возрастным группам и анализировать различия между ними.
- Необходимо безотлагательно уделить внимание разработке вмешательств для сокращения несправедливостей в отношении здоровья пожилых людей. Многообещающими сферами исследований являются содействие физической активности как на общественном, так и на индивидуальном уровне, реабилитация и третичная профилактика для больных хроническими заболеваниями и мероприятия по борьбе с несправедливостями в профилактическом обслуживании.
- На более фундаментальном уровне необходимы дальнейшие исследования влияния ключевых детерминант, таких как уровень дохода, жилищные условия, возможности для работы и участия в общественной жизни, а также определение минимального уровня дохода и стандартов проживания, необходимых для поддержания здоровья в пожилом возрасте.

справедливости в отношении здоровья, рекомендованном КСДЗ (2);

- определить приоритеты для планового сбора данных;
- обеспечить сбор данных как минимум по основным социально-экономическим показателям;
- поддерживать существующие системы сбора данных там, где они действуют;
- поощрять внедрение стандартных протоколов национальных опросных обследований по здоровью (таких как EHIS) во всех странах Региона;
- разрабатывать эффективные механизмы вовлечения отдельных граждан и групп населения, на которых направлены программы, к активному и действенному участию в принятии решений, влияющих на их жизнь (481);
- рассмотреть возможности для использования инструментов экспресс-оценки медико-санитарных потребностей;
- поддерживать и создавать возможности для мониторинга, исследования и оценки социаль-

### **Практический анализ: пробелы в данных и исследования по проблемам устойчивости и неравенств**

Данных научных исследований не хватает во многих областях, в частности относительно проблем в СЦВЕ и бывших советских республиках. Необходимо использовать подходы, которые включают в себя эпидемиологический анализ экологических и других длительно воздействующих рисков, угрожающих устойчивому здоровью как всего населения, так и маргинализированных групп.

Недостатки существующих систем эпиднадзора за факторами риска хронических заболеваний не позволяют провести анализ сравнимых причин смерти в Европе (38). Эффективные индикаторы должны быть сопоставимы с европейскими, но разрабатываться на местном уровне. Некоторые могут иметь специальное значение только для определенной страны, однако при этом эффективно помогать в выявлении несправедливостей в отношении здоровья в данной стране. Таким образом, следует разрабатывать такие индикаторы на местном уровне и извлекать из них пользу, даже если в других странах аналогичных индикаторов нет. Чтобы лучше понимать причинно-следственные связи между устойчивостью и несправедливостями в отношении здоровья, нужно обеспечить сбор более детальных статистических данных, относящихся к этим связям, которые помогут разрабатывать эффективные вмешательства.

ных детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья с учетом местных условий;

- при рассмотрении альтернативных вариантов политики в отношении той или иной детерминанты здоровья проводить прогнозирование предотвращенной смертности или улучшения здоровья: оценки ожидаемого воздействия на здоровье должны охватывать все социальные детерминанты здоровья, в том числе аспекты справедливости. Последние оцениваются путем сравнения полезных эффектов для различных социально-экономических групп. Требуется методологическое исследование для интеграции эффектов несправедливости в отношении здоровья в экономические оценки стратегий, которые способны воздействовать на социальные градиенты здоровья;
- регулярно публиковать обзоры прогресса, которые должны включать в себя глубокие аналитические описания масштабов и тенденций в сфере несправедливостей в отношении здоровья и основных детерминант, которые их вызывают.



## **Часть IV**

### **Осуществление стратегий и действий**

**Действия, направленные на устранение несправедливостей и сокращение разрыва по показателям здоровья, а также на детерминанты здоровья, должны носить систематический и устойчивый характер.**

**Неотъемлемым фактором для достижения этой цели и жизненно важной предпосылкой для улучшения здоровья населения является создание более благоприятных политических, социальных, экономических и институциональных условий. Межсекторальные стратегии необходимы и незаменимы.**

**В части IV предлагается основанное на данных принципах практическое руководство по осуществлению стратегий сокращения несправедливостей в отношении здоровья.**



### 8.1 Введение

В данной главе изложены ключевые принципы внедрения рекомендаций обзора, которые основаны на фактических данных, представленных в предыдущих главах. В центре внимания наиболее перспективные подходы к повышению уровня справедливости в отношении здоровья путем воздействия на его социальные детерминанты.

Как было указано в главе 7, для достижения успеха необходимо участие множества заинтересованных сторон, вовлеченных в каждую из социальных детерминант. Также требуется использовать инструменты для поощрения сотрудничества между заинтересованными сторонами и иметь необходимый потенциал для обеспечения подотчетности со стороны руководителей, принимающих решения. Участие населения и, в частности, предполагаемых бенефициаров политики чрезвычайно важно (что было подчеркнуто в главе 7) не только для обеспечения прозрачности в принятии решений, но также и для повышения эффективности действий (стратегий и инвестиций) по сокращению несправедливостей в отношении здоровья. В главе говорится о взаимозависимости разных уровней стратегического руководства и подробно рассматриваются два важных примера из практики: о международной деятельности, направленной на сокращение разрыва по показателям здоровья, и о роли местных органов власти.

### 8.2

#### Системы эффективной реализации

Методы воздействия на социальные детерминанты здоровья и сокращение несправедливостей в отношении здоровья должны отвечать критериям практичности, эффективности, справедливости и устойчивости. Для этих развивающихся систем стратегического руководства и реализации мер, направленных на сокращение несправедливостей в отношении здоровья и воздействие на его социальные детерминанты, предоставляется «системный контрольный список» («systems checklist»), по которому можно сверять, охватывают ли предпринимаемые действия все необходимые государственные структуры и все общество. Такой подход резко отличается от тенденции разработки узконаправленных программ и стратегий, предназначенных для ограниченных целевых групп. Данный вопрос подробнее рассматривается в разделе 8.2.2.

В контрольном списке представлены характеристики систем, которые могут оказаться эффективными в преодолении несправедливостей в отно-

шении здоровья и воздействию на его социальные детерминанты. В списке намеренно используются обобщенные термины, чтобы стратегии можно было легко адаптировать для разных культур, традиций и точек зрения в странах Региона.

Системам и секторам на разных уровнях необходимо взаимодействовать, чтобы создавать основанные на ценностях и фактических данных системы стратегического руководства и реализации мер, позволяющие воздействовать на социальные детерминанты здоровья, сокращать несправедливости и достигать положительных справедливых результатов в отношении здоровья. В основу этой работы должны быть положены факты, собранные для данного обзора, и системы мониторинга, описанные в главе 7.

Стратегическое руководство в поддержку справедливости требует развития новых и/или совершенствования имеющихся инструментов и механизмов, которые могут обеспечить равноправное участие всех заинтересованных сторон и их вклад в процессы принятия решений. В частности, необходимо особо контролировать, чтобы потребности маргинализированных и уязвимых социальных групп признавались и учитывались при распределении ресурсов, а также при разработке, отслеживании и оценке стратегий, услуг и вмешательств. Таким образом стратегическое руководство в поддержку справедливости в отношении здоровья сможет одновременно продвигать и поддерживать социальную интеграцию и социальную справедливость.

С учетом вышеизложенного стратегическое руководство в поддержку справедливости в отношении здоровья играет важную роль в следующих аспектах:

- разработка необходимых законов и норм с целью усиления **коллективной ответственности за соблюдение принципа справедливости** в различных секторах и вовлечение в этот процесс ответственных лиц в государственных органах и за их пределами;
- использование механизмов, которые активно способствуют **вовлечению местного населения** и других заинтересованных сторон в процесс выявления проблем и выработки решений, а также обеспечивают равноправие всех мнений и интересов в ходе принятия решений;
- проведение **регулярной совместной оценки прогресса**, что способствует достижению общего понимания и поддерживает стремление к получению общих результатов с течением времени;

- использование **различных видов фактических данных** для того, чтобы стратегии были направлены на основные причинно-следственные связи и допускали внесение адаптивных изменений по ходу реализации.

Kickbusch & Gleicher (20) квалифицировали эти аспекты как входящие в число признаков рационального стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке (см. раздел 7.2.2).

Ключевые принципы такого руководства (20) были представлены в разделе 7.2. Системы стратегического руководства и реализации мер должны предусматривать процессы, опирающиеся на инновации в модернизированных и усиленных системах общественного здравоохранения. Все управление при этом должно основываться на таких важных аспектах, как сотрудничество, вовлеченность, регулирование, убеждение, использование независимых учреждений и экспертных комиссий, адаптивные стратегии, прочные структуры и дальновидность.

Надежные системы стратегического руководства в интересах здоровья должны включать характеристики, которые демонстрируют следующее:

- политическая приверженность;
- доказательность, использование количественных показателей и исследований;
- правовые структуры и системы;
- межведомственная государственная политика;
- согласованность стратегий;
- расширение прав и возможностей населения;
- прозрачность данных;
- наращивание оперативных возможностей;
- модернизированное общественное здравоохранение;
- коллегиальные органы стратегического руководства;
- надлежащим образом оформленное распределение функций;
- многоуровневое управление;
- организационный потенциал;
- обучающие и инновационные системы.

Системы реализации мер должны включать характеристики, в которых отражено соблюдение следующих принципов:

- четкая цепочка реализации мер;
- сопричастность и активное управление;
- рычаги и стимулы;
- контроль эффективности;
- прочное гражданское, исполнительное и политическое лидерство;

- стабильное финансирование и обучение;
- политическая поддержка и официально установленное распределение обязанностей;
- широкое публичное освещение и участие общества.

Ниже эти характеристики и их значение для реализации мер описаны более подробно.

### 8.2.1 Политическая приверженность

Для сокращения несправедливостей в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты необходим высокий уровень политической приверженности со стороны органов государственного управления – от четкого лидерства (на национальном или местном уровне) до использования рычагов политической власти для реализации соответствующих мер. Во многих европейских странах проделана значительная работа для того, чтобы социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья заняли надлежащее место в политической повестке дня (761).

Существует хорошая возможность изучения опыта других стран, добившихся повышения политической приверженности (см. соответствующие примеры в главе 7). Определение факторов, которые могут быть выработаны и адаптированы для достижения приверженности в различных условиях, потенциально могло бы способствовать ее быстрому повсеместному наращиванию.

Министерства здравоохранения и медико-санитарное сообщество должны аргументированно изложить, почему повышение уровня справедливости является приоритетной задачей не только для здравоохранения, но и для достижения других общественных целей и устремлений. Социальные детерминанты здоровья одновременно лежат в основе и многих других показателей жизни общества и граждан. Преодоление несправедливости, направленное на получение конкретных результатов, позволяет одновременно решать ряд социальных задач: например, описанные в главе 4 меры сокращения фундаментальных несправедливостей в отношении детей раннего возраста направлены на получение благоприятных результатов в плане здоровья, образования, индивидуального развития и последующих жизненных шансов. Это гораздо более весомый аргумент, нежели, к примеру, обращение к министрам образования за поддержкой здравоохранительных мер как таковых.

Такой подход может быть внедрен путем проведения совместных оценок с другими секторами и заинтересованными сторонами – как в государственных, так и в негосударственных структурах, включая местные сообщества. В любые отчеты о результатах конкретных стратегий и доклады по более общим аспектам общественного прогресса



и развития необходимо включать оценку влияния проводимой политики в отношении здоровья и его социальных детерминант в плане повышения уровня социальной справедливости.

### 8.2.2

#### **Комплексные стратегии, способные оказывать воздействие на социальные детерминанты здоровья**

Все более широко признается необходимость разработки комплексных стратегий и решений, направленных на воздействие на базовые детерминанты здоровья и повышение уровня справедливости в отношении здоровья (см. отчет целевой группы по стратегическому руководству и механизмам реализации (664)). Сюда входят всесторонние стратегии по сокращению несправедливостей в отношении здоровья, охватывающие все население, но с интенсивностью вмешательств, пропорциональной потребностям по широкому спектру социальных детерминант. Примеры таких комплексных стратегий из практики Норвегии и Соединенного Королевства (Шотландия) приведены в главе 7.

Тем не менее государственные органы чаще разрабатывают узконаправленные программы и стратегии, предназначенные для ограниченных целевых групп. Такие инициативы можно встретить почти в каждой стране Региона: к их числу, например, относятся различные стратегии интеграции народности рома в странах Центральной, Южной и Восточной Европы (см. главу 5). Ниже описаны недостатки таких стратегий, характеризующихся отсутствием универсальной базы.

Включение целей и задач по улучшению здоровья в национальные стратегии по сокращению бедности является отличительной чертой комплексных стратегий, осуществляемых в странах СНГ. Однако показатели, которыми измеряются улучшения в состоянии здоровья различных групп населения, нередко слишком обобщенные, и аспекты социальной справедливости скорее подразумеваются, нежели чем получают конкретное отражение в соответствующих индикаторах. Эти аспекты чаще звучат только в декларациях ценностей и не рассматриваются в качестве объективного критерия успешности комплексных мер (664).

Еще один подход – это включение в национальные планы развития конкретных целевых ориентиров по повышению уровня справедливости в отношении здоровья. За последние годы в Словении на национальном и местном уровнях значительно усилилась работа по сокращению несправедливостей. Министерство здравоохранения совместно с другими секторами стремится к достижению общих целей в этой области и использует показатели уровня справедливости в отношении здоровья (на уровне детерминант) как катализаторы объединенных стратегических

действий, направленных на повышение справедливости в сфере государственной политики (664).

#### **Справедливость в отношении здоровья во всех стратегиях – межсекторальная работа**

Рекомендации обзора основаны на фактических данных, свидетельствующих о том, что политика любого сектора государственного управления потенциально может влиять на здоровье и несправедливости в отношении здоровья. Здоровью не обязательно быть непосредственной целью какой-либо стратегии, но если не учитывать влияние таких стратегий на здоровье и справедливость в отношении здоровья, будет, вероятно, упущено множество возможностей для сокращения градиентов по показателям здоровья и получения дополнительных положительных результатов. Взаимно согласованные меры в различных отраслях могут внести существенный вклад в дело охраны и улучшения здоровья. Как указано в разделе 8.2.1, оценка всех стратегий и программ с точки зрения их влияния на справедливость в отношении здоровья должна стать обязательной частью процесса разработки любой политики.

Межсекторальные меры требуют эффективного сотрудничества на национальном и местном уровнях между государственными органами, учреждениями, некоммерческими организациями и, по мере целесообразности, частным сектором. Для преодоления несправедливостей в отношении здоровья чрезвычайную важность имеют меры, предпринимаемые на местном уровне и направленные на активное вовлечение населения в планирование и разработку программ в сообществе. Для реализации этих мер должны быть созданы механизмы финансирования и структура подотчетности, соответствующие местным реалиям. Для установления эффективного сотрудничества между различными секторами, организационные подходы и методы которых отличаются друг от друга, крайне важно формулировать задачи так, чтобы они отвечали интересам всех партнеров (вставка 8.1).

Работа в партнерстве – необходимое условие для воздействия на социальные детерминанты здоровья, что требует комплексного сотрудничества многих заинтересованных сторон, которые должны предпринимать согласованные и последовательные меры, направленные на решение конкретных проблем. Для этого необходимы общие механизмы оценки и постановки целей, совместные бюджеты и системы подотчетности.

Тем не менее можно выделить серьезные препятствия для плодотворного сотрудничества, в том числе недостаток понимания или желания воздействовать на ключевые аспекты социальных детерминант здоровья, а также искусственное отделение политики охраны здоровья от других стратегических направлений, что приводит к смещению ответственности. Такое смещение

### **Вставка 8.1**

#### **Меры в поддержку межсекторальных действий**

- Апеллируйте к общественной обеспокоенности проблемами здоровья и благополучия той или иной социально незащищенной группы.
- Привлекайте политических активистов и лидеров общественного мнения для продвижения межсекторальных действий.
- Формулируйте задачи таким образом, чтобы они представляли актуальность для всех секторов.
- Опирайтесь на международное лидерство.
- Создайте платформу для научных исследований.
- Используйте общепризнанный аргумент о необходимости более эффективного использования ограниченных ресурсов.
- Укажите на недостатки предыдущих подходов, особенно когда различные секторы работали в одиночку.
- Используйте политические перемены для переоценки ролей и построения более плодотворного сотрудничества.
- Добивайтесь консенсуса на общих встречах, таких как конференции или собрания местных жителей.

может усугубляться невозможностью определить, сколько средств тратится на социальные детерминанты здоровья. Эта проблема характерна для многих стран, и ее решение требует систематического подхода. В целом, несмотря на то что многие стратегии включают в себя работу в партнерстве, недостаток систематической оценки не позволяет с точностью утверждать, что партнерства способствуют достижению более благоприятных результатов в деле улучшения здоровья. Однако есть предпосылки к развитию зрелых партнерских отношений, действительно способных приносить положительные плоды.

Главное требование – это отличительно новая модель лидерства, ориентированная на системный подход с опорой на активное вовлечение общественности. В модели реализации мер здоровье и благосостояние должны быть тесно связаны, и баланс влияний должен смещаться от специалистов и государственных учреждений к местному населению и сообществам (как это изложено в главе 7). Для этого требуется признать, что местные ресурсы дают более широкие возможности, а система взаимопомощи устраняет преграды между специалистами и широкой общественностью.

Данные о внедрении стратегий показывают, что, когда этот процесс имеет четкое общее стратеги-

ческое направление и сопровождается договоренностью об общих приоритетах среди всех действующих структур, а задачи сведены только к тем, которые нужны для достижения стратегических целей, такой подход дает возможность местным руководителям, гражданам и сообществам разрабатывать решения под конкретные местные проблемы и способствует созданию более стройной местной системы подотчетности. Достижение синергизма, необходимого для устойчивого прогресса, требует согласованности стратегии, политики и механизмов реализации в масштабе всей системы, в строгом соответствии с ценностями и принципами социальной справедливости (763). Формальные и неформальные партнерские структуры являются частью общего дела и должны быть усовершенствованы в плане не столько наращивания объемов работы, сколько оптимизации посреднических и стимулирующих функций.

### **Пропорциональный универсализм**

Как было показано в главе 2, стратегии, основанные на принципе пропорционального универсализма, играют центральную роль в сокращении несправедливости в социальных детерминантах. Элемент универсализма нужен для того, чтобы гарантировать, что эти стратегии устойчивы, получают социальную поддержку и политическую приверженность, снижают стигматизацию и предотвращают социальную изоляцию, что дает возможность привлечь достаточные инвестиции. Меры, направленные на узкие социальные группы, менее эффективны, чем те, которые охватывают все общество.

Для обеспечения затратоэффективности необходимо, чтобы инвестиции и масштабы мер были пропорциональны социальной потребности такого охвата населения, который будет достаточен для выравнивания социального градиента по верхнему уровню. Хотя изначально инвестиции могут быть значительными, отдача все равно выше и при этом легче избежать нерационального расходования средств, дублирования, погони за ближайшими результатами в ущерб перспективным целям, а также преждевременного свертывания программ. Например, инициатива «Надежный старт» (Sure Start) в Соединенном Королевстве (Англия) (см. главу 4) достаточно универсальна, но потребовала больших усилий для активного вовлечения и реальной поддержки малоимущих слоев населения, а также больших вложений в обучение нуждающихся в этом семейным навыкам воспитания и ухода за детьми.

Универсальные системы здравоохранения и всеобщий охват медико-санитарной помощью обеспечивают важную основу для преодоления несправедливости в отношении здоровья, при этом предпочтение отдается комплексным и многоотраслевым подходам, нацеленным как на общество в целом, так и на социально неблагополучные группы.

Внедрение в практику пропорционального подхода, основанного на социальных градиентах, требует обязательного наличия таких составляющих, как универсальные системы здравоохранения и социальной защиты, системная и стабильная тактика, а также эффективные механизмы для реализации общегосударственных мер. В связи с различиями в культуре, истории и развитии стран Региона установление справедливости в отношении профилактики и лечения должно быть поэтапным. Каждой стране нужно пройти определенный путь, но старт у всех изначально разный. Универсальные системы здравоохранения – это то, к чему должны стремиться все страны, но шаги на пути к цели будут различаться.

### Межсекторальное сотрудничество

Воздействие на социальные детерминанты здоровья и сокращение несправедливостей в отношении здоровья не должно сдерживаться организационными, секторальными или географическими границами. Однако трудности и ресурсные проблемы в работе на пересечении этих множественных границ приводят к плохо скоординированным действиям, из-за чего основные задачи могут дублироваться или вступать в противоречие друг с другом. Очень часто одинаковые программы повторяются в различных областях и в рамках различных дисциплин.

Широта спектра проблем, связанных с социальными детерминантами, и необходимость принятия широкоохватных межсекторальных мер в большинстве стран требуют построения комплексных партнерских отношений, что затрудняет достижение консенсуса в отношении приоритетов. Выстраивание и укрепление руководящих ролей в межсекторальной работе, координировании инициатив и развитии партнерских отношений – это одна из явных и несомненных трудностей в осуществлении стратегий.

### Уровни расходов и определение источников финансирования

Очень важно точно определять уровни затрат, в особенности отдельный бюджет для воздействия на социальные детерминанты здоровья. Подсчитать, сколько денег выделено на конкретные программы, не слишком сложно. Гораздо труднее составить точное представление о суммарном бюджете, израсходованном на улучшение социальных детерминант и сокращение несправедливостей в отношении здоровья. Отдельную проблему представляет необходимость включать меры, касающиеся тесно связанных сфер деятельности, таких как образование, общественный транспорт, безопасность населения и территориальное планирование.

#### 8.2.3 Подотчетность

В целях обеспечения развития, реализации и оценки эффективности межсекторальной полити-

ки должны функционировать механизмы подотчетности, подкрепляемые системой позитивных стимулов. Как обсуждалось в главе 7, для достижения успеха крайне важно иметь четкий механизм контроля с прозрачной системой отчетности, а также структуры, способные поддерживать ответственность всех заинтересованных сторон за свои участки работы. Такие структуры должны привлекать компетентных высококвалифицированных специалистов в области здравоохранения и социальных детерминант здоровья, но также взаимодействовать с местным населением. В главе 5 говорится о том, что члены местного сообщества могут наиболее точно определить свои нужды и устремления: структуры, которые дают людям возможность полноценно участвовать в процессе принятия решений, касающихся их сообществ, требуют прозрачности информации и настойчивых усилий по наращиванию потенциала во всех секторах.

Эффективная система подотчетности подразумевает одновременное использование «жестких» и «мягких» механизмов. Сюда относятся законы и нормы, парламентские решения, официальные протоколы о взаимопонимании (в том числе соглашения и контракты), а также финансовые и премиальные системы, привязанные к коллективным результатам (такие как консолидированные или долевого бюджета). Эффективность стратегий следует контролировать с помощью проведения структурированной оценки конечного полезного эффекта, а для поддержки активности на местном и национальном уровнях должен быть отлажен процесс непрерывного системного совершенствования. В качестве общей рекомендации предлагается обеспечивать регулярную отчетность и общественный разбор проявлений несправедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант на всех уровнях стратегического руководства: международном, страновом и местном.

Для поддержки эффективности стратегий необходимо наладить в масштабе Европы обмен информацией по таким вопросам, как инновационные подходы, тенденции и успешные вмешательства, направленные на повышение уровня справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты.

### Инструменты для обеспечения одотчетности и стимулирования сотрудничества

В любой стране в традиционный набор инструментов для проведения единой политики и установления справедливости в распределении ресурсов входит следующее: методики оценки воздействия, работа методических и специализированных подразделений (как те, что используются в Румынии), регулярное проведение межсекторального обзора расходов на сокращение несправедливостей (764), а также методики анализа распределения общественных благ, используемые, например, в стратегии интеграции народности рома в Сербии

(см. главу 7). Такие инструменты стратегического руководства все чаще используются объединенными рабочими группами и командами с вовлечением многочисленных стратегических секторов (664). Ими пользуются также некоторые НПО и независимые академические структуры и подразделения стратегической поддержки: примерами могут служить инициатива «Равное благополучие» (Equally well) в Соединенном Королевстве (Шотландия) и комплекс мероприятий в отношении народности рома в бывшей югославской Республике Македония.

Эти процессы в сфере совместного отслеживания результатов различны в странах Региона. Развитие сотрудничества и управление эффективностью считаются обязательными составляющими работы по воздействию на социальные детерминанты здоровья и сокращению несправедливостей в отношении здоровья. Однако оказалось, что такие методы занимают слишком много времени, влекут значительные скрытые издержки (потеря индивидуального/отраслевого влияния, ресурсов и статуса) и иногда противоречат существующим культурным нормам и ценностям руководства и ответственных лиц. Именно поэтому рекомендуется наряду с более иерархическими, или «жесткими» приемами использовать «более мягкие» инструменты. Это будет способствовать совместному достижению результатов и созданию единой системы подотчетности в отношении результатов работы по достижению социальной справедливости в различных стратегических областях.

Многие страны Региона в настоящее время пересматривают свои национальные и местные планы развития и оценивают или реформируют политику и службы здравоохранения. Во многих из них имеются прямые намерения или, по крайней мере, проявляется заинтересованность в усилении механизмов подотчетности в целях стимулирования действий, направленных на социальные детерминанты. Так, в 2011 г. в Норвегии был принят новый закон об общественном здравоохранении (вступил в силу с 1 января 2012 г.), который должен «внести вклад в общественное развитие с особым упором на здоровье населения и сокращение социальных несправедливостей в отношении здоровья» (765). Отличительная черта данного закона – это то, что в нем забота о здоровье населения входит в зону ответственности всех центральных и муниципальных органов государственного управления, а не лежит на плечах лишь одного сектора здравоохранения. В нем указано, что муниципальные структуры государственного управления в Норвегии должны вовлекать все секторы в дело общественного здравоохранения. Дополнительные инструменты, такие как национальная система предоставления показателей здоровья в местные органы власти (в том числе показателей социальных детерминант здоровья), дополняют новый закон и поддерживают выполнение обязательств заинтересованными сторонами на разных уровнях управления.

Аналогичным образом в Кыргызстане в рамках Национальной программы реформы здравоохранения «Манас Таалими» разработан и внедрен межотраслевой план действий по улучшению здоровья населения. План действий был включен в закон о реформе здравоохранения в 2006 г., официально утвержден на парламентском уровне и в настоящее время осуществляется на практике. В плане предусмотрено принятие координированных мер в секторе здравоохранения и других отраслях, направленных на улучшение условий жизни (в частности, водоснабжения и жилищного обеспечения), предупреждение болезней, обусловленных неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями, формирование здорового образа жизни и улучшение доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи. Он также служит основой для координации поддержки со стороны агентств внешней помощи под эгидой общих задач улучшения здоровья для всех на уровне местных сообществ.

#### **8.2.4 Фактические данные и количественная оценка**

Объем фактических данных об эффективности конкретных вмешательств довольно ограничен. В результате сложно оценить существующие программы и, следовательно, не хватает необходимой информации для планирования будущей работы.

Недостаток убедительных доказательств экономической эффективности предпринимаемых мер (см. главу 6) создает определенные сложности для обоснования перенаправления части бюджетных средств с таких магистральных направлений, как обеспечение жильем, образование и транспорт, на цели улучшения здоровья и сокращения несправедливых различий в отношении здоровья. Фактические данные должны включать не только примеры эффективной работы, но и достаточно информации, позволяющей руководящим органам концентрировать усилия на необходимых направлениях и, по мере возможности, привлекать дополнительные силы и средства. Однако зачастую возможностей для оценки сделанного не хватает, а предпринимаемые меры редко спланированы так, что позволяют легко проводить оценку.

Имеющиеся фактические данные часто недостаточно широко распространяются. Даже базовая информация и показатели во многих странах бывают недоступны или недостаточно надежны (см. главу 7). Требуется более тщательный сбор данных и обмен опытом о способах оценки социальных детерминант и несправедливостей в отношении здоровья, а также о том, как наиболее эффективно осуществлять программы по этим направлениям. Целевые группы, готовившие настоящий обзор, систематизировали фактические данные на основе имеющихся материалов: эти сведения представлены в их отчетах и сопутствующей документации.



Более активно обмен передовым опытом происходит в рамках проектов, связанных с сетями ВОЗ и ЕС, однако базу знаний о том, что действительно работает, необходимо пополнять, а примеры наилучшей практики распространять на национальном и международном уровнях. Для этого требуется более систематическая оценка мер, предпринимаемых в отношении социальных детерминант здоровья, и создание структур, способных обеспечить эффективное распространение информации среди всех ключевых заинтересованных сторон.

Партнерства и сети должны способствовать обмену опытом и знаниями на региональном и многострановом уровнях с целью наращивания потенциала, выработки решений и активизации систематических мер по сокращению масштабов несправедливости. Одним из приоритетов является оказание поддержки в создании альянсов в области стратегических исследований проблем воздействия на социальные детерминанты здоровья между востоком и западом и между севером и югом Региона.

Как показано в главе 7, сбор и анализ качественных и количественных данных из разнообразных источников и их дезагрегирование по социальным и экономическим факторам должно входить в стандартные системы сбора и анализа информации. Для анализа, отчетности и планирования действий по социальным детерминантам следует использовать широкий спектр источников данных, включая обследования домохозяйств, переписи населения, записи актов гражданского состояния, данные учреждений (индивидуальные сведения, данные регистрации услуг и ресурсов), а также количественный и качественный анализ практических ситуаций. Международные организации и структуры ЕС должны активизировать деятельность по оказанию помощи странам в укреплении систем и возможностей для сбора и использования данных в разбивке по социально-экономическому статусу, а также повышать уровень межведомственной координации.

## 8.2.5

### Стратегические и правовые инструменты

Для действий, направленных на социальные детерминанты здоровья и сокращение несправедливостей в отношении здоровья, огромное значение имеет наличие надлежащей законодательной основы. Во многих странах сокращение несправедливостей в отношении здоровья входит в сферу более широких функций государства, направленных на обеспечение благополучия граждан, но соответствующие обязанности носят, как правило, расплывчатый характер и не подкреплены ресурсами. В законы часто включаются такие понятия, как укрепление здоровья и благополучия для всех,

однако конкретных обязательств или количественной оценки потребностей для сокращения градиента нередко не имеется (766).

Некоторые социальные детерминанты здоровья, такие как городское планирование и безопасность на рабочем месте, имеют собственную сферу правового регулирования, выходящую за рамки общей законодательной базы. В этом случае в правовых и стратегических документах чаще ставятся конкретные задачи по решению проблемы. Законы, непосредственно относящиеся к несправедливостям в отношении здоровья или к социальным детерминантам здоровья, часто являются слишком абстрактными, тогда как те, что связаны с конкретными детерминантами здоровья, обычно сформулированы более четко, как в примерах из практики Норвегии (765) и Соединенного Королевства (Англия) (767).

### Нормативно-правовое регулирование

Реализация межсекторальных действий требует законодательной поддержки. Например, необходимы законы для сокращения вредных производственных факторов и сопутствующих рисков заболеваний и травм. Управление рисками для здоровья также требует применения национальных норм и наличия развитых служб гигиены труда (эти вопросы освещены в главе 4). Подобный уровень необходим и для контроля вредных экологических воздействий (см. главу 5). Более подробно законодательная база, необходимая на муниципальном уровне, описана в разделе 8.6.

Рациональное регулирование финансовой системы (например, достаточный запас капитальных средств, низкий коэффициент финансовой зависимости и контроль теневых банковских структур) необходимо для смягчения воздействия глобальных финансовых систем на местное население и население страны в целом (см. главу 6). Особое значение здесь имеют стратегии ЕС: следует уделять пристальное внимание тому, как торговые договоры и инвестиционные соглашения влияют на регулирование и политику в сфере здравоохранения.

### Принцип соблюдения прав человека

Как обсуждалось в главах 2 и 7, ратифицированные международные соглашения по правам человека налагают на присоединившиеся государства обязанности обеспечения законодательной защиты этих прав. Это означает, что права человека, провозглашенные в этих договорах, должны лечь в основу соответствующего национального законодательства, при этом за неисполнение обязательств органы власти должны привлекаться к юридической ответственности в национальных и международных судах и других (квазисудебных) органах.

Однако, как подчеркивает Sen (768), в более широком смысле в правах человека выражены также этические требования, то есть применять их



можно в различных ситуациях, даже тогда, когда они, строго говоря, не имеют обязательной юридической силы.

Стоит отметить, что законодательство в области прав человека может предложить нормативную базу и в неюридическом контексте. Например, могут быть предоставлены нормативные инструменты для реализации новых стратегий в отношении здоровья, для привлечения частных субъектов к моральной ответственности за нарушения и для оказания поддержки НПО в привлечении внимания к актуальным с их точки зрения проблемам (669,670). При получении правового статуса правозащитная база также может стать инструментом для возложения на власть ответственности за решение важных проблем в сфере благосостояния и достоинства граждан и позволит активно привлекать внимание к таким вопросам.

### **Европейское законодательство в области охраны здоровья и прав человека**

Право на здоровье закреплено во многих европейских правозащитных документах (см. главу 2), но их юридическая сила носит довольно ограниченный характер. К примеру, в Европейскую конвенцию по правам человека включены только гражданские и политические права, а значит, право на здоровье нельзя будет защитить в Европейском суде по правам человека в Страсбурге. Тем не менее этот суд все чаще рассматривает дела, связанные со здоровьем, например дела о загрязнении окружающей среды или вопросы о том, мог ли отказ в доступе к медицинской помощи означать нарушение «права на жизнь» (769). Также стоит отметить, что в Европейскую конвенцию по правам человека включено право на образование, которое относится к ключевым социальным детерминантам.

#### **8.2.6**

### **Наращивание институционально-кадрового потенциала**

Деятельность сектора здравоохранения играет важнейшую роль в успешной реализации стратегий по сокращению несправедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант. Этот сектор должен выступать в качестве лидера и активного защитника интересов справедливости в отношении здоровья, содействуя позитивным сдвигам на всех уровнях руководства и указывая на наиболее важные направления для межсекторальных мер. Он играет ключевую роль в руководстве общественным мнением и влиянии на него.

Но в самом секторе здравоохранения и за его пределами существуют проблемы потенциала, особенно связанные с последствиями расширенной политики и правовым контекстом воздействия на социальные детерминанты здоровья. Это и недостаточный внутренний, организационный потенциал, необходимый для разработки межсек-

торальных стратегий, и дефицит гибкости в планировании и предоставлении требуемых услуг. В разделе 8.3 указываются причины, почему проблемы потенциала так важны.

Ключевой компонент наращивания потенциала – это обеспечение более широкого признания необходимого масштаба и интенсивности мер для того, чтобы добиться реального сокращения несправедливостей в отношении здоровья. Для этого требуется оценить относительную эффективность целенаправленной работы с уязвимыми группами населения в сравнении с работой по всему социальному градиенту. Как обсуждалось в главе 7, обычно ведется узконаправленная работа – воздействие на наиболее уязвимые группы на относительно небольшой территории. При этом не оценивается, являются ли предпринимаемые меры достаточно масштабными и интенсивными для достижения заметного влияния на социальный градиент на уровне широких слоев населения.

Поэтому собирать и распространять как можно больше информации о сравнительных преимуществах и недостатках узконаправленных мер и работы по всему градиенту чрезвычайно важно для наращивания потенциала. Это также существенно повлияет на реализацию мер. Без четкого понимания первопричин несправедливостей в отношении здоровья меры, скорее всего, окажутся неэффективными, направленными на достижение ближайших целей конкретного проекта и нацеленными лишь на нижнюю часть социального градиента. Условием эффективности политики, основанной на принципе пропорционального универсализма, и мер, направленных на социальные детерминанты здоровья на всех этапах жизни, являются ясное понимание проблем, четкие стратегии и коллективное лидерство в ключевых организациях.

На местном уровне это означает построение партнерских отношений с сообществом и усиление активности в местных органах власти. Подробнее роль местных органов власти и меры, требуемые на местном уровне, обсуждаются ниже. Система здравоохранения также должна быть образцовой в своей собственной деятельности касательно практики трудоустройства и сокращения несправедливостей в этом плане с учетом таких аспектов, как сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез, алкоголь и миграция медицинских работников (см. главу 6).

#### **8.3**

### **Упорное сохранение несправедливостей – какие уроки следует извлечь**

В предыдущем разделе изложены ключевые требования к эффективному стратегическому руководству в целях справедливости в отношении здоровья. В примерах из практики, приведенных в предыдущих главах, были показаны усилия,

предпринимаемые по таким направлениям, как социальная интеграция, сокращение бедности, сбалансированное развитие, сельское развитие, всеобщий доступ к услугам здравоохранения и социальной защите, устойчивые сообщества и право на здоровье. Все это направлено на улучшение повседневной жизни, условий труда и возможностей получения дохода, повышение безопасности и защиты населения. В этом плане в настоящее время социальные детерминанты здоровья и вопросы справедливости в отношении здоровья присутствуют практически во всех стратегических целях и ценностях стран Региона. В работе по преодолению несправедливостей в отношении здоровья наблюдается значительный прогресс: появилось несколько общих инструментов и подходов, основанных на социальных детерминантах здоровья. Однако, несмотря на все усилия и наилучшие намерения, несправедливости сохраняются и зачастую даже усугубляются.

В данном разделе приводятся возможные причины таких неудач и упорного сохранения несправедливостей. Они основаны на информации, собранной рабочей группой по стратегическому руководству и механизмам реализации (664). Механизмы, необходимые для стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья, были описаны в главе 7, а характеристики эффективных систем – в предыдущем разделе.

Причины неудач сгруппированы по четырем основным категориям. Они отражены в таблице 8.1 и более подробно описаны в оставшейся части данного раздела. Понимание причин прошлых неудач с высокой вероятностью позволит успешно внедрить стратегии, описанные в данной главе.

### 8.3.1 Концептуальная несостоятельность

В странах Региона весьма по-разному рассматриваются основные движущие факторы несправедливости в отношении здоровья, что отражает значительные различия в социополитических и исторических условиях (см. главу 3). Имеется ограниченное число концептуальных моделей, которые повлияли в последнее время на обсуждаемые мнения о несправедливости в отношении здоровья, о социальных детерминантах и вмешательствах, фигурирующих в политике и практике. Сюда можно отнести исследование Dahlgren & Whitehead, которое часто называют «радужной моделью» (770), работы Graham (771) и КСДЗ (2).

Общая черта всех этих концептуальных моделей – это взаимодействие между рядом детерминант, формирующих причинно-следственные пути, ведущие либо к соблюдению справедливости, либо к возникновению несправедливых различий между группами населения. Несмотря на ссылки на концептуальные модели, в стратегиях многих стран Европы, обосновывающих меры по сокращению несправедливости, связи между социальным

Таблица 8.1

#### Причины неудач в стратегическом руководстве в интересах справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты

Источник: Отчет целевой группы по стратегическому руководству и системам реализации (664).

Тип неудачи	Разъяснение
<b>Концептуальная несостоятельность</b>	Не удалось составить концепцию всего «причинно-следственного пути», ведущего к желаемым целям/итоговым результатам
<b>Неудачная схема реализации</b>	Не удалось проанализировать, выстроить или добиться политической приверженности по отношению к эффективной схеме реализации мер, способной оказывать влияние на широкий спектр социальных детерминант в целях постепенного сокращения несправедливости / установления справедливости в отношении здоровья
<b>Неудачная стратегия контроля</b>	Не удалось выработать эффективную стратегию контроля, позволяющую поддерживать ответственность заинтересованных сторон за результаты работы по обеспечению справедливости
<b>Несостоятельность системы общественного здравоохранения</b>	Неспособность развить знания и навыки, необходимые для осуществления стратегического руководства в интересах здоровья как общесоциальной задачи, а не только задачи сектора здравоохранения

положением, социальными структурами, материальными и поведенческими факторами сформулированы недостаточно четко. В обзорах, недавно выполненных под эгидой Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие (772–774), показано, что существуют различные объяснения того, почему возникают и устойчиво сохраняются несправедливости в отношении здоровья. Но во многих странах, которые участвовали в исследовании, наметилась тенденция – делать упор на промежуточные, или ближайшие (проксимальные) детерминанты, такие как доступ к медицинским услугам, образ жизни или поведение, бытовые условия (жилье, водоснабжение и санитария) и социальная солидарность и сплоченность.

В одном из недавних исследований (775) было выдвинуто предположение, что устойчивый уровень несправедливости в отношении здоровья в современных европейских социально ориентированных государствах можно отчасти рассматривать как концептуальную неудачу, в том смысле что эти страны не предприняли более радикальных мер по перераспределению ресурсов, а с другой стороны – как своего рода «невезение», связанное с сопутствующими обстоятельствами, которые изменили состав социально-экономических групп и сделали несправедливости в отношении здоровья более чувствительными к нематериальным факторам (личностным, психосоциальным и культурным детерминантам).

В исследовании высказано предположение, что несправедливости в отношении здоровья в некоторых частях Европы упорно сохраняются из-за неудачной концептуализации и воздействий на детерминанты в их оптимальном соотношении, а также неправильного определения масштабов и интенсивности мер, необходимых для того, чтобы повлиять на их распределение.

Именно такая причина неудач была приведена в выводах Национального контрольно-ревизионного управления Соединенного Королевства по вопросу о том, почему Англии не удалось достигнуть целей по сокращению несправедливостей в отношении здоровья, поставленных на 2010 г. В частности, было заявлено, что серьезную роль сыграл тот факт, что не удалось адекватно распознать, концептуализировать и затем эффективно воздействовать на всю причинно-следственную цепь формирования негативных показателей здоровья. Фактические данные, собранные целевой группой по стратегическому руководству и механизмам реализации, показывают, что во многих странах Европы это наиболее вероятная причина худших, чем ожидалось, результатов стратегий, программ и вмешательств по преодолению несправедливостей в отношении здоровья.

При толковании причин возникновения несправедливостей в отношении здоровья и их устойчивости во времени руководствуются не только научными фактами и моделями, но и соображениями политики и идеологии, а также интересами различных заинтересованных сторон, что влияет на принятие решений. Такие движущие факторы нельзя игнорировать, и в настоящее время они включают в себя возрождение эффекта «просачивания сверху вниз» (trickle-down effect) и концентрации на индивидуальной ответственности и поведенческих переменных; примером является стратегия «подталкивания» (nudge), когда для влияния на поведение используют положительное подкрепление и/или активные рекомендации (776).

Следующий фактор влияния прагматический: что считается возможным изменить? Признавая наличие множественных социально-экономических факторов и связей между ними, организаторы программ порой принимают решения на основе того, что является реально достижимым. Это особенно характерно для стран, где структуры работают в отрыве друг от друга и достижение совместных целей не выдвигается в качестве приоритета (далее эта проблема рассматривается более подробно). Другой источник прагматизма относится к фактору времени: чего можно достичь за конкретный период. Это связано с концептуальной неспособностью определить, сколько времени требуется для улучшения показателей здоровья живущих поколений и в межпоколенческом аспекте (см. главу 2).

Совершенствование ранней диагностики и лечения впервые выявленных заболеваний на

уровне первичной медико-санитарной помощи дает самые быстрые результаты, поэтому им придают более приоритетное значение по сравнению с долгосрочными инвестициями в «причины причин». В результате спрос на вмешательства с быстрой отдачей, направленные на ближайшие, непосредственные негативные воздействия, лежащие в заключительных звеньях причинно-следственной цепи (downstream), продолжает расти (или, по крайней мере, не снижается).

### 8.3.2

#### Неудачная схема реализации

Различные независимые системы общественного функционирования (транспорт, обеспечение жильем, социальная защита и т. п.) обычно действуют изолированно друг от друга в плане реализации программ и отчетности, иными словами, без межсекторальной координации. Но несправедливости в отношении здоровья – это результат комплексного влияния множества таких систем (см. главу 2). Для того чтобы быть эффективным, воздействие на социальные детерминанты здоровья должно осуществляться по всей цепи системных влияний, являющихся источником несправедливостей. Несостоятельность анализа механизмов деятельности всей этой разветвленной цепи – главная причина неэффективного управления действиями, направленными на несправедливости в отношении здоровья и его социальные детерминанты.

Чтобы политика устойчиво работала в нужном направлении и допускала по мере необходимости внесение корректив, должны быть организованы системы для поощрения согласованных действий заинтересованных сторон и руководителей, для возложения на них ответственности за результаты воздействия на детерминанты и для обеспечения нужного институционального потенциала, инструментов и процессов. Эти важнейшие функции системы реализации мер, способной повысить справедливость в отношении здоровья, отражают принципы разумного управления, сформулированные ПРООН и представленные во вставке 8.2.

На основе данных, собранных целевой группой по стратегическому руководству и механизмам реализации, сформулированы следующие общие причины низких результатов работы по сокращению несправедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты.

#### Основной упор на мелкомасштабные и пилотные проекты

Большинство вмешательств, хотя и проводятся с лучшими намерениями, зачастую либо имеют экспериментальный, пробный характер, либо ограничены небольшими масштабами или рассчитаны на короткий срок. Поэтому многие такие меры оказались лишь отчасти успешными в воздействии на широкий спектр детерминант, которое было

## Вставка 8.2

### Принципы разумного стратегического руководства

- **Легитимность и равноправие мнений:** все заинтересованные стороны должны быть включены в легитимный процесс развития.
- **Направление:** должно быть четкое видение перспективы.
- **Показатели деятельности:** процесс и поставленные цели должны быть измеримыми.
- **Ответственность:** все соответствующие секторы отвечают за общие цели.
- **Справедливость:** предложенные системы управления включают справедливые процессы, подкрепляемые законодательством.

Источник: Graham et al. (777).

необходимо для сокращения градиента. Даже те проекты, которым удается охватить ряд детерминант, дают низкие результаты, поскольку не способны обеспечить охват, длительность и интенсивность, необходимые для обеспечения устойчивого полезного эффекта и достижения реальных улучшений в среднесрочном плане.

### Нехватка эффективных стимулов и механизмов комплексного воздействия на межсекторальном уровне и на различные детерминанты

Даже при наличии национальных целевых ориентиров, стратегий и планов по сокращению несправедливостей возможны неудачи, связанные с неспособностью воздействовать на всю причинно-следственную последовательность детерминант с интенсивностью, достаточной для сокращения градиента. Как правило, причиной этого является недостаток эффективных механизмов стимулирования и поддержки межсекторальных усилий и воздействий на различные детерминанты: например, отсутствуют общие целевые ориентиры и общая отчетность по финансам и проводимым мероприятиям для осуществления совместной оценки. Эти дефекты нередко прослеживаются ретроспективно до стадии планирования, когда разрабатывались соответствующие стратегии.

В то время как тратятся большие усилия на стратегическое развитие, при разработке политики крайне мало внимания уделяется оценке человеческого и институционального потенциала, а также механизмов стимулирования, необходимых для успеха. В результате многие вполне разумные и четко сформулированные программы и стратегии выполняются лишь частично. Программы часто не полностью выполняются даже там, где уже существуют прочные отношения между разными секторами или заинтересованны-

ми сторонами, а также в системах со сложившимся потенциалом или в тех, где потенциал контролируется влиянием одного сектора на остальные и на негосударственные структуры. Такие ситуации возникают вследствие отсутствия взаимопонимания и общей заинтересованности в решении проблем несправедливости в отношении здоровья через воздействие на социальные детерминанты на ранних стадиях формирования программ, что, в свою очередь, может привести к отсутствию общих целевых ориентиров и надлежащих систем подотчетности.

### Недостаток инвестиций в текущую оценку тенденций в сфере несправедливостей и социальных детерминант

Новые фактические данные свидетельствуют о том, что социальные детерминанты постоянно взаимодействуют друг с другом различным образом, формируя причинно-следственные цепи, которые способны поддерживать или изменять характер и масштабы несправедливостей в отношении здоровья. Если инвестирование в оценку новейших тенденций в сфере несправедливостей в отношении здоровья и его социальных детерминант проводится в недостаточном объеме, понимание ключевых процессов будет отставать от реальности. Следствием этого может стать «невозможность выбраться из накатанной колеи» (path dependency), когда мир меняется, а способы взаимодействия с ним остаются прежними. Такой консервативный подход с позиций прошлого опыта нередко играет значительную роль, что позволяет понять, почему вмешательства не приносят ожидаемых результатов.

### Пробелы по качеству и типу данных / аналитической информации

Многие страны располагают достоверной информацией о демографической ситуации, заболеваемости и смертности, однако в большинстве из них не хватает данных в разбивке по показателям социально-экономического статуса, таким как уровень доходов, трудоустройство и образование. Этот недостаток сильно осложняет воздействие на несправедливости в отношении здоровья. Он ограничивает возможности для мониторинга вмешательств и оценки воздействия на здоровье программ других секторов, помимо здравоохранения, а также для продвижения, осуществления и оценки эффективных стратегий и вмешательств, воздействующих на глубинные социальные и экономические детерминанты и причины несправедливостей в отношении здоровья.

Количественная оценка тенденций также нужна для того, чтобы отслеживать степень влияния стратегических решений на масштабы несправедливостей в отношении здоровья. Для достижения устойчивости этих процессов необходимо наращивать потенциал и инфраструктурную поддержку информационных технологий. Независимый



экспертный доклад, подготовленный под эгидой председательства Испании в ЕС, показал, что многие страны ЕС сталкиваются с серьезными проблемами в данной сфере (778). Такая же ситуация наблюдается и в других субрегионах Европы (664). Как уже было указано в главе 7, напрашивается простой вывод: страны не могут улучшить то, что они не в состоянии измерить.

### 8.3.3

#### Неудачная стратегия контроля

Создаваемые государственные системы нередко оказываются не в состоянии обеспечить устойчивое и систематическое повышение уровня справедливости в отношении здоровья. Выше были описаны концептуальные ошибки и неудачные схемы реализации; третий вид неудач связан с неспособностью разработать эффективную «стратегию контроля», для того чтобы была возможность возложить на все заинтересованные стороны ответственность за принятие мер по сокращению несправедливости.

Эффективная стратегия контроля включает действия, требуемые от представителей всех секторов, для повышения уровня справедливости в отношении здоровья. Также в ней указываются инструменты реализации – санкции и позитивные стимулы, которые важны для смягчения последствий неудачных решений и устойчивого долгосрочного воздействия на социальные детерминанты. Эффективная стратегия контроля должна позволять контролировать предпринятые действия и обеспечивать выполнение поставленных задач. Как было сказано в главе 7, чтобы сократить несправедливости в отношении здоровья, необходимы согласованные действия различных заинтересованных сторон, многие из которых не входят в официальные структуры государственного управления. Таким образом, чтобы стратегия контроля была эффективной, требуется применять широкий спектр инструментов в различных секторах общества. Национальное правительство и местная администрация играют важнейшую роль в создании и обеспечении эффективной работы данных инструментов.

### 8.3.4

#### Несостоятельность системы общественного здравоохранения

Как уже обсуждалось в главе 7, стратегическое руководство в интересах повышения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты требует от министерств здравоохранения и всего медико-санитарного сообщества применения новых подходов к управлению и реализации программ. Общегосударственный подход и принцип участия всего общества, необходимые для повышения и поддержания справедливости в отношении здоровья, требуют от работников органов государственного управления

#### Пример из практики: наращивание потенциала для включения аспектов воздействия на социальные детерминанты здоровья и повышения уровня справедливости в отношении здоровья в стратегии, программы и мероприятия здравоохранения в Испании

Отдел по укреплению здоровья населения Министерства здравоохранения, социальных служб и социальной справедливости организовал учебную программу, направленную на «включение аспектов воздействия на социальные детерминанты здоровья и повышение уровня справедливости в отношении здоровья в стратегии, программы и мероприятия». При разработке программы был использован опыт проведения аналогичной работы Министерством здравоохранения Чили в 2008–2009 гг. Учебные мероприятия в Испании проводились при поддержке со стороны экспертов в области справедливости в отношении здоровья из Чили и руководителей чилийской программы, а также при технической поддержке со стороны Регионального бюро и Виртуального кампуса общественного здравоохранения Панамериканской организации здравоохранения. Программа стала компонентом национальной стратегии по повышению справедливости в отношении здоровья и способствовала развитию межсекторального сотрудничества и продвижению принципа «Учет интересов здоровья и справедливости во всех стратегиях». Конечной целью было включение аспектов справедливости в качестве непосредственных, комплексных и практичных элементов во все планы и мероприятия общественного здравоохранения и лечебно-профилактической помощи, а также в другие программы, влияющие на социальные детерминанты здоровья.

В ходе учебного процесса было сформировано 9 рабочих групп, каждая из которых занималась вопросами определенной стратегии, программы или мероприятия в следующих сферах: детство, ВИЧ, профилактика онкологических заболеваний, здоровое питание и физическая активность, уязвимые группы, табак и школа, рак ободочной и прямой кишки, молодежь, здоровые города. Каждая группа провела анализ справедливости в отношении здоровья в своей области, определила, какие социальные детерминанты влияли на ситуацию сильнее всего, и предложила варианты вмешательств, направленных на повышение уровня справедливости. Некоторые рабочие группы пошли дальше и разработали предложения по коренной модернизации рассматриваемых отраслей с позиций обеспечения справедливости.



и практического здравоохранения выполнения новых, более разнообразных функций. При разработке новой европейской стратегии общественного здравоохранения Региональное бюро (совместно с государствами-участниками) выявило несоответствие между текущей практикой охраны общественного здоровья и современными потребностями для эффективной защиты и укрепления здоровья людей и справедливости в отношении здоровья. Многие причины нарушений здоровья тесно связаны с социальными детерминантами и социокультурными факторами, которые действуют за рамками непосредственного контроля со стороны министерств здравоохранения. Прогресс в области развития систем общественного здравоохранения и потенциала для реализации критически важных мероприятий, а также рекомендаций, приведенных в данном докладе, незначителен и неравномерен.

### **Модернизация программ общественного здравоохранения в целях повышения уровня справедливости в отношении здоровья**

Важная роль в воздействии на социальные детерминанты в целях сокращения несправедливостей в отношении здоровья принадлежит стратегическому руководству в области общественного здравоохранения. Сокращение несправедливостей – это центральный компонент охраны здоровья населения, требующий целенаправленных действий по анализу медико-санитарного состояния, а также по вопросам финансирования, планирования, реализации и оценки вмешательств. Системы общественного здравоохранения должны брать на себя новые функции по созданию программ, которые направлены на повышение уровня справедливости в отношении здоровья, и по систематическому воздействию на глубинные социальные детерминанты с применением механизмов стимулирования сотрудничества. Следующий пример из Испании является важной иллюстрацией того, как можно активизировать стратегическое руководство в интересах справедливости в отношении здоровья путем перестройки программ общественного здравоохранения с упором на оптимизацию воздействия на социальные детерминанты.

## **8.4 Системы достижения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты**

В этом разделе приведен системный контрольный список для стратегического руководства и обеспечения справедливости в отношении здоровья путем реализации общегосударственного подхода и принципа вовлечения всего общества. Он построен на темах, поднятых в предыдущих разделах, и основан на фактических данных и результатах анализа, представленного в отчете

целевой группы по стратегическому руководству и механизмам реализации (664).

### **8.4.1 Контрольный список по стратегическому руководству**

В главе 7 были описаны подходы к стратегическому руководству в интересах справедливости в отношении здоровья, основанные на сформулированных Kickbusch & Gleicher (20) общегосударственном подходе и принципе вовлечения всего общества, а также на правах человека и других принципах социальной справедливости, изложенных в главе 2. В данном разделе речь пойдет о реализации этих подходов. Он содержит проект системы, направленной на поддержку практических советов по реализации стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты. На базе обсуждений, приведенных в главе 7, в нем также охарактеризованы другие научно обоснованные схемы и инструменты стратегического руководства, в том числе деятельность Агентства общественного здоровья Канады по принятию межсекторальных мер в отношении здоровья; работа Valentine et al. (780), касающаяся включения проблематики социальных детерминант здоровья в политическую повестку дня на страновом уровне; работа Brown et al. (781), посвященная созданию инструмента оценки стратегического управления социальными детерминантами здоровья и сопроводительного справочника.

На основе вышеупомянутого, а также анализа, проведенного в главе 7 и в данной главе, составлена таблица 8.2, где собраны воедино системные характеристики и функции, необходимые для того, чтобы обеспечить эффективное стратегическое руководство мерами воздействия на социальные детерминанты и сокращения несправедливостей в отношении здоровья. Контрольный список не претендует на представление идеальной структуры управления, предписываемой для внедрения в каждой стране. Он лишь обозначает наиболее общие функции, которые странам необходимо учитывать при организации стратегического руководства, чтобы добиться повышения справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты. Эти функции намеренно представлены в обобщенном виде, поскольку для надлежащей адаптации рекомендаций на разных уровнях принятия решений в разных странах, условиях и в разной культурной среде государств-членов потребуются более детальные обсуждения и дальнейшая работа.

Таблица 8.2

**Функции и характеристики, значимые для стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты**

Сфера	Системные характеристики	Примеры практического воплощения
<b>1. Политическая приверженность</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Четкая политическая приверженность</li> </ul>	<p>1.1. Ответственность на уровне министерств за стратегическое руководство и реализацию мер по сокращению несправедливостей в отношении здоровья / воздействию на социальные детерминанты</p> <p>1.2. Конкретное место социальных детерминант / проблем несправедливостей в отношении здоровья в политической повестке дня на национальном, региональном и местном уровнях</p> <p>1.3. Межведомственный комитет по социальным детерминантам и справедливости</p> <p>1.4. Выделенный бюджет для мероприятий, направленных на социальные детерминанты и устранение несправедливостей в отношении здоровья</p> <p>1.5. Организационная и законодательная база для осуществления мер, направленных на повышение уровня справедливости в отношении здоровья и развития</p>
<b>2. Аналитическая информация</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Фактические данные и информация для использования в следующих целях:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>а) объективное обоснование для разработки политики и принятия решений по инвестициям</li> <li>б) мониторинг прогресса</li> <li>в) обеспечение подотчетности заинтересованных сторон</li> </ul> </li> <li>■ Научные исследования и аналитическая информация по тенденциям и стратегиям в отношении социальных детерминант / несправедливостей в отношении здоровья</li> <li>■ Эффективность систем стратегического руководства и реализации мер</li> <li>■ Количественные показатели (целевые ориентиры / индикаторы повышения уровня справедливости в отношении здоровья и улучшения распределения социальных детерминант на европейском, национальном и местном уровнях)</li> </ul>	<p>2.1. Социальные детерминанты / несправедливости в отношении здоровья как одно из основных направлений работы и финансирования в бюджетах на научные исследования</p> <p>2.2. Регулярные обзоры и публикация фактических данных по социальным детерминантам / несправедливостям в отношении здоровья</p> <p>2.3. Целевой сбор данных и аналитические службы, предоставляющие информацию в открытом доступе</p> <p>2.4. Публикация данных об используемых ресурсах, а также о промежуточных и итоговых результатах воздействия на социальные детерминанты / несправедливости в отношении здоровья на местном, национальном и европейском уровнях</p> <p>2.5. Согласованные минимальные требования к наборам данных / отчетности о социальных детерминантах, уровне справедливости и отмечаемых несправедливостях на национальном и местном уровнях</p>
<b>3. Структуры и системы подотчетности</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Законодательные структуры и системы, обеспечивающие межсекторальные воздействия на социальные детерминанты / неравенства в отношении здоровья на европейском, национальном и местном уровнях</li> <li>■ Официальные советы управления, уполномоченные обеспечивать подотчетность заинтересованных сторон</li> <li>■ Законодательные структуры и системы, обеспечивающие создание и функционирование НПО и групп гражданского общества в качестве партнеров в работе по сокращению несправедливостей и мониторингу прогресса</li> </ul>	<p>3.1. Законодательная база, накладывающая на все входящие и не входящие в систему здравоохранения заинтересованные стороны обязательства сотрудничества и представления отчетности о действиях, направленных на социальные детерминанты / сокращение несправедливостей в отношении здоровья, и их результатах</p> <p>3.2. Общественные советы, занимающиеся такими вопросами, как состояние и показатели здоровья населения (социальные детерминанты / несправедливости в отношении здоровья), имеющие полномочия отслеживать данные и ход реализуемых стратегий, рассматривать варианты решений по устранению несправедливостей в отношении здоровья и обеспечивать подотчетность заинтересованных сторон</p> <p>3.3. Формально закрепленные функции и обязанности по сокращению несправедливостей в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты с полномочиями санкционировать принятие мер на европейском, национальном и местном уровнях (министры здравоохранения, председатели парламентских комитетов по развитию, премьер-министры, омбудсмены)</p>

**Таблица 8.2**  
(продолжение)

Сфера	Системные характеристики	Примеры практического воплощения
<b>4. Согласованность политики, проводимой в различных секторах и на различных уровнях государственного управления</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Официально закреплённая четкая система, объединяющая все заинтересованные стороны и меры по реализации стратегии повышения уровня справедливости в отношении здоровья и развития и воздействия на социальные детерминанты</li> <li>■ Привязка системы к министерским портфелям и бюджетам на национальном и местном уровнях</li> <li>■ Контроль государственной политики путем оценки влияния на показатели здоровья и уровень справедливости с использованием инструментов, организационно закрепляющих сотрудничество между различными секторами и уровнями государственного управления</li> </ul>	<p>4.1. Координация в различных секторах (на национальном и местном уровнях) усилий, направленных на достижение заранее согласованных целевых ориентиров по воздействию на социальные детерминанты и сокращению несправедливостей</p> <p>4.2. Четко сформулированные ожидаемые итоговые результаты вмешательств по всем статьям общегосударственного и отраслевого финансирования на национальном и местном уровнях</p> <p>4.3. Конкретные соглашения с частным сектором (промышленность/торговля) по его вкладу в достижение целей, касающихся повышения уровня справедливости</p> <p>4.4. Оценка и публикация итоговых результатов работы всех министерств/ведомств на всех уровнях стратегического руководства</p> <p>4.5. Оценка конечного полезного эффекта с публикацией результатов в форме общедоступных документов, подвергаемых критическому обзору через механизмы подотчетности</p> <p>4.6. Системы общей ответственности за полученные результаты, включая объединенные бюджеты, общие целевые ориентиры, совместные проверки и отчеты о ходе реализации программ, а также интегрированные системы аналитической информации</p>
<b>5. Вовлечение местного населения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Обязательства по привлечению местного населения и органов государственного управления на субнациональном уровне к разработке и пересмотру политики</li> <li>■ Инструменты и системы, обеспечивающие участие общественности в разработке и принятии решений</li> <li>■ Свободный доступ широкой общественности к аналитической информации и данным о здоровье населения, справедливости и социальных детерминантах – на местном, национальном и европейском уровнях</li> </ul>	<p>5.1. Механизмы, организационные схемы и наращивание потенциала для обеспечения разнообразия мнений и точек зрения общественности при принятии решений на местном уровне</p> <p>5.2. Представители на всех уровнях стратегического руководства по вопросам социальных детерминант / несправедливостей в отношении здоровья, которые наряду со специалистами должны быть полноправными членами комитетов управления</p> <p>5.3. Механизмы, инструменты и поддержка на местном уровне для определения проблем на местах и способов их решения на основании местных данных</p> <p>5.4. Публичная отчетность о принятых мерах и их результатах, позволяющая вести их открытое обсуждение и определять новые задачи совместно с общественностью / третьими сторонами</p>
<b>6. Институционально-кадровый потенциал</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Наращивание потенциала, включая: <ul style="list-style-type: none"> <li>– увеличение численности компетентных, хорошо подготовленных сотрудников, работающих в сфере социальных детерминант / сокращения несправедливостей в отношении здоровья</li> <li>– процессы институционального развития</li> <li>– официальную подотчетность с ежегодной публикацией результатов работы</li> </ul> </li> </ul>	<p>6.1. Программы поддержки политического, гражданского и профессионального лидерства в сфере работы с социальными детерминантами / несправедливостями в отношении здоровья в рамках различных организационных и социальных систем на местном, национальном и европейском уровнях</p> <p>6.2. Учебные модули по вопросам социальной справедливости и детерминант здоровья в программах профессиональной подготовки и повышения квалификации для работников здравоохранения и других секторов</p> <p>6.3. Официальные протоколы, определяющие институциональные механизмы и требования в отношении социальных детерминант / несправедливостей по вопросам здоровья во всех секторах</p>
<b>7. Модернизированное общественное здравоохранение</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Пересмотр и модернизация методов обучения и практики в сфере общественного здравоохранения</li> </ul>	<p>7.1. Разработка новых характеристик и компетенций для практики национального общественного здравоохранения</p> <p>7.2. Разработка новых характеристик сфер вмешательств общественного здравоохранения (с особым вниманием к использованию новых социальных медиатехнологий, управлению социальными изменениями и вовлечению граждан)</p> <p>7.3. Разработка новой / обновление существующей системы подготовки специалистов в сфере общественного здравоохранения</p>
<b>8. Системы обучения и внедрения инноваций</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Приверженность принципу непрерывного совершенствования в понимании социальных детерминант / несправедливостей в отношении здоровья и повышения эффективности стратегий и вмешательств, направленных на сокращение неравенств</li> <li>■ Приверженность практике систематической оценки показателей деятельности и совершенствования стратегического руководства в интересах справедливости в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты</li> </ul>	<p>8.1. Укрепление систем передачи опыта в пределах каждой страны и между странами для наращивания темпов внедрения перспективных стратегий и инструментов стратегического руководства</p> <p>8.2. Наращивание потенциала на национальном и европейском уровнях для сокращения несправедливостей путем принятия многосторонних инновационных программ, открытия демонстрационных площадок, документирования, обмена и распространения полезного опыта</p> <p>8.3. Создание европейского реестра стратегий и систем стратегического руководства в области сокращения несправедливостей путем воздействия на социальные детерминанты</p>

## 8.4.2

### Характеристики системы реализации мер

Определение характеристик эффективного стратегического руководства в интересах здоровья имеет огромное значение. Однако оно должно сопровождаться системой реализации, обеспечивающей действия на всех уровнях, во всех системах и секторах, входящих в сферу стратегического руководства. В таблице 8.3 на основе обсуждений, приведенных в настоящей и предшествующей главах, представлены основные характеристики систем реализации мер. Поскольку эти характеристики дополняют характеристики эффективной системы стратегического руководства, некоторые пункты будут совпадать.

Таблица 8.3

#### Ключевые характеристики систем реализации мер

Функция	Характеристики систем реализации мер
<b>1. Четкая цепочка реализации мер</b>	Цепочка реализации мер по социальным детерминантам / несправедливостям в отношении здоровья точно определена, понятна, подробно описана и находится в ведении, поддерживается или управляется соответствующими заинтересованными сторонами
<b>2. Уполномоченность и активное управление</b>	Система реализации мер имеет четкую цепь управления, контролирующую точно определенной уполномоченной структурой (системой управления / должностным лицом / специалистом) с соответствующими правами, в целях оперативного выявления и устранения рисков неудач в реализации и достижении намеченных результатов
<b>3. Рычаги и стимулы</b>	Система располагает четко определенными рычагами и стимулами, доступными как для менеджера, так и для системных заинтересованных сторон
<b>4. Контроль показателей деятельности</b>	Система основывается на методах контроля показателей деятельности с соответствующими индикаторами, а также включает системы анализа, сбора данных, мониторинга и оценки входных/выходных процессов и конечных результатов
<b>5. Прочное лидерство</b>	Система реализации мер имеет прочное лидерство, политически подотчетное своему сообществу благодаря прозрачным структурам стратегического руководства на всех уровнях цепочки реализации мер
<b>6. Стабильное финансирование и обучение</b>	Система стабильно и адекватно финансируется в рамках официально утвержденной организационной структуры и располагает квалифицированным персоналом
<b>7. Политическая поддержка и формальные обязанности</b>	Система реализации мер пользуется политической поддержкой и функциональной независимостью, а также имеет формально закрепленные обязанности и полномочия, дающие ей возможность требовать эффективных действий со стороны всех участников цепочки реализации мер
<b>8. Широкое общественное освещение и участие</b>	Система характеризуется высокой общественной и политической открытостью, опирается на мощную поддержку СМИ и электронных средств распространения информации, имеет рычаги мобилизации широкой общественности, чтобы использовать имеющиеся в ее распоряжении данные для поддержки изменений, идущих от участников цепочки реализации мер, иными словами создавать общественный спрос на изменения посредством механизмов демократического отслеживания (см. раздел 5.3)
<b>9. Ежегодная отчетность</b>	В системе предусмотрены ежегодные отчеты заинтересованному сообществу с обозначением препятствий на пути успешной реализации мер и предлагаемых способов их устранения, а также с указанием ответственных лиц и организаций
<b>10. Поддержка развития и контроль со стороны общественности</b>	Работа системы осуществляется путем проспективных вмешательств в целях развития (работа с заинтересованными сторонами для повышения эффективности их участия в цепочке реализации мер) и с использованием методов, включающих контроль и коррекцию (публичный анализ выявленных дефектов и их последствий)
<b>11. Количественные показатели, исследования и оценка</b>	Система реализации мер предусматривает организацию необходимых исследований и оценки, имеет четкие показатели и механизмы регулярного обзора вкладываемых ресурсов, промежуточных и итоговых результатов, а также возможности для непрерывного анализа приобретенного опыта (внутренняя обратная связь для усовершенствования, см. главу 6); соответствующие исследования и отчеты по ним должны быть ежегодными

## 8.5

### Сокращение разрыва по показателям здоровья между странами Европы

Как показано в главе 1, между странами Региона существует значительный разрыв в показателях здоровья, при этом менее благоприятные показатели здоровья и более высокий уровень несправедливостей наблюдается в его восточной части. Сокращение несправедливостей в отношении здоровья в этих странах на основе действий, описанных в разделе 8.4, способно уменьшить и разрыв между странами. К примеру, резкий разрыв в показателях смертности между гражданами Литвы с высоким и низким уровнем образования (304) вносит заметный вклад в общую

более низкую ожидаемую продолжительность жизни в Литве в сравнении с другими странами ЕС (3). Сокращение большого и все увеличивающегося разрыва по этому показателю между жителями Российской Федерации с высоким и низким уровнем образования способствовало бы росту замерших на десятилетия показателей ожидаемой продолжительности жизни и улучшило бы положение этой страны относительно других государств Европы. Некоторые инструменты по уменьшению различий между странами находятся в руках правительств, в соответствии с перечисленными в разделе 8.4 характеристиками систем. Однако, как уже говорилось в главе 6, другие инструменты от них не зависят: финансы, политическое влияние и ресурсы Европы привязаны к международным и европейским властным центрам. Именно они влияют на «причины причин», лежащие в основе тенденций здоровья и здравоохранения в Регионе.

В Европе наблюдаются необычайно сильные элементы внутрирегиональной динамики. Двусторонние и многосторонние отношения между

53 государствами-членами, имеющие глубокие исторические корни, играют важную роль в их экономическом и социальном развитии, включая динамику показателей здоровья и здравоохранения. Однако речь идет не только о положительных сдвигах. Как уже говорилось в главе 3, политическое противостояние между странами Западной Европы и СССР после Второй мировой войны получило свое отражение в формировании «разрыва по показателям здоровья в Европе».

Страны ЕС выстроили механизмы регионального сотрудничества с довольно далеко идущими амбициями. Некоторые из них обладают потенциалом для сокращения разрыва между задействованными странами путем влияния на эффективность общественного здравоохранения и макродетерминанты здоровья (вставка 8.3).

Важный вопрос – как создать такие международные структуры, которые способны претворить взаимные обязательства в новые глобальные или региональные стратегии. Государства-члены Региона учредили ряд организаций для решения общих проблем. Многие из них включили в свою

### Вставка 8.3

#### Региональное сотрудничество в Европе

- Сегодня первоначально состоявший из 6 государств Европейский союз объединяет 27 стран, и еще не менее 12 ожидают своей очереди на вступление. Переговоры о вступлении в ЕС оказали огромное влияние на социальное и экономическое устройство стран-кандидатов. В 10 странах, присоединившихся к ЕС в 2004 г., отмечено улучшение показателей здоровья населения, отчасти в результате соблюдения детальных требований Европейского законодательства, известного под названием «*acquis communautaire*». Понятие «компетенции в сфере общественного здравоохранения» появилось в ЕС с принятием Маастрихтского договора в 1993 г. Переговоры о вступлении дают возможность ЕС укрепить такие компетенции в сфере общественного здравоохранения в странах-кандидатах. Структурные фонды Европейского союза предоставляют еще одну возможность сократить разрыв между странами. Их задачей является также укрепление экономической и социальной сплоченности стран ЕС. Было бы естественным расширить область использования фондов для укрепления компетенций в сфере общественного здравоохранения в странах, подающих заявку на членство в ЕС.
- В 2010 г. Российская Федерация, Беларусь и Казахстан сформировали Таможенный союз, а в 2000 г. – Евразийское экономическое сообщество, членами которого также стали Кыргызстан и Таджикистан, а статус наблюдателей получили Армения, Республика Молдова и Украина.

Одной из задач было названо «предоставление гражданам государств Сообщества **равных прав** в получении **образования и медицинской помощи** на всей его территории».

- Турция сыграла важную роль в образовании Организации Черноморского экономического сотрудничества в 1992 г. Сегодня она объединяет 12 стран-участниц, преимущественно Черноморского региона и Кавказа, а также 11 стран-наблюдателей. Ее задачей стало «обеспечение мира, стабильности и процветания и стимулирование дружественных и добрососедских отношений в Черноморском регионе».
- Эти организации охватывают отдельные части Европы. Задачей же Совета Европы является охватить континент в целом. Членами Совета Европы являются 47 государств, общее население которых составляет 800 млн человек. Совет Европы уделяет особое внимание соблюдению прав человека, и под его эгидой в Страсбурге функционирует Европейский суд по правам человека. Он также уделяет большое внимание социальным правам, включая право на защиту здоровья: «Членство в Совете Европы предполагает обязательство стран обеспечивать защиту основных прав своих граждан, и в числе таких прав – право на защиту здоровья». Обязательства Совета Европы по охране общественного здоровья можно распространить и на обеспечение справедливости в отношении здоровья. Девиз Совета Европы, «47 стран – одна Европа», может подразумевать и такую задачу общественного здравоохранения, как сокращение несправедливых различий в отношении здоровья между государствами-членами и в самих странах.



повестку дня вопросы улучшения здоровья, образования и социальных детерминант здоровья в целом, однако это не всегда является для них предметом первостепенной заинтересованности. Тем не менее должна быть возможность повысить значимость справедливости в отношении здоровья для этих организаций и привлечь их к работе по повышению уровня справедливости, в частности в целях сокращения европейского разрыва по показателям здоровья. Это наиболее вероятно в том случае, если отдельные страны вплотную займутся данным вопросом, однако для того, чтобы привлечь внимание и трансформировать задачи в действия, необходимо иметь более действенные структуры и механизмы стратегического руководства.

И сверх всего, с учетом масштаба проблем в Европе, должна быть отведена более активная роль Организации Объединенных Наций и ВОЗ. Региональное бюро не располагает достаточными рычагами и ресурсами, в частности для использования своего влияния в целях сокращения межстранового разрыва в показателях здоровья и его социальных детерминантах. Его партнеры в других европейских учреждениях системы ООН обладают несколько большим влиянием благодаря использованию Механизма сотрудничества ООН, позволяющего вести межучрежденческий диалог об общих проблемах. Этот механизм реально работает в Европе, однако вопрос социальной справедливости должен быть более приоритетным в повестке дня на регулярных собраниях соответствующих организаций.

Учреждениям ООН, в частности ВОЗ, необходима возможность равноправного диалога с основными донорами и властными структурами. Региональное бюро в настоящее время финансируется преимущественно за счет целевых средств, выделяемых на решение строго определенных задач. Существует острая потребность в иной системе финансирования, которая позволит Организации устанавливать собственные приоритеты, например сокращение несправедливостей в отношении здоровья и его социальных детерминант, а также максимальное развитие человеческого потенциала и улучшение здоровья людей во всех частях Европы с особым вниманием к странам с наихудшей ситуацией.

Подводя итог, следует отметить, что страны, отстающие по показателям здоровья от большинства стран Западной Европы, имеют в своем распоряжении определенные инструменты для улучшения здоровья. Сокращая разрыв по показателям здоровья внутри страны, они тем самым улучшат свое положение относительно стран с наиболее благополучной ситуацией. Но этого недостаточно. Необходимо также привлекать внимание к вопросам справедливости в отношении здоровья и разрыва в показателях здоровья по каналам различных европейских организаций многостороннего сотрудничества. Государства

зависят друг от друга, и поэтому международные организации могут направить совместные усилия на решение общих задач. Укрепление системы региональных и глобальных учреждений ООН, в частности ВОЗ, является важным условием, однако в конечном счете практические решения должны вытекать из социальных устремлений, которые направлены на установление справедливости в отношении здоровья и более равноправное распределение властных полномочий, финансов и других ресурсов в Европе, как предлагается в отчете КСДЗ (2).

## 8.6

### **Значение местных органов власти в осуществлении мер воздействия на социальные детерминанты здоровья**

Как было указано в главе 7, местным властям отводится все большая роль в борьбе с несправедливостями в отношении здоровья через воздействие на социальные детерминанты с помощью следующих мер:

- планирование или предоставление услуг, имеющих решающее значение в решении указанных проблем;
- развитие местного самоуправления;
- удовлетворение местных потребностей;
- развитие местного стратегического планирования;
- обеспечение местной подотчетности и лидерства.

Несмотря на важность политического и финансового контекста местных органов власти, а также текущих инициатив в области местного самоуправления в странах Региона, ключевым фактором сокращения несправедливостей в социальных детерминантах здоровья являются практические подходы к осуществлению позитивных сдвигов. Вопросы реализации действий довольно слабо освещены в опубликованных источниках. Grady et al. (680), пользуясь методикой интервьюирования, выделили шесть ключевых факторов реализации программ:

- уровень межсекторального сотрудничества;
- согласованность политики;
- прочность и уровень коммуникации доказательной базы;
- наращивание потенциала;
- управление политической ситуацией;
- передача знаний.

## Наращивание потенциала

Возможности местных властей для воздействия на социальные детерминанты и сокращения несправедливостей в отношении здоровья значительно различаются по странам Европы.

Понимание роли местного руководства и спектр возможных мер лучше развиты в тех сферах, которые традиционно ассоциируются с несправедливостями в отношении здоровья, – таких как предоставление услуг и профилактическая работа с детьми, молодежью и уязвимыми группами населения. Относительно мало свидетельств того, что проблемы несправедливостей заняли существенное место в более приоритетных направлениях работы местных властей, какими, например, являются городское развитие и борьба с бедностью. Если говорить, например, о транспорте, то фактически дело ограничивается содействием и созданием условий для передвижения пешком или на велосипеде. Заявления о необходимости «переключения части бюджетных средств с магистральных направлений на борьбу с несправедливостями в отношении здоровья» должны быть подкреплены более серьезным анализом и указаниями на практические пути реализации таких намерений. Необходимы реальные примеры того, как руководящие органы смогли добиться включения действий, направленных на социальные детерминанты, в основную повестку дня.

## Управление политической ситуацией

Для успешного осуществления политики крайне необходима политическая приверженность. Поэтому следует всемерно учитывать важность местного политического лидерства и поддерживать его в интересах приоритизации вышеназванных проблем на уровне местных органов власти.

## Передача знаний

В разных странах Региона работа местных органов власти по сокращению несправедливостей в отношении социальных детерминант здоровья находится на весьма различных стадиях. Существуют хорошие, но зачастую недостаточно используемые возможности для международного обмена полезным опытом. Однако не следует недооценивать потенциальные сложности обмена опытом между органами местной власти, находящимися в разных условиях: обмен знаниями между аналогичными звеньями государственного управления одной и той же страны может не сопровождаться значительными трудностями, но при существенных различиях в местном контексте требуются более дифференцированные подходы. Тем не менее трудности, с которыми сталкивается местное руководство, в общих чертах схожи в большинстве стран, несмотря на различия в политическом климате, механизмах финансирования и особенностях системной организации.

## Сотрудничество и партнерство

Для стимулирования воздействий на социальные детерминанты здоровья необходимо, чтобы «были предприняты адекватные и комплексные меры по борьбе с механизмами поляризации в ключевых сферах, таких как рынок труда, рынок жилья, социальные службы и образование» (782). Местным органам власти нередко удается успешно объединять усилия действующих сил по вопросам, связанным с потребностями определенных групп населения (дети и подростки, молодежь), однако уровень сотрудничества в более широких секторах, таких как территориальное планирование, как правило, гораздо ниже.

Этот феномен отмечается с начала 1990-х годов, и поэтому такие страны, как Дания и Нидерланды, стали проводить политику, при которой службы социального жилья, школы, муниципалитеты и местные предприниматели работают вместе над улучшением условий жизни в неблагополучных районах. Насколько такой подход эффективен, покажет время.

## Создание стратегических и правовых структур и механизмов, обеспечивающих действия

Политические и налогово-бюджетные структуры, в рамках которых оперируют местные органы власти, определяют возможности сокращения несправедливостей в отношении здоровья и воздействия на его социальные детерминанты.

Эти структуры должны поддерживать действия, как минимум обеспечивая правовую базу для выполнения поставленных задач. Одна из областей, где поддерживающие инструменты и структуры играют особенно важную роль, – это координация. Для успешного преодоления несправедливостей в отношении здоровья необходима работа в партнерстве, так как многие социальные детерминанты имеют важные черты, напрямую не связанные со здоровьем. Зачастую различные ведомства работают над одним и тем же вопросом, порой даже используют почти идентичные методы, но лишены возможности сотрудничать друг с другом. Необходимо создавать инструменты поддержки координации – как законодательные, так и финансовые.

## 8.7 Активное участие и вовлечение местных сообществ

### Вовлечение местного населения

Как отмечено в главе 5, требуются совместные решения и участие различных сторон. Повышение уровней активного гражданского участия имеет большое значение для создания условий, при которых люди могут контролировать свои жизненные обстоятельства на протяжении всей жизни.

Особое внимание нужно обратить на рациональность, уровень внедрения и устойчивость инициатив, которые достигаются благодаря активному участию и вовлечению местных жителей и социально незащищенных групп населения. Для того чтобы население могло направлять деятельность органов государственного управления и других ведомств на обеспечение здоровья и благополучия в качестве коллективных целей, требуется более разумное стратегическое руководство. Для этого нужны новые структуры управления и лидерства. Вместо того чтобы наращивать потенциал извне, необходимо расширять права и возможности социальных, политических и экономических систем, которые высвобождают потенциал организаций, профессиональных групп, а также социально незащищенных слоев населения. Для того чтобы добиться такого расширения прав и возможностей, требуются самые разнообразные виды знаний и фактических данных, построенных на опыте и мнениях людей, входящих в затронутые группы и сообщества. Специалисты, работающие в службах «переднего края», нередко способны играть лидирующие роли при реализации действий на уровне местного сообщества. Местные инициативные действия, осуществляемые за рамками формальных императивов политики, дают хорошие возможности для внедрения инноваций и разработки последующих стратегий. Механизмы извлечения и усвоения полезных уроков из опыта местных инноваций должны стать частью процессов разумного управления.

### **Расширение прав и возможностей, местные ресурсы и контроль над жизненными обстоятельствами**

При разработке рекомендаций в отношении действий авторы обзора уделили особое внимание таким аспектам, как жизнестойкость и ресурсы, которые обеспечивают защиту от внешних разрушающих воздействий, снижают вред и ослабляют процессы, которые приводят к уязвимости и социальному отчуждению (см. главу 5). Такие меры включают в себя, например, контроль послеродовой депрессии и содействие формированию материнской привязанности, предоставление отпусков по уходу за ребенком и патронаж (например, партнерства «семья–медсестра»), совместные решения, повышение уровня эффективного участия граждан в создании условий, при которых мужчины и женщины могут в равной мере распоряжаться своими жизненными обстоятельствами, а также обеспечение целесообразности, практического внедрения и устойчивости инициатив с помощью активного участия различных слоев населения, в том числе социально незащищенных групп.

Растет интерес к развитию партнерских отношений для воздействия на глубинные причины несправедливостей в отношении здоровья, которые основывались бы на планировании по

принципу «снизу вверх», а также на использовании знаний местных жителей для успешного проведения и оценки политики. В качестве примеров формально создаваемых механизмов в странах можно назвать партнерство в области коммунального здравоохранения во Флоренции (Италия), муниципальные группы по укреплению здоровья в Финляндии, советы по здоровью и благополучию в Соединенном Королевстве (Англия), а также осуществляемый при поддержке Всемирного банка проект по инвестированию развития сельских поселений в Кыргызстане, целью которого является наращивание местного потенциала и развитие инфраструктуры для обеспечения социально-экономического роста в сельской местности, а также борьба с бедностью. Из 5,1 млн граждан Кыргызстана 65% живут в сельской местности, причем сельские жители составляют примерно 80% от числа населения, живущего в условиях крайней бедности. Проект инвестирования в сельские поселения содействует развитию разумного стратегического руководства на местном уровне, что, в свою очередь, стимулирует устойчивое экономическое развитие и помогает создавать рабочие места. Механизмы поощрения участия и обеспечения открытости при принятии решений по расстановке приоритетов, размещению ресурсов и проведению оценок включают в себя собрания жителей с обсуждением вопросов планирования и распределения бюджета, общественные слушания в поддержку вовлечения и наращивания потенциала местного населения и общественных организаций в области бюджетирования, а также коллективное планирование и реализацию проектов.

Необходимо привлекать к этим вопросам все заинтересованные стороны, включая работодателей, социальных партнеров, профессиональные ассоциации, группы по интересам и неправительственные организации. Действия в итоге должны соответствовать ценностям и принципам, изложенным в главе 2: их следует планировать и осуществлять с опорой на общественную активность, иницируемую отдельными гражданами, организациями или сообществами. Эти действия должны реализовываться на местном уровне, в зоне влияния и ответственности соответствующих организаций, и оказывать влияние на другие секторы посредством эффективной передачи принципов и ключевых положений.

## 9.1

**Исходные данные**

Несправедливости в отношении здоровья нельзя сократить без устранения несправедливостей, лежащих в основе причин нездоровья: таких как социальное разобщение, неравное воздействие вредных факторов и различные уровни жизнестойкости – устойчивости к внешним негативным воздействиям. Страны могут использовать принцип «Справедливость в отношении здоровья во всех стратегиях» как важное обязательство, которым должны определяться дальнейшие меры, направленные на повышение уровня такой справедливости и воздействие на социальные детерминанты здоровья, однако нужны также новые системы стратегического руководства и практического осуществления намеченных программ. Эти системы должны оперировать на всех уровнях стратегического руководства, вовлекая все общество и всю структуру государственного управления. Рекомендуется, чтобы во всех европейских странах сокращение несправедливостей в отношении здоровья стало одним из главных критериев, используемых для оценки деятельности системы здравоохранения и государства в целом. Сокращение несправедливостей также должно служить одним из главных критериев оценки деятельности Регионального бюро.

Для обеспечения подотчетности и прозрачности необходимы мониторинг и тщательная оценка. Рекомендуется, чтобы **во всех 53 странах Европейского региона были приняты четкие стратегии, направленные на исправление сложившейся ситуации и сокращение масштабов несправедливости в отношении здоровья** путем воздействия на его социальные детерминанты. Рекомендации обзора открывают конкретные пути решения этой задачи, внося вклад в развитие и осуществление основ новой европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020 (1).

Общепризнанно, что европейские страны находятся на весьма разных исходных позициях по уровню здоровья, справедливости в отношении здоровья и социально-экономического развития. Это может ограничить осуществимость некоторых мер в краткосрочной перспективе и повлиять на сроки решения конкретных вопросов, но не должно влиять на долгосрочные стратегические цели.

Широкая и всесторонняя стратегия должна включать следующие приоритеты:

- развитие и образование в раннем детском возрасте;
- занятость и условия труда;

- межсекторальные действия в поддержку пожилых людей;
- социальная защита;
- устойчивость и сообщества;
- профилактика и лечение;
- сокращение масштабов социального отчуждения и уязвимости;
- сокращение гендерной несправедливости;
- содействие в разработке европейских и глобальных стратегий повышения уровня справедливости в отношении здоровья.

Предпринимаемые действия должны строиться на принципе всеобщности, но, с учетом социального градиента здоровья, их интенсивность должна соотноситься с социальными и медико-санитарными потребностями, т.е. соответствовать принципу пропорционального универсализма. При этом необходимо в обязательном порядке учитывать следующие факторы:

- здоровье и его социальные детерминанты как основные права человека;
- признание взаимной ответственности между странами и группами внутри стран;
- необходимость обеспечения справедливости в ряду поколений;
- роль национальных и транснациональных экономических, социальных, политических и культурных процессов, которые оказывают влияние на людей на протяжении всей жизни, определяют их социальный статус и ведут, в большей или меньшей мере, к социальному отчуждению и уязвимости;
- важность расширения прав и возможностей граждан и сообществ управлять своей жизнью, используя имеющиеся ресурсы и законные права;
- необходимость обеспечить минимальный стандарт здоровой жизни для всех.

**Системы стратегического руководства в интересах здоровья, способные претворить в жизнь вышеописанные принципы, должны включать следующие характеристики:**

- высокий уровень политической воли и приверженности делу сокращения несправедливостей в отношении здоровья на международном, национальном и местном уровнях;
- институциональная готовность, с участием частного и государственного секторов и НПО, сосредоточенная на вопросах развития политики и потенциала внедрения;

- справедливость (включая межпоколенческую справедливость) во всех стратегиях;
- подход с позиций прав человека в отношении здоровья и его социальных детерминант и использование структур и систем, предусматривающих коллективные действия ключевых заинтересованных сторон;
- открытость и прозрачность в использовании ресурсов и принятии решений в сочетании с активным противодействием коррупции;
- наличие транспарентных механизмов подотчетности, функционирующих на основе расширения прав и возможностей и активного участия граждан и местных сообществ, с открытой публикацией количественных данных, отражающих:
  - масштабы социальных несправедливостей и прогресс в их преодолении;
  - результаты оценки вмешательств;
  - влияние всех реализуемых стратегий на ситуацию в отношении справедливости;
  - социально-экономическая цена несправедливостей и обусловленные их сокращением полезные эффекты для здоровья и достижения более широких общественных целей, таких как социальная сплоченность, устойчивое развитие и улучшение экономической ситуации;
  - уровни общественных ресурсов и жизнестойкости сообществ;
- наличие адекватных рычагов и стимулов для системы здравоохранения и других секторов, поддерживающих их усилия по сокращению несправедливостей в отношении здоровья;
- межсекторальное сотрудничество и работа в партнерстве, осуществляемые в рамках существующих систем управления и оценки эффективности, а также в процессах и механизмах, предназначенных для развития активной сопричастности и ответственности за решение совместных задач на национальном и местном уровнях;
- вовлечение местных сообществ в развитие и реализацию стратегий, с использованием и укреплением их потенциала и ресурсов;
- транснациональные механизмы и торговые соглашения, способствующие укреплению здоровья и сокращению пагубных социальных явлений (таких как безработица).

## 9.2

### Частные рекомендации

На обороте страницы (с. 206), для удобства пользования, приведен полный перечень рекомендаций данного обзора.



## ■ Этапы жизни

### **Стойкое повторение рисков для здоровья, переходящих от одного поколения к другому** **Рекомендация 1(а).**

Обеспечить необходимые условия для надлежащего ухода за детьми и их воспитания, для формирования благоприятных семейных отношений при соблюдении гендерного равенства, а также для предоставления адекватной социальной поддержки и защиты здоровья.

### **Развитие в детском возрасте** **Рекомендация 1(б).**

Обеспечить всеобщий доступ к высококачественным и приемлемым по стоимости услугам ухода, воспитания и образования в раннем детском возрасте.

### **Занятость, условия труда и несправедливости в отношении здоровья** **Рекомендация 1(с).**

Устранить воздействие нездоровых и небезопасных условий труда и усилить меры по обеспечению здоровых условий на рабочем месте, доступа к трудоустройству и возможностям заниматься достойным трудом.

### **Пожилые люди** **Рекомендация 1(д).**

Принять согласованные и действенные меры на межсекторальном уровне по устранению несправедливостей в пожилом возрасте и старости как в целях профилактики и ведения хронических заболеваний, так и для улучшения показателей выживаемости и благополучия по всему социальному градиенту.

## ■ Общество в целом

### **Механизмы социальной защиты, доход и несправедливости в отношении здоровья** **Рекомендация 2(а).**

Повысить уровень и улучшить распределение мер социальной защиты в соответствии с потребностями, чтобы улучшить состояние здоровья и преодолеть несправедливости в отношении здоровья.

### **Местные сообщества** **Рекомендация 2(б).**

Добиться объединения усилий по сокращению несправедливостей в отношении местных детерминант здоровья путем развития и укрепления сотрудничества и партнерства с теми, кого затрагивает несправедливость, с гражданским обществом и широким спектром заинтересованных сторон в обществе.

### **Социальное отчуждение, уязвимость и неблагополучие** **Рекомендация 2(с).**

Принять меры, направленные на создание систем и процессов в обществе, способствующих

повышению его устойчивости, сплоченности и открытости, уделяя особое внимание группам, наиболее тяжело затронутым процессами отчуждения.

## ■ Контекст на макроуровне

### **Расходы на социальные нужды** **Рекомендация 3(а).**

Повышать уровень социальной справедливости путем эффективного использования налоговых мер и социальных пособий. В частности, в странах, где доля бюджета, выделяемая на программы охраны здоровья и социальной защиты, ниже нынешнего среднего уровня в ЕС, эта доля должна быть увеличена, а во всех остальных странах – поддерживаться на текущем уровне.

### **Устойчивое развитие и здоровье** **Рекомендация 3(б).**

Планировать на долгосрочную перспективу и защищать интересы будущих поколений путем установления связей между экологическими, социальными и экономическими факторами и их центральной роли во всех направлениях политики и практики.

## ■ Системы

### **Стратегическое руководство** **Рекомендация 4(а).**

Повысить уровень стратегического руководства в отношении социальных детерминант здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Это требует повышения согласованности действий на всех уровнях государственного управления (международном, национальном, региональном и местном), во всех секторах и среди всех заинтересованных сторон (государственных, частных и добровольных).

### **Приоритеты общественного здравоохранения, профилактика и лечение нарушений здоровья** **Рекомендация 4(б).**

Разработать всесторонний, межсекторальный механизм учета долгосрочного характера профилактики и лечения нарушений здоровья на принципах справедливости в целях внесения устойчивых корректив в практику профилактики и лечения на основе принципов социальной справедливости в отношении здоровья.

### **Количественная оценка и целевые ориентиры** **Рекомендация 4(с).**

Организовать регулярную отчетность и общественное рассмотрение вопросов несправедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант на всех уровнях стратегического руководства, включая международный, страновой и местный уровни.

1. *Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
2. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья: заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
3. Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 ([http://data.euro.who.int/hfad/b/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
4. *Livslängden i Sverige 2001–2010. Livslängdstabeller för riket och länen [Ожидаемая продолжительность жизни в Швеции, 2001–2010. Таблицы дожития для страны в целом и по провинциям]*. Stockholm, Statistics Sweden, 2011 (Demografiska rapporter [Демографические доклады] 2011:2; [http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/BE0701\\_2001110\\_BR\\_BE51BR1102.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0701_2001110_BR_BE51BR1102.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
5. Aldabe B et al. Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2011, 65(12):1123–1131.
6. Schneider S. The social gradient in morbidity and mortality: a proposed theoretical explanation for health inequalities. *Osterreichische Zeitschrift für Soziologie*, 2008, 33(1):43–66.
7. Nussbaum MC. *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
8. Sen A. *The idea of justice*. London, Allen Lane, 2009.
9. Stronks K et al. *Equity, equality and human rights task group report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
10. Sen A. *Development as freedom*. New York, Alfred A. Knopf, 1999. Сен А. Развитие как свобода / Пер. с англ., М.: Новое издательство, 2004.
11. Venkatapuram S. *Health justice*. Cambridge, Polity, 2011.
12. *Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1946 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
13. *Международный пакт о гражданских и политических правах*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1966 ([http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/pactpol.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
14. *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1966 ([http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/pactecon.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
15. Права человека [веб-сайт]. Страсбург, Совет Европы, 2012 (<http://hub.coe.int/ru/web/coe-portal/navigation/human-rights>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
16. Antonovsky A. *Health, stress, and coping*. San Francisco, Jossey Bass, 1979.
17. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey Bass, 1987.
18. Morgan A, Ziglio E, Davies M. *Health assets in a global context: theory, methods, action. Investing in assets of individuals, communities and organizations*. London, Springer, 2010.
19. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 2007, 14(17) (Suppl.):17–22.
20. Kickbusch I, Gleicher D. *Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/149971/RC61\\_rlnfDoc06.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rlnfDoc06.pdf), по состоянию на 5 августа 2013 г.).
21. Ståhl T et al., eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/109146/E89260.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf), accessed 15 July 2013).
22. Kunst A. Describing socioeconomic inequalities in health in European countries: an overview of recent studies. *Revue d'Epidemiologie et Sante Publique*, 2007, 55(1):3–11.
23. Mackenbach J et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:2468–2481.
24. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997, 38:21–37.
25. Burstrom B, Fredlund P. Self-rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2001, 55:836–840.
26. Borrell C et al. *Social exclusion, disadvantage and vulnerability task group background report 6. Socio-economic inequalities in health in cities of Europe: from evidence to actions*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
27. Vagero D, Illsley R. Inequality, health and policy in east and west Europe. *International Journal of Health Services*, 1992, 3:225–239.
28. Mackenbach JP et al. *Final Eurothine report*. Rotterdam, Department of Public Health, University Medical Centre, 2008.
29. *World population prospects: the 2010 revision*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2011 (<http://esa.un.org/wpp/Documentation/WPP%202010%20publications.htm>, accessed 11 May 2013).
30. Marmot M. *Status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy*. London, Bloomsbury Publishing Plc., 2004.
31. Bobak M, Marmot M. East–west health divide and its potential explanations: proposed research agenda. *British Medical Journal*, 1996, 312:421–425.
32. *The European health report 2012. Charting the way to well-being*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf), accessed 15 July 2013).
33. Vagero D. The east–west health divide in Europe: growing and shifting eastwards. *European Review*, 2010, 18(1):23–34.
34. Bobak M, Marmot M. Coronary heart disease in central and eastern Europe and the former Soviet Union. In: Marmot M, Elliot P, eds. *Coronary heart disease epidemiology*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2005.
35. Billingsley S. *Casualties of turbulent economic transition. Premature mortality and foregone fertility in the post-communist countries* [doctoral dissertation]. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, 2009.
36. *A decade of transition. Regional monitoring report 8*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2001.
37. Men T et al. Russian mortality trends for 1991–2001: analysis by cause and region. *British Medical Journal*, 2003, 327:964.
38. *Ill health prevention and treatment task group final report: review of social determinants of health and the health divide in the WHO EURO Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
39. Zatonski WA, Bhala N. Changing trends of diseases in eastern Europe: closing the gap. *Public Health*, 2012, 126(3):248–252.
40. The HEM Project Team. *Closing the health gap in European Union*. Warsaw, Cancer Epidemiology and Prevention Division, the Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology, 2008.
41. European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM) [web site]. Helsinki, ECHIM, 2012 (<http://www.echim.org/>, accessed 15 July 2013).
42. Healthy life years and life expectancy at birth, by sex [web site]. Luxembourg, Eurostat, 2013 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product\\_details/dataset?p\\_product\\_code=TSDPH100](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TSDPH100), accessed 15 July 2013).
43. Jagger C et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*, 2008, 372(9656):2124–2131.

44. Currie C et al., eds. *Социальные детерминанты и благополучие подростков. Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC): международный отчет по результатам опроса, проведенного в 2009/2010 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2012 (Политика здравоохранения в отношении детей и подростков, № 6; [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
45. Kortchagina I, Ovtcharova L. Conditions de vie et pauvreté en Russie. *Economie et Statistique*, 2005, 383–384–385:219–244.
46. Stillman S. Health and nutrition in eastern Europe and the former Soviet Union during the decade of transition: a review of the literature. *Economics and Human Biology*, 2006, 4(1):104–146.
47. Mitra P, Yemtsiv R. *Increasing inequality in transition economies: is there more to come?* Washington, DC, The World Bank, 2006 (World Bank Policy Research Working Paper 4007; <http://elibrary.worldbank.org/content/workingpaper/10.1596/1813-9450-4007>, accessed 15 July 2013).
48. Bandelj N, Mahutga M. *The changing patterns of income inequality in postsocialist Europe*. Durban, International Sociological Association, 2006.
49. Holscher J. Income distribution and convergence in the transition process – a cross-country comparison. *Comparative Economic Studies*, 2006, 48(2):302–325.
50. Karaman Aksentijevic N, Denona Bogovic N. Tendencies and causes of economic inequality in the Republic of Croatia and CEE countries. *Transformations in Business and Economics*, 2005, 4(1):37–54.
51. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*. London, Marmot Review Team, 2010 ([www.instituteofhealthequity.org](http://www.instituteofhealthequity.org), accessed 15 July 2013).
52. TransMonEE [online database]. Geneva, TransMonEE, 2004–2013 (<http://www.transmonee.org/>, accessed 15 July 2013).
53. Alam A, Murthi M, Yemtsov R. *Growth, poverty and inequality in eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington DC, The World Bank, 2005.
54. Falkingham J. The end of the rollercoaster? Growth, inequality and poverty in central Asia and the Caucasus. *Social Policy and Administration*, 2005, 39:340–360.
55. Sen A. Poor, relatively speaking. *Oxford Economic Papers*, 1983, 35(2):153–169.
56. Townsend P. A sociological approach to the measurement of poverty – a rejoinder to Professor Amartya Sen. *Oxford Economic Papers*, 1985, 37(4):659–668.
57. Karaman Aksentijevic N, Denona Bogovic N, Jezic Z. Education, poverty and income inequality in the Republic of Croatia. *Journal of Economics and Business*, 2006, 24(1):19–37.
58. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London, Allen Lane, 2009.
59. van Ourti T, van Doorslaer E, Koolman X. The effect of income growth and inequality on health inequality: theory and empirical evidence from the European Panel. *Journal of Health Economics*, 2009, 28(3):525–539.
60. Leu RE, Schellhorn M. The evolution of income-related health inequalities in Switzerland over time. *CESifo Economic Studies*, 2006, 52(4):666–690.
61. Allanson P, Gerdtham U-G, Petrie D. Longitudinal analysis of income-related health inequality. *Journal of Health Economics*, 2010, 29(1):78–86.
62. Cantanero D, Pascual M, Sarabia JM. Effects of income inequality on population health: new evidence from the European Community Household Panel. *Applied Economics*, 2005, 7(1):87–91.
63. Dalstra JA et al. A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Social Science & Medicine*, 2006, 62(8):2046–2060.
64. Jurges H. Health inequalities by education, income and wealth: a comparison of 11 European countries and the US. *Applied Economics Letters*, 2010, 17(1–3):87–91.
65. Lillard D, Burkhauser RV. Income inequality and health: a cross-country analysis. *Schomllers Jahrbuch: Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften/Journal of Applied Social Science Studies*, 2005, 125(1):109–118.
66. van Kippersluis H et al. Health and income across the life cycle and generations in Europe. *Journal of Health Economics*, 2009, 28(4):818–830.
67. Sen A. *Inequality reexamined*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
68. Cornia GA. *Labour market shocks, psychosocial stress and the transition's mortality crisis*. Helsinki, United Nations University and World Institute for Development, 1997.
69. Walberg P et al. Economic change, crime, and the Russian mortality crisis: a regional analysis. *British Medical Journal*, 1998, 317:312–318.
70. Kawachi I et al. Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 1997, 87(9):1491–1498.
71. Wilkinson R. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London, Routledge, 1996.
72. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, 2009, 313:373(9661):399–407.
73. Bobak M et al. Societal characteristics and health in the former communist countries of central and eastern Europe and the former Soviet Union: a multilevel analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2007, 61(11):990–996.
74. Pikhart H. *Social and psychosocial determinants of self-rated health in central and eastern Europe*. Boston, Kluwer Academic Publishers, 2002.
75. Carlson P. Self-perceived health in east and west Europe. Another European health divide. *Social Science & Medicine*, 1998, 46:1355–1366.
76. *Portfolio of indicators for the monitoring of the European strategy for social protection and social inclusion – 2009 update*. Brussels, European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Directorate-General, 2009 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catid=756&langid=en>, accessed 15 July 2013).
77. Eurostat databases [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2013 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database), accessed 15 July 2013).
78. Eurostat. Living conditions and social protection [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2010 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income\\_social\\_inclusion\\_living\\_conditions/data/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database), accessed 15 July 2013).
79. Atkinson AB, Micklewright J. *Economic transformation in eastern Europe and the distribution of income*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992.
80. *Кризис в области смертности, здоровья и питания. Региональный мониторинговый доклад № 2*. Флоренция, ЮНИСЕФ, Международный центр развития ребенка, 1994 (<http://www.unicef-irc.org/publications/318>).
81. Marmot M, Bobak M. International comparators and poverty and health in Europe. *British Medical Journal*, 2000, 321:1124–1128.
82. Bradshaw J. *Social exclusion, disadvantage & vulnerability task group background paper 3: child poverty in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
83. Fritzell J et al. Poverty and Mortality. In: Lundberg O et al. *Social protection policies, income and health inequalities. GDP, taxation, income and welfare task group final report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
84. Zambon A et al. Do welfare regimes mediate the effect of socioeconomic position on health in adolescence? A cross-national comparison in Europe, North America, and Israel. *International Journal of Health Services*, 2006, 36(2):309–329.
85. Aberg Yngwe M et al. Social policy and public health across the lifecourse. *International Journal of Social Welfare*, 2010, 19(Suppl. 1):S1.
86. Bambra C et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2009, 63(1):38–44.
87. European Union statistics on income and living conditions (EU-SILC) [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2013 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu\\_silc](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc), accessed 15 July 2013).
88. Lundberg O et al. *The Nordic experience: welfare states and public health (NEWS)*. Stockholm, Centre for Health Equity Studies, Stockholm University/Karolinska Institutet, 2008 (Health Equity Studies No. 12; [http://www.chess.su.se/polopoly\\_fs/1.54170.13212666671/menu/standard/file/NEWS\\_Rapport\\_080819.pdf](http://www.chess.su.se/polopoly_fs/1.54170.13212666671/menu/standard/file/NEWS_Rapport_080819.pdf), accessed 15 July 2013).
89. Kunst A et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34(2):295–305.



90. Bambra C, Netuveli G, Eikemo TA. Welfare state regime life courses: the development of western European welfare state regimes and age related patterns of educational inequalities in self-reported health. *International Journal of Health Services*, 2010, 40(3):399–420.
91. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*, 2010, 340:3311.
92. Dalstra JA et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34(2):316–326.
93. Melchior M et al. Socioeconomic position in childhood and in adulthood and functional limitations in midlife: data from a nationally-representative survey of French men and women. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(11):2813–2824.
94. Regidor E, Ronda E. Decreasing socioeconomic inequalities and increasing health inequalities in Spain: a case study. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(1):102–108.
95. Nicholson A et al. Socio-economic status over the life-course and depressive symptoms in men and women in eastern Europe. *Journal of Affective Disorders*, 2008, 105(1–3):125–136.
96. Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2008, 62(6):492–498.
97. Vikhireva O et al. Non-fatal injuries in three central and eastern European urban population samples: the HAPIEE study. *European Journal of Public Health*, 2010, 20(6):695–701.
98. Mol GD et al. A widening health gap in general practice? Socio-economic differences in morbidity between 1975 and 2000 in the Netherlands. *Public Health*, 2005, 119(7):616–625.
99. Espelt A et al. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia*, 2008, 51(11):1971–1979.
100. Holstein BE et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):260–270.
101. Borrell C et al. Analyzing differences in the magnitude of socioeconomic inequalities in self-perceived health by countries of different political tradition in Europe. *International Journal of Health Services*, 2009, 39(2):321–341.
102. Hildebrand V, Van KP. Income inequality and self-rated health status: evidence from the European Community Household Panel. *Demography*, 2009, 46(4):805–825.
103. Hyde M et al. Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self rated health in four European studies. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2006, 60(10):882–886.
104. Ravens-Sieberer U et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):151–159.
105. Sucur Z, Zrinscak S. Differences that hurt: self-perceived health inequalities in Croatia and the European Union. *Croatian Medical Journal*, 2007, 48(5):653–666.
106. Espelt A et al. Disability among older people in a southern European city in 2006: trends in gender and socioeconomic inequalities. *Journal of Women's Health*, 2010, 19(5):927–933.
107. Leclerc A et al. Socioeconomic inequalities in premature mortality in France: have they widened in recent decades? *Social Science & Medicine*, 2010, 62(8):2035–2045.
108. Lecluyse A. Income-related health inequality in Belgium: a longitudinal perspective. *European Journal of Health Economics*, 2007, 8(3):237–243.
109. Klotz J, Doblhammer G. Trends in educational mortality differentials in Austria between 1981/82 and 2001/2002: a study based on a linkage of census data and death certificates. *Demographic Research*, 2008, 19:1959–1980.
110. Jasilionis D et al. Sociocultural mortality differentials in Lithuania: results obtained by matching vital records with the 2001 census data. *Population (English Edition)*, 2007, 62(4):597–646.
111. Kristensen PL et al. Tracking and prevalence of cardiovascular disease risk factors across socio-economic classes: a longitudinal substudy of the European Youth Heart Study. *BMC Public Health*, 2006, 6:20.
112. Hernandez-Quevedo C et al. Socioeconomic inequalities in health: a comparative longitudinal analysis using the European Community Household Panel. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(5):1246–1261.
113. Soskolne V, Manor O. Health inequalities in Israel: explanatory factors of socio-economic inequalities in self-related health and limiting longstanding illness. *Health and Place*, 2010, 16(2):242–251.
114. Perna L et al. Socio-economic differences in life expectancy among persons with diabetes mellitus or myocardial infarction: results from the German MONICA/KORA study. *BMC Public Health*, 2010, 10:135.
115. Quaglia A et al. Socio-economic factors and health care system characteristics related to cancer survival in the elderly. A population-based analysis in 16 European countries (ELDCARE project). *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 2005, 54(2):117–128.
116. Falkingham J, Evandrou M, Lyons-Amos M. *Inequalities in child and maternal health outcomes in CEE and the CIS*. Swindon, Economic and Social Research Council, 2012.
117. Vereecken C et al. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health*, 2009, 54(Suppl. 2):180–190.
118. Vereecken CA et al. The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(3):224–232.
119. Maes L et al. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Journal of Dentistry*, 2006, 56(3):159–167.
120. Caldwell JC. Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. *Population Studies*, 1979, 33(3):395–413.
121. Hobcraft J. Women's education, child welfare and child survival: a review of the evidence. *Health Transition Review*, 1993, 3(2):159–173.
122. Tolsma J, Coenders M, Lubbers M. Trends in ethnic educational inequalities in the Netherlands: a cohort design. *European Sociological Review*, 2007, 23(3):325–340.
123. Kolarcik P et al. To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? *Social Science & Medicine*, 2009, 68(7):1279–1284.
124. Masseria C, Mladovsky P, Hernandez-Quevedo C. The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *European Journal of Public Health*, 2010, 20(5):549–554.
125. Missine S, Levecque K, Bracke P. *Discrimination and ethnic inequalities in depression: a multilevel analysis for the European population*. Gothenburg, International Sociological Association, 2010.
126. Chernichovsky D, Anson J. The Jewish–Arab divide in life expectancy in Israel. *Economics and Human Biology*, 2005, 3:123–137.
127. Adamson P. The childcare transition: a league table on early childhood education and care in advanced countries. *Innocenti report card 2*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2008.
128. Adamson P. *The children left behind: a league table of inequality in child well-being in the world's richest countries*. *Innocenti report card 9*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2010.
129. Doyle O, McEntee L, McNamara K. *Skills, capabilities and inequalities at school entry in a disadvantaged community*. Dublin, Gear Institute, University College Dublin, 2010.
130. Causa O, Chapuis C. *Equity in student achievement across OECD countries: an investigation of the role of policies*. Paris, OECD, 2009.
131. Emerging challenges for children in eastern Europe and central Asia. Multiple indicator cluster survey in 12 countries [online database]. Geneva, UNICEF, 2008 (<http://www.micsinfo.org/home.aspx>, accessed 15 July 2013).
132. *An equal start: improving outcomes in children's centres*. London, Institute of Health Equity, 2012.
133. *PISA 2009 results: overcoming social background – equity learning opportunities and outcomes*. Vol. 2. Paris, OECD, 2010.
134. Melhuish EC et al. The early years – preschool influences on mathematics achievement. *Science*, 2008, 321(5893):1161–1162.
135. Database. PISA 2006 database [online database]. Paris, OECD, 2007 (<http://pisa2006.acer.edu.au/downloads.php>, accessed 15 July 2013).

136. *Международная стандартная классификация образования*. Париж, Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, 1997 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001469/146967r.pdf>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
137. Eikemo TA et al. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health and Illness*, 2008, 30(4):565–582.
138. Jurges H. Healthy minds in healthy bodies: an international comparison of education-related inequality in physical health among older adults. *Scottish Journal of Political Economy*, 2009, 56(3):296–320.
139. van Zanten A. New modes of reproducing social inequality in education: the changing role of parents, teachers, schools and educational policies. *European Educational Research Journal*, 2005, 4(3):155–169.
140. Grosse Frie K, Eikemo TA, von dem Knesebeck O. Education and self-reported health care seeking behaviour in European welfare regimes: results from the European Social Survey. *International Journal of Public Health*, 2010, 55(3):217–220.
141. Avendano M, Jurges H, Mackenbach JP. Educational level and changes in health across Europe: longitudinal results from SHARE. *European Journal of Social Policy*, 2009, 19:301–316.
142. von dem Knesebeck O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine*, 2006, 63(5):1344–1351.
143. Stirbu I et al. Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2010, 64(10):913–920.
144. Lorant V et al. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *British Journal of Psychiatry*, 2005, 187:49–54.
145. Ferretti F, Coluccia A. Socio-economic factors and suicide rates in European Union countries. *Legal Medicine*, 2009, 11(Suppl. 1):92–94.
146. Nielsen S, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 2010, 55(5):357–371.
147. Bollini P et al. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(3):452–461.
148. Vieno A et al. Health status in immigrants and native early adolescents in Italy. *Journal of Community Health*, 2009, 34(3):181–187.
149. Pikhart H, Drbohlav D, Dzurova D. The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic. *International Journal of Public Health*, 2010, 55(5):401–411.
150. Jusot F, Silva J, Sermet C. Inegalites de sante liees a l'immigration en France: effet des conditions de vie ou selection a la migration? *Revue Economique*, 2009, 60(2):385–411.
151. Borrell C et al. Perceived discrimination and health by gender, social class, and country of birth in a southern European country. *Preventive Medicine*, 2010, 50(1–2):86–92.
152. Molcho M et al. Health and well-being among child migrants in Europe. *Eurohealth*, 2010, 16(1):20–23.
153. Dominguez-Berjon F et al. The usefulness of area-based socioeconomic measures to monitor social inequalities in health in southern Europe. *European Journal of Public Health*, 2006, 16(1):54–61.
154. Franzini L, Giannoni M. Determinants of health disparities between Italian regions. *BMC Public Health*, 2010, 10:296.
155. Ezcurra R, Pascual P, Rapun M. The spatial distribution of income inequality in the European Union. *Environment and Planning A*, 2007, 39(4):869–890.
156. Dragano N et al. Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. *BMC Public Health*, 2007, 7:255.
157. Shucksmith M et al. Urban–rural differences in quality of life across the European Union. *Journal of Regional Studies*, 2009, 43(10):1275–1289.
158. Heidenreich M, Wunder C. Patterns of regional inequality in the enlarged Europe. *European Sociological Review*, 2008, 24(1):19–36.
159. Rodriguez-Pose A, Tselios V. Education and income inequality in the regions of the European Union. *Journal of Regional Studies*, 2009, 43(3):411–437.
160. Siegrist J, Roskam E, Leka S. Report of task group 2: employment and working conditions including occupation, unemployment and migrant workers. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
161. Artazcoz L et al. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2005, 59:761–767.
162. Parent-Thirion A et al. *Fourth European working conditions survey*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2011.
163. Salavecic G et al. Work stress and health in western European and post-communist countries: an east–west comparison study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2010, 64:57–62.
164. Euro area unemployment rate at 11.0%. EU27 at 10.3%. *Eurostat News Release*, 1 June 2012, 81/2012 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/3-01062012-AP/EN/3-01062012-AP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-01062012-AP/EN/3-01062012-AP-EN.PDF), accessed 15 July 2013).
165. Unemployment rate by sex and age groups – annual average, % [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2011 ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=une\\_rt\\_a&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=une_rt_a&lang=en), accessed 15 July 2013).
166. Мармот М и др. *Промежуточный отчет о социальных детерминантах и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Исполнительное резюме*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/124460/e94370R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/124460/e94370R.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
167. Employment rates by sex, age and nationality (%). Luxembourg, Eurostat, 2010 ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ifsa\\_ergan&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ifsa_ergan&lang=en), accessed 13 July 2013).
168. *Unemployment rates by education*. Luxembourg, Eurostat, 2010.
169. Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971–1991 Office for National Statistics' longitudinal study. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31(2):336–341.
170. Unemployment rates by duration [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2012 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/images/7/7f/Unemployment\\_rates\\_by\\_duration.PNG](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/7/7f/Unemployment_rates_by_duration.PNG), accessed 15 July 2013).
171. von Gaudecker HM, Scholz RD. Differential mortality by lifetime earnings in Germany. *Demographic Research*, 2007, 17:83–108.
172. Chaix B, Rosvall M, Merlo J. Neighbourhood socioeconomic deprivation and residential instability: effects of ischemic heart disease and survival after myocardial infarction. *Epidemiology*, 2007, 18:104–111.
173. Chaix B et al. Income change at retirement, neighbourhood-based social support and ischaemic heart disease: results from the prospective cohort study "Men born in 1914". *Social Science & Medicine*, 2007, 64:818–829.
174. Martikainen P, Nihtila E, Moustgaard H. The effects of socioeconomic status and health on transitions in living arrangements and mortality: a longitudinal analysis of elderly Finnish men and women from 1997 to 2002. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 2008, 63:S99–S109.
175. Martikainen P, Valkonen T, Moustgaard H. The effects of individual taxable income, household taxable income, and household disposable income on mortality in Finland, 1998–2004. *Population Studies*, 2009, 19(2):147–162.
176. Sundquist J, Johansson SE. Self reported poor health and low educational level predictors for mortality: a population based follow up study of 39 156 people in Sweden. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1997, 51(1):35–40.
177. Manor O et al. Educational differentials in mortality from cardiovascular disease among men and women: the Israel Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology*, 2004, 14(7):453–460.
178. Grundy EM, Tomassini C. Marital history, health and mortality among older men and women in England and Wales. *BMC Public Health*, 2010, 10:554.
179. Rostad B, Schei B, Lund Nilssen TI. Social inequalities in mortality in older women cannot be explained by biological and health behavioural factors – results from a Norwegian health survey (the HUNT Study). *Scandinavian Journal of Public Health*, 2009, (4):401–408.
180. Doblhammer G, Rau R, Kytir J. Trends in educational and occupational differentials in all-cause mortality in Austria between 1981/82 and 1991/92. *Wiener klinische Wochenschrift*, 2005, 117(13–14):468–479.



181. Task group on older people. *Health inequalities and the health divide among older people in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
182. Capewell S et al. Age, sex, and social trends in out-of-hospital cardiac deaths in Scotland 1986-95: a retrospective cohort study. *Lancet*, 2001, 358:1213–1217.
183. Levin KA, Leyland AH. A comparison of health inequalities in urban and rural Scotland. *Social Science & Medicine*, 2006, 62:1457–1464.
184. Connolly S, O'Reilly D, Rosato M. House value as indicator of cumulative wealth is strongly related to morbidity and mortality risk in older people: a census-based cross-sectional and longitudinal study. *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39:383–391.
185. Rey G et al. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997–2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. *BMC Public Health*, 2009, 9:33.
186. Merlo J et al. Social inequalities in health – do they diminish with age? Revisiting the question in Sweden 1999. *International Journal for Equity in Health*, 2003, 2(1):2.
187. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science & Medicine*, 2003, 57(5):861–873.
188. Huisman M et al. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2004, 58:468–475.
189. O'Reilly D. Standard indicators of deprivation: do they disadvantage older people? *Age and Ageing*, 2002, 31(3):197–202.
190. Chaix B et al. Disentangling contextual effects on cause-specific mortality in a longitudinal 23-year follow-up study: impact of population density or socioeconomic environment? *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35(3):633–643.
191. van Rossum CT et al. Socioeconomic status and mortality in Dutch elderly people – the Rotterdam study. *European Journal of Public Health*, 2000, 10:255–261.
192. Antunes JL et al. Sex and socioeconomic inequalities of lung cancer mortality in Barcelona, Spain and Sao Paulo, Brazil. *European Journal of Cancer Prevention*, 2008, 17:399–405.
193. Matera E et al. Income inequality and mortality in Italy. *European Journal of Public Health*, 2005, 15(4):411–417.
194. Catalano R. Economic antecedents of mortality among the very old. *Epidemiology*, 2002, 13:133–137.
195. Pudarc S, Sundquist J, Johansson SE. Country of birth, instrumental activities of daily living, self-rated health and mortality: a Swedish population-based survey of people aged 55–74. *Social Science & Medicine*, 2003, 56(12):2493–2503.
196. Avlund K, Damsgaard MT, Osler M. Social position and functional decline among non-disabled old men and women. *European Journal of Public Health*, 2004, 14:212–216.
197. Noale M et al. Predictors of mortality: an international comparison of socio-demographic and health characteristics from six longitudinal studies on aging: the CLESA project. *Experimental Gerontology*, 2005, 40(1–2):89–99.
198. Nybo H et al. Predictors of mortality in 2249 nonagenarians – the Danish 1905 Cohort Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2003, 51(10):1365–1373.
199. Melzer D et al. Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2000, 54(4):286–292.
200. van Rossum CT et al. Employment grade differences in cause specific mortality. A 25-year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2000, 54(3):178–184.
201. Ishigami A et al. An ecological time-series study of heat-related mortality in three European cities. *Environmental Health*, 2008, 7:5.
202. Ramsay SE. Are social inequalities in mortality in Britain narrowing? Time trends from 1978 to 2005 in a population-based study of older men. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2008, 62(1):75–80.
203. Stringhini S et al. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *Journal of the American Medical Association*, 2010, 303(12):1159–1166.
204. Bopp M, Minder CE. Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990–1997: results from the Swiss National Cohort. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:346–354.
205. Benach J, Muntaner C, Santana V. *Employment conditions and health inequalities: final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health of the Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)*. Barcelona/Toronto/Salvador, EMCONET, 2007.
206. Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1999, 53:423–431.
207. Orfila F et al. Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000, 53(6):563–570.
208. Marinacci C et al. The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north west Italy. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2004, 58(3):199–207.
209. Borrell C et al. Socioeconomic position and excess mortality during the heat wave of 2003 in Barcelona. *European Journal of Epidemiology*, 2006, 21:633–640.
210. Cesaroni G et al. Socioeconomic differentials in premature mortality in Rome: changes from 1990 to 2001. *BMC Public Health*, 2006, 6:270.
211. Martinez C. Heterogeneity by age in educational inequalities in cause-specific mortality in women in the Region of Madrid. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2009, 63(10):832–838.
212. Ben-Ezra M, Shmotkin D. Physical versus mental predictors of mortality among the old-old in Israel: the CALAS study. *Research on Aging*, 2010, 32:595–617.
213. Jaffe DH et al. Does one's own and one's spouse's education affect overall and cause-specific mortality in the elderly? *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34(6):1409–1416.
214. Kalediene R, Starkuviene S, Petrauskiene J. Inequalities in life expectancy by education and socioeconomic transition in Lithuania. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 2008, 44(9):713–722.
215. Tobiasz-Adamczyk B et al. Long-term consequences of education, working conditions, and health-related behaviors on mortality patterns in older age. A 17-year observational study in Krakow, Poland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 2007, 20(3):247–256.
216. Jensen RT, Richter K. The health implications of social security failure: evidence from the Russian pension crisis. *Journal of Public Economics*, 2004, 88:209–236.
217. Endres HG et al. Prevalence of anemia in elderly patients in primary care: impact on 5-year mortality risk and differences between men and women. *Current Medical Research and Opinion*, 2009, 25:1143–1158.
218. Sonia G et al. Differences in overall mortality in the elderly may be explained by diet. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2008, 54:232–237.
219. Spoerri A et al. Educational inequalities in life expectancy in German speaking part of Switzerland 1990–1997: Swiss National Cohort. *Swiss Medical Weekly*, 2006, 136(9–10):145–148.
220. von dem Knesebeck O. The importance of social relationships for the association between social inequality and health among the aged. *Soz Praventivme*, 2005, 50(5):311–318.
221. Grundy E, Holt G. Adult life experiences and health in early old age in Great Britain. *Social Science & Medicine*, 2000, 21:1061–1074.
222. Knurowski T et al. Socio-economic health differences among the elderly population in Krakow, Poland. *Sozial-und Praventivmedizin*, 2005, 50(3):177–185.
223. Siegrist J, Wahrendorf M. Participation in socially productive activities and quality of life in early old age: findings from SHARE. *Journal of European Social Policy*, 2009, 19:317–326.
224. de Belvis AG et al. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health*, 2008, 8:348.
225. Amit K, Litwin H. The subjective well-being of immigrants aged 50 and older in Israel. *Social Indicators Research*, 2010, 98:89–104.
226. Litwin H. Social networks and self-rated health – a cross-cultural examination among older Israelis. *Journal of Aging and Health*, 2006, 8:335–358.
227. Lucchetti M, Corsonello A, Gattaceca R. Environmental and social determinants of aging perception in metropolitan and rural areas of southern Italy. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2008, 46(3):349–357.
228. Gaymu J, Springer S. Living conditions and life satisfaction of older Europeans living alone: a gender and cross-country analysis. *Ageing & Society*, 2010, 30:1153–1175.

229. Litwin H. Correlates of successful aging: are they universal? *International Journal of Aging & Human Development*, 2005, 61:313–333.
230. Drennan J et al. The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland. *Ageing & Society*, 2008, 28:1113–1132.
231. Savikko N et al. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2005, 41(3):223–233.
232. Nummela OP et al. Self-rated health and indicators of SES among the ageing in three types of communities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007, 35(1):39–47.
233. Christelis D et al. Income, wealth and financial fragility in Europe. *Journal of European Social Policy*, 2009, 19:359–376.
234. Carmel S, Lazar A. Health and well-being among elderly persons in Israel: the role of social class and immigration status. *Ethnicity & Health*, 1998, 3(1–2):31–43.
235. Pavlovic M. Perception of health among the mobile aged population (part of the study on chronic disease in Croatia). *Drustvena Istrazivanja*, 2010, 19:1079–1092.
236. Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Social Science & Medicine*, 2003, 56(5):935–947.
237. Tsimbos C. An assessment of socio-economic inequalities in health among elderly in Greece, Italy and Spain. *International Journal of Public Health*, 2010, 55(1):5–15.
238. Wroblewska W. Women's health status in Poland in the transition to a market economy. *Social Science & Medicine*, 2002, 54(5):707–726.
239. Espelt A et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*, 2008, 37(5):1095–1105.
240. Fors S, Lennartsson C, Lundberg O. Health inequalities among older adults in Sweden 1991–2002. *European Journal of Public Health*, 2008, 18:138–143.
241. Stenzelius K et al. Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2005, 40(1):85–102.
242. Chandola T et al. Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *British Medical Journal*, 2007, 334:990–993B.
243. Ricoy Lorenzo MC, Pino Juste MR. Perception of quality of life and the use of social welfare resources for the elderly in non-institutionalized elders. *Revista Espanola Geriatria Gerontologia*, 2008, 43(6):362–365.
244. Gonzalo E, Pasarin MI. Health among the elderly. *Gaceta Sanitaria*, 2004, 18(Suppl. 1):69–80.
245. Oswald F et al. Housing and life satisfaction of older adults in two rural regions in Germany. *Research on Aging*, 2003, 25:122–143.
246. Carmel S. Subjective evaluation of health in old age: the role of immigration status and social environment. *International Journal of Aging & Human Development*, 2001, 53:91–105.
247. Groffen DA et al. Material deprivation and health-related dysfunction in older Dutch people: findings from the SMILE study. *European Journal of Public Health*, 2008, 18(3):258–263.
248. Perula de Torres LA et al. Health status of the over 60 years of age population and its relationship with sociodemographic factors (ANCO Project). *Aten Primaria*, 2012, 20(8):425–434.
249. von dem Knesebeck O et al. Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. *Ageing & Society*, 2007, 27:269–284.
250. Huijts T, Eikemo TA, Skalicka V. Income-related health inequalities in the Nordic countries: examining the role of education, occupational class, and age. *Social Science & Medicine*, 2010, 71(11):1964–1972.
251. Alwan N et al. Do standard measures of deprivation reflect health inequalities in older people? *Journal of Public Health Policy*, 2007, 28(3):356–362.
252. Asthana S et al. The demographic and social class basis of inequality in self-reported morbidity: an exploration using the Health Survey for England. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2004, 58(4):303–307.
253. Rautio N, Heikkinen E, Ebrahim S. Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five- and ten-year follow-up studies. *Social Science & Medicine*, 2005, 60(11):2405–2416.
254. Mohd Hairi F et al. Does socio-economic status predict grip strength in older Europeans? Results from the SHARE study in non-institutionalised men and women aged 50+. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010, 64(9):829–837.
255. von dem Knesebeck O et al. Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 2003, 57(9):1643–1652.
256. Scholgen I, Huxhold O, Tesch-Romer C. Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *European Journal of Ageing*, 2010, 7:17–28.
257. Avendano M et al. Health disadvantage in US adults aged 50 to 74 years: a comparison of the health of rich and poor Americans with that of Europeans. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(3):540–548.
258. Tabassum F et al. Socio-economic inequalities in physical functioning: a comparative study of English and Greek elderly men. *Ageing & Society*, 2009, 29:1123–1140.
259. Costa-Font J. Housing assets and the socio-economic determinants of health and disability in old age. *Health & Place*, 2008, 14(3):478–491.
260. Gjonca E, Tabassum F, Breeze E. Socioeconomic differences in physical disability at older age. *Epidemiology & Community Health*, 2009, 63:928–935.
261. Russo A et al. Lifetime occupation and physical function: a prospective cohort study on persons aged 80 years and older living in a community. *Occupational and Environmental Medicine*, 2006, 63(7):438–442.
262. Ebrahim S et al. Social inequalities and disability in older men: prospective findings from the British regional heart study. *Social Science & Medicine*, 2004, 59(10):2109–2120.
263. Adamson JA, Ebrahim S, Hunt K. The psychosocial versus material hypothesis to explain observed inequality in disability among older adults: data from the West of Scotland Twenty-07 Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2006, 60(11):974–980.
264. Halleröd B. III, worried or worried sick? Inter-relationships among indicators of well-being among older people in Sweden. *Ageing & Society*, 2009, 29:563–584.
265. Akin B et al. Reproductive history, socioeconomic status and disability in the women aged 65 years or older in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010, 50(1):11–15.
266. Moe JO, Hagen TP. Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986–2008. *European Journal of Ageing*, 2011, 8(1):49–61.
267. Coppin AK et al. Low socioeconomic status and disability in old age: evidence from the InChianti study for the mediating role of physiological impairments. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 2006, 61(1):86–91.
268. Graciani A et al. Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study. *Maturitas*, 2004, 48(4):381–392.
269. Sagardui-Villamor J et al. Trends in disability and disability-free life expectancy among elderly people in Spain: 1986–1999. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 2005, 60(8):1028–1034.
270. Fuchs Z et al. Morbidity, comorbidity, and their association with disability among community-dwelling oldest-old in Israel. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 1998, 50(6):M447–M455.
271. *Environmental health inequalities in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/157969/e96194.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf), accessed 15 July 2013). *Неравенства в отношении экологических условий и здоровья в Европе. Доклад о проведенной оценке. Рабочее резюме*. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/162528/EH-inequalities-in-Europe\\_ES-Russian.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/162528/EH-inequalities-in-Europe_ES-Russian.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
272. Pomerleau J et al. Determinants of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study. *Addiction*, 2004, 99:1577–1185.
273. Falkingham J, Akkazieva B, Baschieri A. Trends in out-of-pocket payments for health care in Kyrgyzstan, 2001–2007. *Health Policy and Planning*, 2010, 25(5):427–436.
274. Huisman M, Kunst A, Mackenbach J. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*, 2005, 14(2):106–113.

275. Idris B et al. Higher smoking prevalence in urban compared to non-urban areas: time trends in six European countries. *Health and Place*, 2007, 13(3):702–712.
276. Layte R, Whelan CT. Explaining social class inequalities in smoking: the role of education, self-efficacy, and deprivation. *European Sociological Review*, 2009, 25(4):399–410.
277. Schaap MM et al. Female ever-smoking, education, emancipation, and economic development in 19 European countries. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(7):1271–1278.
278. Schaap MM, van Agt HME, Kunst AE. Identification of socio-economic groups at increased risk of smoking in European countries looking beyond educational level. In: *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach. EUROTHINE final report*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University Medical Centre, 2007.
279. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine*, 2003, 56(1):41–52.
280. *Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/187154/e96726R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/187154/e96726R.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
281. *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128065/e94533.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf), accessed 15 July 2013).
- Алкоголь и здоровье: европейский доклад о положении дел, 2010 г.* (аннотация на русском языке, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/european-status-report-on-alcohol-and-health-2010>, по состоянию на 15 августа 2013 г.)
282. Beaglehole R et al. NCDs: celebrating success, moving forward. *Lancet*, 2011, 378(9799):1283–1284
283. Noncommunicable diseases [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases>, accessed 15 July 2013).
284. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374(9686):315–323.
285. Global status report on alcohol and health 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html)).
286. Rehm J et al. Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36(2):458–467.
287. Leon DA et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet*, 2007, 369(9578):2001–2009.
288. Stickley A et al. Alcohol poisoning in Russia and the countries in the European part of the former Soviet Union, 1970–2002. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:444–449.
289. van Oyen H et al. Inequalities in alcohol-related mortality by educational level in 16 European countries. In: *Tackling health inequalities in Europe: an integrated approach. EUROTHINE final report*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University Medical Centre, 2007.
290. Garcy AM, Vagero D. The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: a six year mortality follow-up of the Swedish 1992–1996 recession. *Social Science & Medicine*, 2012, 74(12):1911–1920.
291. Robertson A, Lobstein T, Knai C. *Obesity and socio-economic groups in Europe: evidence review and implications for action*. Brussels, European Commission, 2007.
292. Lobstein T, Millstone E. Context for the PorGrow study: Europe's obesity crisis. *Obesity Review*, 2007, 8(Suppl. 2):7–16.
293. Costa-Font J, Gil J. What lies behind socio-economic inequalities in obesity in Spain? A decomposition approach. *Food Policy*, 2008, 33(1):61–73.
294. Roskam AJ et al. Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39(2):392–404.
295. Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU*. London, The Stationery Office, 2005.
296. Bobak M, Powles J. *Poverty and non-communicable diseases in central and eastern Europe and the former Soviet Union*. London, University College London, 2001.
297. Shkolnikov VM et al. Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994. *Social Science & Medicine*, 1998, 47(3):357–369.
298. Shkolnikov VM et al. The changing relation between education and life expectancy in central and eastern Europe in the 1990s. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2006, 60(10):875–881.
299. Plavinski SL, Plavinskaya SI, Klimov AN. Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 2003, 326(7401):1240–1242.
300. Murphy M et al. The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980–2001. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(7):1293–1299.
301. Leinsalu M, Vagero D, Kunst A. Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:1081–1087.
302. Cifkova R et al. Longitudinal trends in major cardiovascular risk factors in the Czech population between 1985 and 2007/8. Czech MONICA and Czech post-MONICA. *Atherosclerosis*, 2010, 211:676–681.
303. Peasey A et al. Determinants of cardiovascular disease and other non-communicable diseases in central and eastern Europe: rationale and design of the HAPIEE study. *BMC Public Health*, 2006, 6:255.
304. Leinsalu M et al. Educational inequalities in mortality in four eastern European countries: divergence in trends during the post-communist transition from 1990 to 2000. *International Journal of Epidemiology*, 2009, 38(2):512–525.
305. Jaffe DH, Manor O. Assessing changes in mortality inequalities in Israel using a period-specific measure of socio-economic position, 1983–92 and 1995–2004. *European Journal of Public Health*, 2009, 19(2):175–177.
306. Shkolnikov VM et al. Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden, 1971–2000. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2012, 66(4):372–378.
307. Currie C et al. *Early years, family and education task group final report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
308. Dyson A et al. *Childhood development, education and health inequalities*. London, Marmot Review Task Group, 2009 (<https://www.instituteofhealthequity.org/projects/early-years-and-education-task-group-report>, accessed 15 July 2013).
309. Iacovou M, Sevilla-Sanz A. *The effect of breastfeeding on children's cognitive development*. Colchester, Institute for Social and Economic Research, University of Essex, 2010 ([https://www.essex.ac.uk/files/iser\\_working\\_papers/2010-40.pdf](https://www.essex.ac.uk/files/iser_working_papers/2010-40.pdf), accessed 15 July 2013).
310. Melhuish EC et al. Effects of the home learning environment and preschool center experience upon literacy and numeracy development. *Journal of Social Issues*, 2008, 64:95–114.
311. Sylva K et al. *Early childhood matters. Evidence from the effective pre-school and primary education project*. London, Routledge, 2010.
312. Jefferis BJMH, Power C, Hertzman C. Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study. *British Medical Journal*, 2002, 325(7359):305–308.
313. Spencer N. *Health consequences of poverty for children*. London, End Child Poverty, 2008 ([http://www.endchildpoverty.org.uk/files/Health\\_consequences\\_of\\_Poverty\\_for\\_children.pdf](http://www.endchildpoverty.org.uk/files/Health_consequences_of_Poverty_for_children.pdf), accessed 15 July 2013).
314. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 2002, 53:371–399.
315. Brooks-Gunn J, Duncan GJ, Maritato N. Poor families, poor outcomes: the well-being of children and youth. In: Duncan GJ, Brooks-Gunn J, eds. *Consequences of growing up poor*. New York, Russell Sage Foundation, 1997:1–17.
316. Korenman S, Miller JE, Sjaastad JE. Long-term poverty and child development in the United States. Results from the NLSY. *Children and Youth Services Review*, 1995, 17(1–2):127–155.
317. Dearden L, Sibieta L, Sylva K. The socio-economic gradient in early child outcomes: evidence from the Millenium Cohort Study. *Longitudinal and Life Course Studies*, 2011, 2(1):19–40.
318. *U.S. adult literacy programs: making a difference. A review of research on positive outcomes achieved by literacy programs and the people they serve*. Syracuse, ProLiteracy America, 2003 (<http://literacyconnects.org/img/2011/11/US-Adult-Lit-Programs-Making-a-Difference-Research-review.pdf>, accessed 15 July 2013).



319. *Engendering development through gender equality in rights, resources, and voice*. Washington, DC, The World Bank, 2001 ([http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/03/01/000094946\\_01020805393496/Rendered/PDF/multi\\_page.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/03/01/000094946_01020805393496/Rendered/PDF/multi_page.pdf), accessed 15 July 2013).
320. Mikulecky L, Lloyd P, Brannon D. *Evaluating parent/child interactions in family literacy programs*. Louisville, KY, National Center on Family Literacy, 1995.
321. Coleman L, Glenn F. *When couples part: understanding the consequences for adults and children*. London, One Plus One, 2009.
322. Fox SE, Levitt P, Nelson CA. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, 2010, 81(1):28–40.
323. Goodman A, Sianesi B. Early education and children's outcomes: how long do the impacts last? *Fiscal Studies*, 2005, 26(4):513–548.
324. Dutton DG, Corvo K. Transforming a flawed policy: a call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 2006, 11(5):457–483.
325. Walsh A. Drug use and sexual behavior – users, experimenters, and abstainers. *Journal of Social Psychology*, 1992, 132(5):691–693.
326. Brennan KA, Shaver PR. Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1995, 21(3):267–283.
327. Huntsinger ET, Luecken LJ. Attachment relationships and health behavior: the mediational role of self-esteem. *Psychology & Health*, 2004, 19(4):515–526.
328. Meltzer H et al. *The mental health of young people looked after by local authorities in England*. London, Department of Health, 2003 ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH\\_4019442](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4019442), accessed 15 July 2013).
329. Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychological Medicine*, 2007, 37(7):1027–1236.
330. Coote A. *Intergenerational equity. A briefing paper for the WHO review of health inequalities in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
331. Hirsch D, Spencer N. *Unhealthy lives*. London, End Child Poverty, 2008.
332. *Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf), accessed 15 July 2013).
333. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates*. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf), accessed 15 July 2013).
334. van Roosmalen J et al. Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in the Netherlands. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2002, 109(2):212–213.
335. Knight M et al. Inequalities in maternal health: national cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities. *British Medical Journal*, 2009, 338:b542.
336. CMACE. *Saving mother's lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. The eighth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom*. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2011, 118 (Suppl. 1).
337. Bosquet M, Egeland B. Associations among maternal depressive symptomology, state of mind and parent and child behaviors: implications for attachment-based interventions. *Attachment and Human Development*, 2001, 3(2):173–199.
338. Bradshaw J, Mayhew E, Alexander G. *Minimum social protection for families with children in the CEE/CIS countries in 2009: a report for UNICEF*. York, University of York, Social Policy Research Unit, 2010.
339. *Innocenti social monitor 2009. Child well-being at a crossroads: evolving challenges in central and eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2009.
340. Karamessini M. Continuity and change in the southern European social model. *International Labour Review*, 2008, 147(1):43–70.
341. Melhuish EC. Preschool matters. *Science*, 2011, 333(6040):299–300.
342. Havnes T, Mogstad M. *No child left behind: universal child care and children's long-run outcomes*. Oslo, Research Department of Statistics Norway, 2009.
343. Sammons P et al. *Effective pre-school and primary education 3–11 project (EPPE 3–11). Influences on children's attainment and progress in key stage 2: cognitive outcomes in year 6*. London, Department for Children, Schools and Families, 2008.
344. Dumas C, Lefranc A. *Early schooling and later outcomes: evidence from pre-school extension in France. Thema working paper no. 2010–07*. Pontoise, Université de Cergy, 2010.
345. Bauer PC, Riphahn RT. Age at school entry and intergenerational educational mobility. *Economics Letters*, 2009, 103(2):87–90.
346. Sheridan S et al. A cross-cultural study of preschool quality in South Korea and Sweden: ECERS evaluations. *Early Childhood Research Quarterly*, 2009, 24(2):142–156.
347. Sammons P et al. *Influences on children's attainment and progress in key stage 2: cognitive outcomes in year 6*. London, Department for Children, Schools and Families, 2008.
348. *Communication from the Commission. Early childhood education and care: providing all our children with the best start for the world of tomorrow*. Brussels, European Commission, 2011 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0066:FIN:EN:HTML>, accessed 15 July 2013).
349. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 2008, 28(1):78–106.
350. Huttenlocher PR. Synaptic density in human frontal cortex – developmental changes and effects of aging. *Brain Research*, 1979, 163(2):195–205.
351. Allen G. Early intervention: the next steps. *An independent report to Her Majesty's Government*. London, Cabinet Office, 2011.
352. Crawford C et al. *Young people's education and labour market choices aged 16/17 to 18/19*. London, Department for Education, 2011.
353. Duckworth K. *The influence of context on attainment in primary school: interactions between children, family and school contexts*. London, Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, 2008 (Report no. 28).
354. Botvin GJ et al. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive behavioral approach – results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58(4):437–446.
355. Botvin GJ et al. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273(14):1106–1112.
356. Botvin GJ, Mihalic SF, Grotspeter JK. *Lifeskills training: blueprints for violence prevention, book five*. Boulder, Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Science, University of Colorado, 1998.
357. Botvin GJ. *The effectiveness of multicomponent skills training approach to substance abuse prevention*. New York, Cornell University Medical College, Laboratory of Health Behaviour Research, 1989.
358. Aos S et al. *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia, WA, Washington State Institute for Public Policy, 2004 (<http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-07-3901.pdf>, accessed 15 July 2013).
359. Jones L et al. *A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old*. Liverpool, John Moores University, Centre for Public Health, 2007 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/AlcoholSchoolsConsReview.pdf>, accessed 15 July 2013).
360. *Under one roof: the integration of schools and community services in OECD countries*. Paris, OECD, 1998.
361. Cummings C, Dyson A, Todd L. *Beyond the school gates: can full service and extended school overcome disadvantage?* London, Routledge, 2011.
362. Demeuse M et al. *Education policies and inequalities in Europe*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2012.
363. Education. *Addressing exclusion* [web site]. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 1995–2012 (<http://www.unesco.org/new/en/education/themes/strengthening-education-systems/inclusive-education/>, accessed 15 July 2013).
364. *Every child matters. Presented to Parliament by the Chief Secretary to the Treasury by Command of Her Majesty*. London, The Stationery Office, 2003 (<https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/CM5860.pdf>, accessed 15 July 2013).

365. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.
366. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 1979, 24:285–307.
367. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1996, 1:27–41.
368. Wahrendorf M, Dragano N, Siegrist J. Social position, work stress, and retirement intentions: a study with older employees from 11 European countries. *European Sociological Review*, 2012, DOI: 10.1093/esr/jcs058.
369. Tsutsumi A, Kawakami NA. A review of empirical studies on the model of effort reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science & Medicine*, 2004, 59:2335–2359.
370. Eller NH, Netterstrom B, Gyntelberg F. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease. *Cardiology in Review*, 2009, 17:83–97.
371. Kivimaki M, Virtanen M, Elovainio M. Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2006, 32:431–442.
372. Marmot M, Siegrist J, Theorell T. Health and the psychosocial environment at work. In: Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 2006:97–130.
373. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 2008, 65:438–445.
374. Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M. Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 2012, 69(10):694–700.
375. Stansfeld SA, Bosma H, Hemingway H. Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 functioning: the Whitehall II Study. *Psychosomatic Medicine*, 1998, 60:247–255.
376. Bongers PM, Kremer AM, ter Laak J. Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist? A review of the epidemiological literature. *American Journal of Industrial Medicine*, 2002, 41:315–342.
377. Gillen M, Yen IH, Trupin L. The association of socioeconomic status and psycho-social and physical workplace factors with musculoskeletal injury in hospital workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 2007, 50:245–260.
378. Rugulies R, Krause N. Effort–reward imbalance and incidence of low back and neck injuries in San Francisco transit operators. *Occupational & Environmental Medicine*, 2008, 65(8):525–533.
379. European Commission. *Why do socio-economic inequalities increase? Facts and policy responses in Europe*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010.
380. Eurofound. *Fifth European working conditions survey*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2012.
381. Allaire S et al. Contemporary prevalence and incidence of work disability associated with rheumatoid arthritis in the US. *Arthritis & Rheumatism*, 2008, 59(4):474–480.
382. Employers make the case for hiring people with disabilities (19 June 2012) [web site]. Geneva, International Labour Organization, 1996–2012 ([http://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS\\_183673/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS_183673/lang--en/index.htm), accessed 15 July 2013).
383. Cox T et al. *Organizational interventions for work stress: a risk management approach*. Sudbury, HSE Books, 2000.
384. Mackay CJ et al. “Management standards” and work-related stress in the UK: policy background and science. *Work and Stress*, 2004, 18(2):91–112.
385. Aust B, Ducki A. Comprehensive health promotion interventions at the workplace: experiences with health circles in Germany. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2004, 9(3):258–270.
386. Peiró JM, Martínez-Tur V. Organizational development and change. In: Chmiel N, ed. *An introduction to work and organizational psychology*, 2nd ed. London, Blackwell, 2008:351–376.
387. Leka S et al. Policy-level interventions and work-related psychosocial risk management in the European Union. *Work and Stress*, 2010 24(3):298–307.
388. Harrell WA. Perceived risk of occupational injury – control over pace of work and blue-collar versus white-collar work. *Perceptual and Motor Skills*, 1990, 70(3):1351–1359.
389. Clarke S. Accidents and safety in the workplace. In: Cartwright S, Cooper CL, eds. *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford, Oxford University Press, 2009:31–54.
390. Nielsen K et al. Conducting organizational-level occupational health interventions: what works? *Work and Stress*, 2010, 24(3):234–259.
391. Nielsen K, Taris TW, Cox T. The future of organizational interventions: addressing the challenges of today's organizations. *Work and Stress*, 2010, 24(3):219–233.
392. *Здоровье работающих: глобальный план действий. Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Пункт 12.13 повестки дня. WHA60.26, 23 мая 2007 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007* ([http://www.who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_ru\\_web.pdf](http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_ru_web.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
393. Perrin D et al. Jurisdiction: Germany. *Comparative Review of Workers' Compensation Systems in Select Jurisdictions*, 1999, 22 February: 1–14 (<http://www.qp.gov.bc.ca/rcwc/research/perrin-thorau-germany.pdf>, accessed 15 July 2013).
394. Seifert J et al. Arbeits- und wegeunfälle. In: Lob G, Richter M, eds. *Prävention von Verletzungen*. Stuttgart, Schattauer, 2008:79–85.
395. Tausig M, Fenwick R. *Work and mental health in social context*. New York, Springer, 2011.
396. Leon DA. Trends in European life expectancy: a salutary view. *International Journal of Epidemiology*, 2011, 40(2):271–277.
397. Marmot M, Bell R. How will the financial crisis affect health? *British Medical Journal*, 2009, 338:b1314.
398. Kentikelenis A et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 2011, 378(9801):1457–1458.
399. Afford C. *Corrosive reform: failing health systems in eastern Europe*. Geneva, International Labour Organization, 2003.
400. Roskam E, Leather A, eds. *Failing health systems in eastern Europe*. Ferney-Voltaire, Public Services International, 2006.
401. Roskam E, ed. *Winners or losers? Liberalizing public services*. Geneva, International Labour Organization, 2006.
402. Barbieri P, Scherer S. Labour market flexibilization and its consequences in Italy. *European Sociological Review*, 2009, 25(6):677–692.
403. Sullivan D, von Wachter T. Job displacement and mortality. An analysis using administrative data. *The Quarterly Journal of Economics*, 2009, 124:1265–1306.
404. Gallo WT et al. Health effects of involuntary job loss among older workers: findings from the health and retirement survey. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2000, 55(3):S131–S140.
405. Morris JK, Cook DG, Shaper AG. Loss of employment and mortality. *British Medical Journal*, 1994, 308(6937):1135–1139.
406. Moser KA et al. Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1987, 294(6564):86–90.
407. Bethune A. Unemployment and mortality. In: Drever F, Whitehead M, eds. *Health inequalities*. London, The Stationery Office, 1997.
408. Mitchell R, Shaw M, Dorling D. *Inequalities in life and death: what if Britain were more equal?* Bristol, The Policy Press, 2000 (<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/jr086-inequalities-life-death.pdf>, accessed 15 July 2013).
409. Martikainen PT, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 1996, 348(9032):909–912.
410. Iversen L et al. Unemployment and mortality in Denmark, 1970–80. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1987, 295(6603):879–884.
411. Pensola T, Martikainen P. Life-course experiences and mortality by adult social class among young men. *Social Science & Medicine*, 2004, 58(11):2149–2170.
412. Voss M et al. Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(12):2155–2161.
413. Ahs A, Westerling R. Self-rated health in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment. *European Journal of Public Health*, 2006, 16(3):295–305.
414. Kivimaki M et al. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 158(7):663–668.
415. Gallo WT et al. Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: findings from the Health and Retirement Survey. *American Journal of Industrial Medicine*, 2004, 45(5):408–416.



416. Kasl SV, Jones BA. The impact of job loss and retirement on health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 2000:118–136.
417. Kaplan GA et al. Psychosocial predictors of depression. Prospective evidence from the human population laboratory studies. *American Journal of Epidemiology*, 1987, 125(2):206–220.
418. Dorling D. Unemployment and health. *British Medical Journal*, 2009, 338:b829.
419. Moser KA, Fox AJ, Jones DR. Unemployment and mortality in the OPCS Longitudinal Study. *Lancet*, 1984, 2(8415):1324–1329.
420. Supplementary indicators to unemployment by sex and nationality – annual average [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2013 ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ifsi\\_sup\\_nat\\_a&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ifsi_sup_nat_a&lang=en), accessed 15 July 2013).
421. Population in jobless households – annual data. Luxembourg, Eurostat, 2013 ([http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ifsi\\_jhh\\_a&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ifsi_jhh_a&lang=en), accessed 15 July 2013).
422. Crawford C et al. *Young people's education and labour market choices aged 16/17 to 18/19*. London, Department for Education, 2011.
423. Hartfree Y, Hirsch D, Sutton L. *Minimum income standards and older pensioner's needs*. York, Joseph Rowntree Foundation, 2013 (<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/pensioner-income-standards-full.pdf>, accessed 15 July 2013).
424. Opportunity age. *Meeting the challenges of ageing in the 21st century*. London, Department for Work and Pensions, 2005.
425. *Gold age pensioners: valuing the socio-economic contribution of older people in the UK*. Cardiff, WRVS, 2011.
426. Jagger C, Matthews F. Gender differences in life expectancy free of impairment at older ages. *Journal of Women & Aging*, 2002, 14(1–2):85–97.
427. Carmel S, Bernstein JH. Gender differences in physical health and psychosocial well being among four age-groups of elderly people in Israel. *International Journal of Aging & Human Development*, 2003, 56(2):113–131.
428. Walter-Ginzburg A et al. A gender-based dynamic multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). *Social Science & Medicine*, 2005, 60(8):1705–1715.
429. Dirik A, Cavlak U, Akdag B. Identifying the relationship among mental status, functional independence and mobility level in Turkish institutionalized elderly: gender differences. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2006, 42(3):339–350.
430. Oksuzyan A, Brønnum-Hansen H, Jeune B. Gender gap in health expectancy. *European Journal of Ageing*, 2010, 7(4):213–218.
431. Espelt A et al. Disability among older people in a southern European city in 2006: trends in gender and socioeconomic inequalities. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 2010, 19(5):927–933.
432. Beland F, Zunzunegui MV. Predictors of functional status in older people living at home. *Age & Ageing*, 1999, 28(2):153–159.
433. Lahelma E et al. Socioeconomic health inequalities: causes and explanatory models. In: Palosuo H, ed. *Health inequalities in Finland*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2009:21–37.
434. Carlsen F, Kaarboe OM. Norwegian priority guidelines: estimating the distributional implications across age, gender and SES. *Health Policy*, 2010, 95(2–3):264–270.
435. Brockmann H. Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science & Medicine*, 2002, 55(4):593–608.
436. Castillo-Lorente E, Rivera-Fernandez R, Vazquez-Mata G. Limitation of therapeutic activity in elderly critically ill patients. Project for the epidemiological analysis of critical care patients. *Critical Care Medicine*, 1997, 25(10):1643–1648.
437. Andersson KA et al. Influence of mandatory generic substitution on pharmaceutical sales patterns: a national study over five years. *BMC Health Services Research*, 2008, 8:50.
438. Haider SI et al. Patient educational level and use of newly marketed drugs: a register-based study of over 600 000 older people. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2008, 64(12):1215–1222.
439. Damiani G et al. The impact of socioeconomic level on influenza vaccination among Italian adults and elderly: a cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 2007, 45(5):373–379.
440. Firmann M et al. Prevalence, treatment and control of dyslipidaemia in Switzerland: still a long way to go. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2010, 17(6):682–687.
441. Harraf F et al. A multicentre observational study of presentation and early assessment of acute stroke. *British Medical Journal*, 2002, 325(7354):17.
442. Lawlor DA et al. Geographical variation in cardiovascular disease, risk factors, and their control in older women: British Women's Heart and Health Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57(2):134–140.
443. Erne P et al. Early drug therapy and in-hospital mortality following acute myocardial infarction. *Heart Drug*, 2003, 3(3):134–140.
444. Bennett KE, Williams D, Feely J. Inequalities in prescribing of secondary preventative therapies for ischaemic heart disease in Ireland. *Irish Medical Journal*, 2002, 95(6):169–172.
445. Williams D, Bennett K, Feely J. Evidence for an age and gender bias in the secondary prevention of ischaemic heart disease in primary care. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2003, 55(6):604–608.
446. Cortez-Dias N et al. Prevalence and management of hypertension in primary care in Portugal. Insights from the VALSIM study. *Revista Portuguesa de Cardiologia [Portuguese Journal of Cardiology]*, 2009, 28(5):499–523.
447. Blank PR, Schwenkglenks M, Szucs TD. Disparities in influenza vaccination coverage rates by target group in five European countries: trends over seven consecutive seasons. *Infection*, 2009, 37(5):390–400.
448. Blank PR et al. Influenza vaccination coverage rates in Austria in 2006/07 – a representative cross-sectional telephone survey. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 2008, 158(19–20):583–588.
449. Endrich MM, Blank PR, Szucs TD. Influenza vaccination uptake and socioeconomic determinants in 11 European countries. *Vaccine*, 2009, 27(30):4018–4024.
450. Chiatti C et al. Influenza vaccine uptake among community-dwelling Italian elderly: results from a large cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2011, 11:207.
451. Chiatti C et al. Socioeconomic determinants of influenza vaccination among older adults in Italy. *Preventive Medicine*, 2010, 51(3–4):332–333.
452. La Torre G et al. Influence of sociodemographic inequalities and chronic conditions on influenza vaccination coverage in Italy: results from a survey in the general population. *Public Health*, 2010, 51(12):690–697.
453. Jimenez-Garcia R et al. Evolution of anti-influenza vaccination coverage in Spain from 1993 to 2001. *Vaccine*, 2005, 51(22):2844–2850.
454. Jimenez-Garcia R et al. Gender influence in influenza vaccine uptake in Spain: time trends analysis (1995–2006). *Vaccine*, 2010; 28(38):6169–6175.
455. Pena-Rey I, Perez-Farinos N, Sarria-Santamera A. Factors associated with influenza vaccination among elderly Spanish women. *Public Health*, 2004, 118(8):582–587.
456. Sarria-Santamera A, Timoner J. Influenza vaccination in old adults in Spain. *European Journal of Public Health*, 2003, 13(2):133–137.
457. Crawford VL, O'Hanlon A, McGee H. The effect of patient characteristics upon uptake of the influenza vaccination: a study comparing community-based older adults in two healthcare systems. *Age & Ageing*, 2011, 40(1):35–41.
458. Bovier PA et al. Importance of patients' perceptions and general practitioners' recommendations in understanding missed opportunities for immunisations in Swiss adults. *Vaccine*, 2001, 19(32):4760–4767.
459. de Andres AL et al. Influenza vaccination among the elderly Spanish population: trend from 1993 to 2003 and vaccination-related factors. *European Journal of Public Health*, 2007, 17(3):272–277.
460. Ploubidis GB, Grundy E. Later-life mental health in Europe: a country-level comparison. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2009, 64(5):666–676.
461. Oksuzyan A et al. Cross-national comparison of sex differences in health and mortality in Denmark, Japan and the US. *European Journal of Epidemiology*, 2010, 25(7):471–480.
462. Kempen GI et al. Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *Social Science & Medicine*, 1999, 49(1):143–149.
463. Bowling A et al. A multidimensional model of the quality of life in older age. *Ageing & Mental Health*, 2002, 6:355–371.

464. Papadopoulos AA et al. Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece. *BMC Public Health*, 2007, 7:186.
465. Rueda S, Artazcoz L. Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing and Society*, 2009, 29(4):625–647.
466. Deeg DJH. Gender-specific differences in physical and mental health across European countries: variation in levels and explanatory factors at older age. In: Grundy E, ed. *Task group on older people. Health inequalities and the health divide among older people in the WHO European region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012:59–102.
467. Knoop KTB et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women – the HALE project. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(12):1433–1439.
468. Rizzuto D et al. Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. *British Medical Journal*, 2012, 345:e5568.
469. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 2000:137–190.
470. Antonucci TC, Akiyama H, Lansford JE. Negative effects of close social relations. *Family Relations*, 1998, 47(4):379–384.
471. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98(2):310–357.
472. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 2010, 7(7).
473. Victor C, Scambler S, Bond J. *The social world of older people. Understanding loneliness and social isolation in later life*. New York, Open University Publishing, 2009.
474. Cacioppo JT et al. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 2006, 21(1):140–151.
475. Brus M. 2012: European year of active ageing and solidarity between generations [web site]. Brussels, Library of the European Parliament, 2012 (<http://libraryeuroparl.wordpress.com/2012/05/14/2012-european-year-of-active-ageing-and-solidarity-between-generations/>, accessed 15 July 2013).
476. Stegeman I et al. *Healthy and active ageing*. Brussels, EuroHealthNet, 2012.
477. Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/175546/RC62wd10Rev1-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/175546/RC62wd10Rev1-Rus.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
478. SHARE – survey of health, ageing and retirement in Europe. Munich, SHARE, 2012 (<http://www.share-project.org/>, accessed 15 July 2013).
479. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 2005, 365(9464):1099–1104.
480. Marmot M. Social causes of social inequalities in health. In: Anand S, Peter F, Sen A, eds. *Public health, ethics and equity*. Oxford, Oxford University Press, 2004.
481. Popay J, ed. *Final report of the social exclusion, disadvantage and vulnerability task group: review of social determinants of health and the health divide in the WHO EURO region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
482. Bradshaw J, Finch N. Overlaps in dimensions of poverty. *Journal of Social Policy*, 2003, 32(4):513–525.
483. Morris JN et al. A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885–889.
484. Davis A et al. *A minimum income standard for the UK in 2012*. York, Joseph Rowntree Foundation, 2012.
485. Lynch JW et al. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 2000, 320:1200–1204.
486. At-risk-of-poverty rate of elderly people, by sex [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2012 (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde320&plugin=1>, accessed 15 July 2013).
487. Lundberg O et al. *Social protection policies, income and health inequalities. GDP, taxation, income and welfare task group final report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
488. van der Wel KA, Dahl E, Thielen K. Social inequalities in “sickness”: European welfare states and non-employment among the chronically ill. *Social Science & Medicine*, 2011, 73(11):1608–1617.
489. Sjöberg O. Social insurance as a collective resource: unemployment benefits, job insecurity and subjective well-being in a comparative perspective. *Social Forces*, 2012, 88(3):1281–1304.
490. Dahl E, van der Wel K. *Health inequalities across Europe: do welfare arrangements make a difference? Background paper for the task group on social protection policies, income and health inequalities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
491. Dahl E, van der Wel KA. Educational inequalities in health in European welfare states: a social expenditure approach. *Social Science & Medicine*, 2012, 81:60–69.
492. *Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office For Europe, 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/190456/Health-systems-in-times-of-global-economic-crisis-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/190456/Health-systems-in-times-of-global-economic-crisis-an-update-of-the-situation-in-the-WHO-European-Region.pdf), accessed 15 July 2013).
493. Lindert PH. *Growing public: social spending and economic growth since the eighteenth century. Vol. 1*. Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
494. Garfinkel I, Rainwater L, Smeeding T. *Wealth and welfare states: is America a laggard or leader?* Oxford, Oxford University Press, 2010.
495. Morel N, Palier B, Palme J. *Towards a social investment welfare state?* Bristol, The Policy Press, 2012.
496. *2010 EPHA briefing on health inequalities*. Brussels, European Public Health Alliance, 2010.
497. Coote A, Boyce T. *Task group on sustainability and community. Final report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
498. Schwarte C, Adebawale M. *Environmental justice and race equality in the European Union*. London, Capacity Global, 2007.
499. Социальные и гендерные неравенства в отношении окружающей среды и здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/76522/Parma\\_EH\\_Conf\\_pb1\\_rus.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76522/Parma_EH_Conf_pb1_rus.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
500. Gough I et al. *The distribution of total greenhouse gas emissions by households in the UK, and some implications for social policy*. London, Centre for Analysis of Social Exclusion, 2011 (<http://sticerd.lse.ac.uk/dps/case/cp/CASEpaper152.pdf>, accessed 15 July 2013).
501. Goryakin Y et al. *Economics task group background paper. Social capital as a determinant of health: a case study in nine former Soviet Union countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
502. Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science & Medicine*, 2000, 51(9):1421–1435.
503. Ungar M. Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 2008, 38(2):218–235.
504. Poortinga W. Social capital: an individual or collective resource for health? *Social Science & Medicine*, 2006, 62(2):292–302.
505. van Hooijdonk C et al. The diversity in associations between outcome social capital and health per health outcome, population group and location studied. *International Journal of Epidemiology*, 2008, 37(6):1384–1392.
506. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 2004, 33(4):650–667.
507. Gele AA, Harsløf I. Types of social capital resources and self-rated health among the Norwegian adult population. *International Journal for Equity in Health*, 2010, 9:8.
508. Putnam RD. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1993.
509. Guiso L, Sapienza P, Zingales L. Alfred Marshall lecture: social capital as good culture. *Journal of the European Economic Association*, 2008, 6(2–3):295–320.
510. Guiso L, Sapienza P, Zingales L. *Civic capital as the missing link*. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2010 (Report no. 1005; <http://www.nber.org/papers/w15845>, accessed 15 July 2013).
511. Alesina A, La Ferrara E. Who trusts others? *Journal of Public Economics*, 2002, 85:207–234.
512. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357(4):370–379.
513. Scheffler RM, Brown TT. Social capital, economics, and health: new evidence. *Health Economics Policy and Law*, 2008, 3(4):321–331.

514. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *Journal of Urban Health—Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 2001, 78(3):458–467.
515. Suhrcke M, Cookson R. *Economics task group final report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
516. Rocco L, Fumagalli E, Suhrcke M. *From social capital to health – and back*. York, University of York, 2011.
517. D'Hombres B et al. The influence of social capital on health in eight former Soviet countries: why does it differ? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2011, 65(1):44–50.
518. Agyeman J, Bullard RD, Evans B. *Just sustainabilities: development in an unequal world*. Cambridge, MA, MIT Press, 2003.
519. CEU Center for Environmental Policy and Law, Health and Environment Alliance, Coalition for Environmental Justice. *Making the case for environmental justice in central & eastern Europe*. Brussels, Health and Environment Alliance, 2007.
520. *The world's worst polluted places: the top ten of the dirty thirty*. New York, The Blacksmith Institute, 2007.
521. *Health and environment in Europe: progress assessment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/96463/E93556.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96463/E93556.pdf), accessed 15 July 2013).
- Здоровье и окружающая среда в Европе: оценка прогресса (аннотация на русском языке, <http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/health-and-environment-in-europe-progress-assessment>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
522. *Access to improved sanitation and wastewater treatment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/conferences/fifth-ministerial-conference-on-environment-and-health/sections/news/2010/02/besserer-zugang-zu-sicherem-wasser-in-europa/access-to-improved-sanitation-and-wastewater-treatment>, accessed 15 July 2013).
523. Castro JE. *Water, power and citizenship: social struggle in the Basin of Mexico*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2006.
524. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья "Защитим здоровье детей в изменяющейся среде", Парма, Италия, 10–12 марта 2010 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (<http://www.euro.who.int/document/e93618R.pdf>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
525. Toth JI. Social responsibility in pollution: the case of the Tisza River. In: Susanne C, ed. *Societal responsibilities in life science*. Delhi, Kamla-Raj Enterprises, 2004:143–147.
526. Schiermeier Q et al. Whatever happened to ... *Nature*, 2010, DOI: 10.1038 (<http://www.nature.com/news/2010/101223/full/news.2010.690.html>, accessed 15 July 2013).
527. Grant M et al. *Masterclass briefing. Evidence review on the spatial determinants of health in urban settings*. Bristol, University of the West of England, 2010.
528. *Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/social-inequalities-in-environment-and-health/environment-and-health-risks-a-review-of-the-influence-and-effects-of-social-inequalities>, accessed 15 July 2013).
529. *Federal building code (Baugesetzbuch, BauGB)*. Berlin, Federal Ministry for Transport, Construction and Housing, 2000 (<http://www.iuscomp.org/gla/statutes/BauGB.htm#1>, accessed 15 July 2013).
530. Braubach M, Jacobs D, Ormandy D. *Environmental burden of disease associated with inadequate housing. A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/142077/e95004.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf), accessed 15 July 2013).
531. Fredouille J, Laporte E, Mesbah M. Housing and mental health. In: Ormandy D, ed. *Housing and health in Europe. The WHO LARES project*. Abingdon and New York, Routledge, 2009:184–199.
532. Thomson H et al. The health impacts of housing improvement: a systematic review of intervention studies from 1887–2007. *American Journal of Public Health*, 2009, 99(Suppl. 3):S681–S692.
533. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Second European quality of life survey – overview*. Luxembourg, Office for the Official Publications of the European Communities, 2009.
534. Lee ACK, Maheswaran R. The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence. *Journal of Public Health*, 2011, 33(2):212–222.
535. Lintz G, Muller B, Schmude K. The future of industrial cities and regions in central and eastern Europe. *Geoforum*, 2007, 38(3):512–519.
536. Simai M. *Poverty and inequality in eastern Europe and the CIS transition economies*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2006.
537. *Планы действий по защите здоровья населения от воздействия аномальной жары. Руководство*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/147873/E91347R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147873/E91347R.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
538. Vandentorren S et al. August 2003 heat wave in France: risk factors for death of elderly people living at home. *European Journal of Public Health*, 2006, 16(6):583–591.
539. Meusel D et al. The Bratislava Collaborating Group. Public health responses to extreme weather and climate events – a brief summary of the WHO meeting on this topic in Bratislava on 9–10 February 2004. *Journal of Public Health*, 2004, 12(6):371–381.
540. Lee M. Ecologist. LSE's Anne Power: my recipe for 80 per cent savings in your home [web site]. London, The Ecologist, 2010 ([http://www.theecologist.org/Interviews/432382/lsees\\_anne\\_power\\_my\\_recipe\\_for\\_80\\_per\\_cent\\_energy\\_savings\\_in\\_your\\_home.html](http://www.theecologist.org/Interviews/432382/lsees_anne_power_my_recipe_for_80_per_cent_energy_savings_in_your_home.html), accessed 15 July 2013).
541. Bamba C et al. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010, 64(4):284–291.
542. Healy JD. Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57(10):784–789.
543. Nielsen SF et al. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet*, 2011, 377(9784):2205–2214.
544. Geddes JR, Fazel S. Extreme health inequalities: mortality in homeless people. *Lancet*, 2011, 377(9784):2156–2157.
545. Shaw M, Dorling D, Brimblecombe N. Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed. *Environment and Planning A*, 1999, 31(12):2239–2248.
546. *FEANTSA policy statement. Meeting the health needs of homeless people*. Brussels, European Federation of National Organisations Working with the Homeless, 2005.
547. *Homelessness and homeless policies in Europe: lessons from research*. Brussels, European Federation of National Organisations Working with the Homeless, 2010.
548. Hertting N et al. *Strategies to combat homelessness in western and eastern Europe*. Brussels, Federation of National Organisations Working with the Homeless, 1999.
549. Hradecky I. Building capacity of homeless services in the Czech Republic. *European Journal of Homelessness*, 2008, 2:177–190.
550. Andreev E et al. An investigation of the growing number of deaths of unidentified people in Russia. *European Journal of Public Health*, 2008, 18(3):252–257.
551. Stephens M, Fitzpatrick S. Welfare regimes, housing systems and homelessness: how are they linked? *European Journal of Homelessness*, 2007, 1:200–214.
552. *The role of housing in pathways into and out of homelessness*. Brussels, Federation of National Organisations Working with the Homeless, 2008.
553. Centar Za Integraciju Mladih [Центр интеграции молодежи] [веб-сайт]. Belgrade, Centar Za Integraciju Mladih, 2013 (<http://www.cim.org.rs/>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
554. Lindström K. *Health impact assessment and public sector health costs of the road transport sector – results from two projects*. Borlänge, Swedish Road Administration, 2009.
555. *Rural transport futures. Summary*. London, Transport 2000, 2003.
556. Gorman D et al. Transport policy and health inequalities: a health impact assessment of Edinburgh's transport policy. *Public Health*, 2003, 117(1):15–24.
557. *Building health: creating and enhancing places for healthy, active lives*. London, National Heart Forum, 2007.



558. Racioppi F, Dora C, Krech R. *A physically active life through everyday transport*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/87572/E75662.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87572/E75662.pdf), accessed 15 July 2013).
559. Macmichael S. Bucharest cyclists lead fight against "Apocalypse on Wheels" [web site]. Bath, road.cc, 2010 (<http://road.cc/content/news/17088-video-bucharest-cyclists-lead-fight-against-apocalypse-wheels>, accessed 15 July 2013).
560. Roma [web site]. Strasbourg, Council of Europe, 2012 (<http://www.coe.int/portal/web/coe-portal/roma>, accessed 15 July 2013).
561. EU Agency for Fundamental Rights, United Nations Development Programme, European Commission. *The situation of Roma in 11 EU Member States. Survey results at a glance*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2012.
562. Hoelscher P. *Romani children in south east Europe. The challenge of overcoming centuries of distrust and discrimination. Social and economic policy for children. Discussion paper issue #7*. Geneva, UNICEF Regional Office for CEE/CIS, 2007.
563. *Decade watch: results of the 2009 survey*. Budapest, Decade Watch, 2010.
564. Генеральный Секретарь Организации Объединенных Наций знакомится с проектом устойчивого развития в Сербии [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/serbia/sections/news/2012/08/united-nations-secretary-general-visits-sustainable-development-project-in-serbia>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
565. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU framework for national Roma integration strategies up to 2020*. Brussels, European Commission, 2011 ([http://ec.europa.eu/justice/policies/discrimination/docs/com\\_2011\\_173\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/policies/discrimination/docs/com_2011_173_en.pdf), accessed 15 July 2013).
566. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. National Roma integration strategies: a first step in the implementation of the EU framework*. Brussels, European Commission, 2012 ([http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/com2012\\_226\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/com2012_226_en.pdf), accessed 15 July 2013).
567. Kovacheva V, Vogel D. *The size of the irregular foreign resident population in the European Union in 2002, 2005 and 2008: aggregated estimates*. Hamburg, Hamburg Institute of International Economics, 2009.
568. Stock estimates for the EU [online database]. Hamburg, Database on Irregular Migration, 2012 (<http://irregular-migration.net/index.php?id=217>, accessed 15 July 2013).
569. Laruelle M. Central Asian labor migrants in Russia: the "diasporization" of the central Asian states? *China and Eurasia Forum Quarterly*, 2007, 5(3):101–119.
570. Russia cracking down on illegal migrants – Europe – International Herald Tribune. *The New York Times*, 15 January 2007 ([http://www.nytimes.com/2007/01/15/world/europe/15iht-migrate.4211072.html?\\_r=1](http://www.nytimes.com/2007/01/15/world/europe/15iht-migrate.4211072.html?_r=1), accessed 15 July 2013).
571. Bjorngren Cuadra C. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of Public Health*, 2012, 22(2):267–271.
572. Ingleby D. *Social exclusion, vulnerability & disadvantage task group background paper 4: irregular migrants in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
573. *Конвенция о правах ребенка*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1989 (<http://www.un.org/russian/document/convents/childcon.htm>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
574. *Separated, asylum-seeking children in European Union Member States*. Vienna, European Union Agency for Fundamental Rights, 2010 ([http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-fullreport-sep-asylum-conference-2010\\_EN.pdf](http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-fullreport-sep-asylum-conference-2010_EN.pdf), accessed 15 July 2013).
575. Ayres R, Barber T. *Statistical analysis of female migration and labour market integration in the EU*. Oxford, Oxford Brookes University, 2006.
576. Kofman E. *Women migrants and refugees in the EU*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.
577. Schwenken H. *"Domestic slavery" versus "workers rights": political mobilizations of migrant domestic workers in the European Union*. San Diego, Center for Comparative Immigration Studies, University of California, 2005.
578. Oso Casas L, Garson JP. *The feminisation of international migration*. Geneva, International Labour Organization, 2005.
579. Zincone G, Caponio T. *The multilevel governance of migration. State of the art report Cluster C9*. Amsterdam, International Migration, Integration and Social Cohesion in Europe, 2005 (<http://dare.uva.nl/document/39847>, accessed 15 July 2013).
580. Вишневецкий АГ, Бобылев СН. *Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации, 2008 г. Россия перед лицом демографических вызовов*. Москва, ПРООН, Российская Федерация, 2009 ([http://www.undp.ru/documents/NHDR\\_2008\\_Rus.pdf](http://www.undp.ru/documents/NHDR_2008_Rus.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
581. Dommernik J, Jandl M. *Modes of migration regulation and control in Europe. IMISCOE reports*. Amsterdam, Amsterdam University Press, 2008.
582. Broders D, Engerson G. The fight against illegal migration: identification policies and immigrants' counterstrategies. *American Behavioral Scientist*, 2007, 50:1592–1609.
583. Triandafyllidou A, Maroukis T. *Irregular migration in Greece. Counting the uncountable. Data and trends across Europe*. Athens, Clandestino, 2009.
584. Bloomer E et al. *The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London*. London, UCL Institute of Health Equity, 2012 (<https://www.instituteofhealthequity.org/projects/demographics-finance-and-policy-london-2011-15-effects-on-housing-employment-and-income-and-strategies-to-reduce-health-inequalities>, accessed 15 July 2013).
585. Kvist J et al. *Changing social equality: the Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol, Policy Press, 2012.
586. Kuivalainen S, Nelson K. Eroding minimum income protection in the Nordic countries? Reassessing the Nordic model of social assistance. In: Kvist J et al., eds. *Changing social equality: the Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol, Policy Press, 2012:69–88.
587. ALMPs and health: overview of the evidence. In: *Pan-European macro-drivers that impact on work, worklessness, social protection and health inequalities: main issues, themes and futures scanning*. London, Health Action Partnership International, 2012 (<http://www.hapi.org.uk/what-we-do/working-for-equity-in-health/publications/>, accessed 15 July 2013).
588. Andersen SH. The short- and long-term effects of government training on subjective well-being. *European Sociological Review*, 2008, 24(4):451–462.
589. Hagquist C, Starrin B. Youth unemployment and mental health – gender differences and economic stress. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 1996, 5(4):215–228.
590. Harry JM, Tiggemann M. The psychological impact of work reentry training for female unemployed sole parents. *Australian Journal of Social Issues*, 1992, 27(2):75–91.
591. Oddy M, Donovan A, Pardoe R. Do government training schemes for unemployed school leavers achieve their objectives – a psychological perspective. *Journal of Adolescence*, 1984, 7(4):377–385.
592. Vuori J, Silvonen J. The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2005, 78:43–52.
593. Strandh M. Different exit routes from unemployment and their impact on mental well-being: the role of the economic situation and the predictability of the life course. *Work Employment and Society*, 2000, 14(3):459–479.
594. Stafford EM. The effectiveness of the Youth Opportunities Programme on young people's employment prospects and psychological well-being. *British Journal of Guidance and Counselling*, 1982, 10:12–21.
595. Lakey J, Bonjour D. *Health and youth unemployment: a health impact assessment of the new deal for young people*. London, Policy Studies Institute, 2001.
596. Vinokur AD et al. Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2000, 5(1):32–47.
597. Vinokur AD, Schul Y. The web of coping resources and pathways to reemployment following a job loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2002, 7(1):68–83.

598. Coutts A, Stuckler D, Cann D. The health and wellbeing effects of active labour market programmes. In: Huppert F, Cooper C, eds. *Interventions and policies to enhance wellbeing*. Oxford, Wiley-Blackwell, 2013.
599. Vuori J et al. The Työhön job search program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2002, 7(1):5–19.
600. Creed PA, Muller J, Machin MA. The role satisfaction with occupational status, neuroticism, financial strain and categories of experience in predicting mental health in the unemployed. *Personality and Individual Differences*, 2001, 30:413–447.
601. Creed PA, Hicks RE, Machin MA. Behavioural plasticity and mental health outcomes for long-term unemployed attending occupational training programmes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 1998, 71:171–191.
602. Vesalainen J, Vuori J. Job-seeking, adaptation and re-employment experiences of the unemployed: a 3-year follow-up. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1999, 9(5):383–394.
603. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment – two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 2004, 58(8):1463–1473.
604. Labonté R, Ruckert A. *Global influences task group final report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
605. Stuckler D, Basu S, McKee M. *The impact of global finance policy on public health and health inequality: crises and policy responses in the European Union. A global influences task group background report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
606. Weisbrot M et al. *IMF-supported macroeconomic policies and the world recession: a look at forty-one borrowing countries*. Washington, DC, Center for Economic and Policy Research, 2009 (<http://www.cepr.net/documents/publications/imf-2009-10.pdf>, accessed 15 July 2013).
607. Houston M et al. Health services across Europe face cuts as debt crisis begins to bite. *British Medical Journal*, 2011, 343.
608. Janssen R. *Greece and the IMF: who exactly is being saved?* Washington, DC, Center for Economic and Policy Research, 2010 (<http://www.cepr.net/documents/publications/greece-imf-2010-07.pdf>, accessed 15 July 2013).
609. Economou M et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet*, 2011, 378(9801):1459.
610. Triantafyllou K, Angeletopoulou C. IMF and European co-workers attack public health in Greece. *Lancet*, 2011, 378(9801):1459–1460.
611. Weisbrot M, Ray R. *Latvia's internal devaluation: a success story?* Washington, DC, Center for Economic and Policy Research, 2011.
612. United Nations Development Programme. *Human development report 2011. Sustainability and equity: a better future for all*. New York, Palgrave Macmillan, 2011.
613. McCulloch N, Pacillo G. *The Tobin tax: a review of the evidence*. Brighton, Institute of Development Studies, 2011 (IDS Research Report 68; <http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/rr68.pdf>, accessed 15 July 2013).
614. Papademetriou DG, Sumption M, Somerville W. *Migration and the economic downturn: what to expect in the European Union*. Washington, DC, Migration Policy Institute, 2009.
615. Сакс Дж. *Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86021/1/924454527.pdf>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
616. Acemoglu D, Johnson S. Disease and development: the effect of life expectancy on economic growth. *Journal of Political Economy*, 2007, 115(6):925–985.
617. Ashraf Q, Lester A, Weil DN. *When does improving health raise GDP?* Rhode Island, Brown University, 2008.
618. Beraldo S, Montolio D, Turati G. *Healthy, educated and wealthy: is the welfare state really harmful for growth. Working paper in economics No. 127*. Barcelona, Espai de Reverte en Economia, University of Barcelona, 2005.
619. Rivera B, Currais L. Economic growth and health: direct impact or reverse causation? *Applied Economics Letters*, 1999, 6(11):761–764.
620. Rivera B, Currais L. Income variation and health expenditure: evidence for OECD countries. *Review of Development Economics*, 1999, 3(3):258–267.
621. Knowles S, Owen PD. Health capital in cross-country variation in income per capita in the Mankiw-Romer-Weil model. *Economics Letters*, 1995, 48:99–106.
622. Knowles S, Owen PD. Education and health in an effective-labour empirical growth model. *Economic Record*, 1997, 73(223):314–328.
623. Suhrcke M, Urban D. Are cardiovascular diseases bad for economic growth? *Health Economics*, 2010, 19(12):1478–1496.
624. Contoyannis P, Rice N. The impact of health on wages: evidence from the British Household Panel Survey. *Empirical Economics*, 2001, 26:599–622.
625. Gannon B. A dynamic analysis of disability and labour force participation in Ireland. *Health Economics*, 2005, 14:925–938.
626. Currie J, Madrian BC. Health, health insurance and the labour market. In: Ashenfelter O, Card D, eds. *Handbook of labour economics*. Vol. 3. Amsterdam, Elsevier Science, 1999.
627. Suhrcke M et al. *Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/74742/E89992R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74742/E89992R.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
628. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. *Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union*. Luxembourg, European Commission, 2007.
629. Dow W, Schoeni RF. *Economic value of improving the health of disadvantaged Americans*. Princeton, NJ, The Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America, 2008.
630. Mazucco S, Meggiolaro S, Suhrcke M. *The economic benefits of reducing health inequalities in England and Wales. Marmot Review task group report*. London, Marmot Review Team, 2010.
631. CHOosing Interventions that are Cost Effective (WHO–CHOICE) [web site]. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/choice/en/>, accessed 15 July 2013).
632. HM Government. *Securing the future: delivering UK sustainable development strategy*. Norwich, The Stationery Office, 2005.
633. Solomon S et al., eds. *Climate change 2007. The physical science basis. Contribution of working group I to the fourth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
634. May E et al. *Health effects of climate change in the West Midlands: technical report*. Birmingham, West Midlands Public Health Observatory, 2010 (<http://www.wmpho.org.uk/publications/item.aspx?id=3276>, accessed 15 July 2013).
635. Stern N. *The Stern review: the economics of climate change*. Cambridge, Cambridge University Press, 2006.
636. *Food 2030*. London, Department for Environment, Food and Rural Affairs, 2010 (<http://archive.defra.gov.uk/foodfarm/food/pdf/food2030strategy.pdf>, accessed 15 July 2013).
637. Friel S et al. Global health equity and climate stabilisation: a common agenda. *Lancet*, 2008, 372(9650):1677–1683.
638. Zatonski WA, Willett W. Changes in dietary fat and declining coronary heart disease in Poland: population based study. *British Medical Journal*, 2005, 331(7510):187–188.
639. Zatonski WA, McMichael AJ, Powles JW. Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991. *British Medical Journal*, 1998, 316(7137):1047–1051.
640. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Chronic diseases 2 – scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*, 2007, 370(9603):1939–1946.
641. Lang T. From “value-for-money” to “values-for-money”? Ethical food and policy in Europe. *Environment and Planning A*, 2010, 42(8):1814–1832.
642. *Положение дел в области продовольствия и сельского хозяйства, 2008. Биотопливо: перспективы, риски и возможности*. Рим, ФАО, 2008 (<http://www.fao.org/docrep/011/i0100r/i0100r00.htm>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
643. Lobstein T, Friel S, Dowler E. Food, fuel and NCDs. *Lancet*, 2008, 372(9639):628.
644. The post-alcohol world. *Economist*, 30 October 2010.



645. Free food for Europe's poor [web site]. Brussels, European Commission Agriculture and Rural Development, 2010 ([http://ec.europa.eu/agriculture/markets/freefood/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/agriculture/markets/freefood/index_en.htm), accessed 15 July 2013).
646. Friel S, Walsh O, McCarthy D. The irony of a rich country: issues of financial access to and availability of healthy food in the Republic of Ireland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60(12):1013–1019.
647. Macours K, Swinnen JFM. Rural–urban poverty differences in transition countries. *World Development*, 2008, 36(11):2170–2187.
648. Anand S, Sen A. Human development and economic sustainability. *World Development*, 2000, 28(12):2029–2049.
649. *Всеобщая декларация прав человека*. Париж, Организация Объединенных Наций, 1948 (<http://www.un.org/ru/documents/udhr>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
650. *Устав Организации Объединенных Наций*. Сан-Франциско, Организация Объединенных Наций, 1945 (<http://www.un.org/ru/documents/charter/intro.shtml>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
651. *Декларация об ответственности нынешних поколений перед будущими поколениями*. Париж, ЮНЕСКО, 1997 ([http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID=13178&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13178&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
652. *Декларация принципов международного культурного сотрудничества*. Париж, ЮНЕСКО, 1966 ([http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID=13147&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=13147&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
653. Read R. *Guardians of the future. A constitutional case for representing and protecting future people*. Dorset, Green House, 2012.
654. Raffensperger C, Giannini T, Docherty B. *Models for protecting the environment for future generations. Science and Environmental Health Network*. Cambridge, MA, International Human Rights Clinic at Harvard Law School, 2008.
655. International Court of Justice. Legality of the threat or use of nuclear weapons. *Reports of Judgments, Advisory Opinions and Orders*, 1996, 243–244.
656. *Communication from the Commission on the precautionary principle. COM/2000/0001 final*. Brussels, European Commission, 2000 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52000DC0001:EN:NOT>, accessed 15 July 2013).
657. The consolidated version of the treaty on the functioning of the European Union. Article 191, paragraph 2. *Official Journal of the European Union*, 2010, 30 March: C83/47–C83/199 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0047:0200:EN:PDF>, accessed 15 July 2013).
658. The committee for the future [web site]. Helsinki, Parliament of Finland, 2013 (<http://web.eduskunta.fi/Resource.php?parliament/committees/future.htx>, accessed 15 July 2013).
659. Beetham D. *Parliament and democracy in the twenty-first century. A guide to good practice*. Geneva, Inter-Parliamentary Union, 2006.
660. Tiihonen P. *Revamping the work of the committee for the future*. Helsinki, Parliament of Finland, 2011 (<http://web.eduskunta.fi/dman/Document.php?documentId=yf1451143357746&cmd=download>, accessed 15 July 2013).
661. *Act LIX of 1993 on the Parliamentary Commissioner for Civil Rights (Ombudsman), Article 27/A*. Budapest, Parliament of Hungary, 2012.
662. *Amendment no. 14 –5761/2001*. Tel Aviv, The Knesset, 2001.
663. *Преодоление неравенства: важная роль управления*. Париж, Издательство ЮНЕСКО, 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001776/177683r.pdf>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
664. *Governance and delivery mechanisms task group report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
665. Ministry of Health and Social Affairs. *Objectives and priorities for public health*. Stockholm, Government Offices of Sweden, 2012 (<http://www.government.se/sb/d/15472/a/184237>, accessed 15 July 2013).
666. Mackenbach JP, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *British Medical Journal*, 2002, 325(7371):1029–1032.
667. *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1966 ([http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/rpactecon.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/rpactecon.shtml), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
668. Committee on economic, social and cultural rights – general comments [web site]. New York, United Nations, 2009. (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>, accessed 15 July 2013).
669. Potts H. *Accountability and the right to the highest attainable standard of health*. Colchester, University of Essex Human Rights Centre, 2008.
670. Potts H. *Participation and the right to the highest attainable standard of health*. Colchester, University of Essex Human Rights Centre, 2008.
671. Hunt P, Backman G. *Health systems and the right to the highest attainable standard of health*. Colchester, University of Essex Human Rights Centre, 2008.
672. *Право на наивысший достижимый уровень здоровья*. Вопросы существа, возникающие в ходе осуществления Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. Замечание общего порядка № 14 (2000). Документ E/C.12/2000/4. Женева, Экономический и социальный совет Организации Объединенных Наций. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, 2000 (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/36/PDF/G0043936.pdf>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
673. Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine*, 2002, 54(11):1621–1635.
674. *Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013*. Brussels, EU, 2007 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf), accessed 15 July 2013).
675. Kjellstrom T. *Our cities, our health, our future. Acting on social determinants for health equity in urban settings*. Kobe City, WHO Centre for Health Development, 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/knus\\_final\\_report\\_052008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf), accessed 15 July 2013).
676. Barton H, Tsourou C. *Healthy urban planning: a WHO guide to planning for people*. London, Spon, 2000.
677. Litvack J, Ahmad J, Bird R. *Rethinking decentralization in developing countries*. Washington, DC, The World Bank, 1998.
678. De Vries MS. The rise and fall of decentralization: a comparative analysis of arguments and practices in European countries. *European Journal of Political Research*, 2000, 38(2):193–224.
679. Bankauskaite V, Saltman RB. Central issues in the decentralization debate. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, eds. *Decentralization in health care*. Berkshire, Open University Press, 2007.
680. Grady M et al. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. *Second Annual Business and Technical Conference of the WHO European Healthy Cities Network and the Network of European National Healthy Cities Networks, Liège, Belgium, 15–18 June 2011* (<https://www.instituteoftheequity.org/projects/addressing-the-social-determinants-of-health-the-urban-dimension-and-the-role-of-local-government>, accessed 15 July 2013).
681. Stokke O, Foster J. *Policy coherence in developmental cooperation*. London, Frank Cass, 1999.
682. Smithies J, Hampson S. *Review of good practice in community participation and health projects*. Howarth, Labyrinth Consultancy and Training, 1999.
683. Schmidt LA et al. Alcohol: equity and social determinants. In: Blas E, ed. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010:11–29.
684. Jernigan D. *Alcohol in developing societies: a public health approach. Summary*. Geneva, World Health Organization, 2002.
685. *Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Второй доклад*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244209448\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244209448_rus.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
686. Questions and answers on solidarity in health: reducing health inequalities in the EU [web site]. Brussels, European Commission, 2009 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/09/467&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=en>, accessed 15 July 2013).
687. Mladovsky P et al. *Health in the European Union. Trends and analysis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98391/E93348.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf), accessed 15 July 2013).
688. Dzurova D, Spilkova J, Pikhart H. Social inequalities in alcohol consumption in the Czech Republic: a multilevel analysis. *Health and Place*, 2010, 16(3):590–597.

689. Tomkins S et al. Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25–54 years in Izhevsk, Russia. *Addiction*, 2007, 102(4):544–553.
690. Forcier M. Unemployment and alcohol abuse: a review. *Journal of Occupational Medicine*, 1988, 30(3):246–251.
691. Montgomery SM et al. Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men. *European Journal of Public Health*, 1998, 8(1):21–27.
692. Zagodzón P, Zaborski L, Ejsmont J. Survival and cause-specific mortality among unemployed individuals in Poland during economic transition. *Journal of Public Health*, 2009, 31(1):138–146.
693. Virtanen P et al. Employment trajectory as determinant of change in health-related lifestyle: the prospective HeSSup study. *European Journal of Public Health*, 2008, 18(5):504–558.
694. Walters S, Suhrcke M. *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and CIS: a review of the recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (Working paper 2005/1; <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/pre-2007/socioeconomic-inequalities-in-health-and-health-care-access-in-central-and-eastern-europe-and-the-cis-a-review-of-the-recent-literature>, accessed 15 July 2013).
695. Pomerleau J et al. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries. *Alcohol and Alcoholism*, 2008, 43(3):351–359.
696. Van Oers JAM et al. Alcohol consumption, alcohol-related problems, problem drinking, and socioeconomic status. *Alcohol and Alcoholism*, 1999, 34(1):78–88.
697. Rickards L et al. *Living in Britain no. 31. Results from the 2002 general household survey*. London, The Stationery Office, 2004 (<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-household-survey/2002-edition/living-in-britain--full-report.pdf>, accessed 15 July 2013).
698. Bloomfield K et al. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action "Gender, culture and alcohol problems: a multi-national study". *Alcohol and Alcoholism*, 2006, 41(1):26–36.
699. Hemmingsson T et al. Explanations of social class differences in alcoholism among young men. *Social Science & Medicine*, 1998, 47(10):1399–1405.
700. Olsson BA, Olafsdottir H, Room R. Introduction: Nordic traditions of studying the impact of alcohol policies. In: Room R, ed. *The effects of Nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change*. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 2002:5–12.
701. Meier PS, Purshouse R, Brennan A. Policy options for alcohol price regulation: the importance of modelling population heterogeneity. *Addiction*, 2010, 105(3):383–393.
702. Primary Health Care European Project on Alcohol [web site]. Barcelona, PHCEPA, 2012 (<http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html>, accessed 15 July 2013).
703. Reinap M, Tael M, Jesse M. *Case study on socially determined inequities in alcohol consumption patterns in Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/estonia/publications3/case-study-on-socially-determined-inequities-in-alcohol-consumption-patterns-in-estonia>, accessed 15 July 2013).
704. Blas E, Kurup AS. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf), accessed 15 July 2013).
705. *Табак. Информационный бюллетень №339*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ru/index.html>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
706. Bere E, Hilsen M, Klepp KI. Effect of the nationwide free school fruit scheme in Norway. *British Journal of Nutrition*, 2010, 104(4):589–594.
707. Plescia M, Herrick H, Chavis L. Improving health behaviors in an African American community: the Charlotte Racial and Ethnic Approaches to Community Health project. *American Journal of Public Health*, 2008, 98(9):1678–1684.
708. Wall M et al. Evaluation of community level interventions to address social and structural determinants of health: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 2009, 9:207.
709. Vaid I et al. WISEWOMAN: addressing the needs of women at high risk for cardiovascular disease. *Journal of Women's Health*, 2011, 20(7):977–982.
710. Wilcox S et al. The faith, activity, and nutrition (FAN) program: design of a participatory research intervention to increase physical activity and improve dietary habits in African American churches. *Contemporary Clinical Trials*, 2010, 31(4):323–335.
711. European portal for action on health inequalities. *Gesund essen mit Freude* [web site]. Brussels, the Equity Action, 2011 ([http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EU/good\\_practice\\_database/](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EU/good_practice_database/), accessed 15 July 2013).
712. European portal for action on health inequalities. *Decent food for all (DFfA)* [web site]. Brussels, the Equity Action, 2011 ([http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EU/good\\_practice\\_database/](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EU/good_practice_database/), accessed 15 July 2013).
713. European portal for action on health inequalities. *The food and health project* [web site]. Brussels, the Equity Action, 2011 ([http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EU/good\\_practice\\_database/](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EU/good_practice_database/), accessed 15 July 2013).
714. European portal for action on health inequalities. *Romsas in motion* [web site]. Brussels, the Equity Action, 2011 ([http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EU/good\\_practice\\_database/](http://www.health-inequalities.eu/HEALTHY/EU/good_practice_database/), accessed 15 July 2013).
715. Keimer KM, Dreas JA, Hassel H. Recruiting elderly with a migration and/or low socioeconomic status in the prevention study OptimaHl 60plus. *Journal of Primary Prevention*, 2011, 32(1):53–63.
716. Mendis S, Banerjee A. Cardiovascular disease: equity and social determinants. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, World Health Organization, 2010:31–48.
717. NACCHO. Youth Health and Wellness Clinic, Grand Traverse County Health Department, Michigan [web site]. Washington, DC, National Association of County and City Officials, 2011 (<http://www.naccho.org/toolbox/>, accessed 15 July 2013).
718. Jenum AK, Lorentzen CAN, Ommundsen Y. Targeting physical activity in a low socioeconomic status population: observations from the Norwegian "Romsas in motion" study. *British Journal of Sports Medicine*, 2009, 43(1):64–69.
719. Bamba C, Joyce K, Maryon-Davis A. *Strategic review of health inequalities in England post-2010. Marmot Review. Task group 8: priority public health conditions. Final report*. London, Marmot Review, 2009.
720. Cardiovascular disease. Facts and figures [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/facts-and-figures>, accessed 15 July 2013).
721. *План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>).
722. *Noncommunicable diseases: what gets measured, gets done. Concept note*. New York, United Nations, 2011.
723. Beaglehole R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*, 2011, 377(9775):1438–1447.
724. *Промежуточный отчет о социальных детерминантах и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ*. Исполнительное резюме. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/124460/e94370R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/124460/e94370R.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
725. *Туберкулез в Европейском регионе ВОЗ. Информационный бюллетень 2012*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2012/tuberculosis-in-the-who-european-region-fact-sheet-2012>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
726. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011.
727. *Лекарственно-устойчивый туберкулез [веб-сайт]*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 г. (<http://www.who.int/tb/challenges/mdr/ru/index.html>, по состоянию на 15 августа 2013 г.).
728. Lönnroth K et al. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(12):2240–2246.

729. Rasanathan K et al. The social determinants of health: key to global tuberculosis control. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011, 15(Suppl. 2):S30–36.
730. Tuberculosis and gender. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/69014/fs05E\\_TBgender.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/69014/fs05E_TBgender.pdf), accessed 15 July 2013).
731. Controlling TB among the Roma – a community approach [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=8>, accessed 15 July 2013).
732. Keshavjee S et al. Treating multidrug-resistant tuberculosis in Tomsk, Russia: developing programs that address the linkage between poverty and disease. *Annals of the New York Academy of Science*, 2008, 1136:1–11.
733. Hayward AC et al. Epidemiology and control of tuberculosis in western European cities. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7(8):751–757.
734. Dick J et al. Primary health care nurses implement and evaluate a community outreach approach to health care in the South African agricultural sector. *International Nursing Review*, 2007, 54(4):383–390.
735. Rocha C et al. The Innovative Socio-economic Interventions Against Tuberculosis (ISIAT) project: an operational assessment. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2011, 15(Suppl.2):S50–57.
736. *Press release: reference 2000/0187*. London, Department of Health, 2000.
737. Canto JG et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. *Journal of the American Medical Association*, 2012, 307(8):813–822.
738. Rosengren A et al. Sex differences in survival after myocardial infarction in Sweden – data from the Swedish national acute myocardial infarction register. *European Heart Journal*, 2001, 22(4):314–322.
739. Vaccarino V et al. Sex differences in 2-year mortality after hospital discharge for myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 134(3):173–181.
740. Marrugat J et al. Role of age and sex in short-term and long-term mortality after a first Q-wave myocardial infarction. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2001, 55(7):487–493.
741. *Mental health atlas 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005.
742. *Women and men in Ireland*. Dublin, Central Statistical Office Ireland, 2011.
743. McCartney G et al. Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries. *Tobacco Control*, 2011, 20(2):166–168.
744. Ulfarsson GF, Mannering FL. Differences in male and female injury severities in sport-utility vehicle, minivan, pickup and passenger car accidents. *Accident Analysis and Prevention*, 2004, 36(2):135–147.
745. *Sex differences in driving and insurance risk*. Oxford, Social Issues Research Centre, 2004.
746. *Albania demographic and health survey 2008–09*. Tirana, Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro, 2010 (<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR230/FR230.pdf>, accessed 15 July 2013).
747. Glouberman S et al. *A toolbox for improving health in cities: a discussion paper*. Ontario, The Caledon Institute of Social Policy, 2003.
748. Bobak M, Stein C, eds. *Measurement and targets task group final report: review of the social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
749. Living conditions in 2008. 17% of EU27 population at risk of poverty. Higher risk of poverty among children and elderly [online news release]. Luxembourg, Eurostat, 2010 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/3-18012010-AP/EN/3-18012010-AP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-18012010-AP/EN/3-18012010-AP-EN.PDF), accessed 15 July 2013).
750. Whelan CT, Nolan B, Maitre B. *Measuring material deprivation in the enlarged EU*. Washington, DC, Economic and Social Research Institute, 2008 (Working paper no. 249; <http://www.esri.ie/UserFiles/publications/20090129121820/WP249.pdf>, accessed 15 July 2013).
751. Rutstein S, Johnson K. *The DHS wealth index, DHS comparative reports no. 6*. Calverton, MD, ORC Macro, 2004.
752. Penttilä I, Nordberg L. *Objective and subjective measures of poverty in the European Community Household Panel*. Helsinki, Statistics Finland, 1999 (<http://www.stat.fi/isi99/proceedings/arkisto/varasto/nord0702.pdf>, accessed 15 July 2013).
753. Urban health: Healthy Cities [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>, accessed 15 July 2013).
754. Fryers P. *Technical issues in measuring and monitoring targets to reduce health inequalities. Discussion paper for the Marmot Review, Committee 2*. London, UCL Institute of Health Equity, 2009 (<http://www.instituteofhealthequity.org/Content/FileManager/pdf/technical-issues-in-measuring-and-monitoring-targets-14.6.9.pdf>, accessed 15 July 2013).
755. Dahlgren G, Whitehead M. *Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья: восходящее выравнивание. Часть 2*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/103825/E89384R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/103825/E89384R.pdf), по состоянию на 15 августа 2013 г.).
756. Harper S et al. Implicit value judgments in the measurement of health inequalities. *Milbank Quarterly*, 2010, 88(1):4–29.
757. Annycke P et al. *Economic security for a better world*. Geneva, International Labour Organization, 2004.
758. Currie C et al, eds. *Health Behaviour in School-aged Children: international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (Health Policy for Children and Adolescents no. 5; <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2008/inequalities-in-young-peoples-health-hbsc-international-report-from-the-20052006-survey>, accessed 15 July 2013).
759. Brooks A et al. *State of the nation's children. Ireland 2010*. Dublin, Office of the Minister for Children and Youth Affairs, 2010.
760. Kleiser C et al. Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: results from the cross-sectional KiGGS study. *BMC Public Health*, 2009, 2:9.
761. *Communication from the Commission on solidarity in health: reducing health inequalities in the EU*. Brussels, European Commission, 2009 ([http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm), accessed 15 July 2013).
762. Peake S et al. *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Geneva, World Health Organization, 2008.
763. Cook B. *Health inequalities*. Belfast, Southern Health Board, 2009.
764. *Spending review 2010*. London, HM Treasury, 2010 ([http://www.hm-treasury.gov.uk/spend\\_index.htm](http://www.hm-treasury.gov.uk/spend_index.htm), accessed 15 July 2013).
765. *The Norwegian Public Health Act*. Oslo, Ministry of Health and Care Services, 2012 ([http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer%20FHA\\_FOS/123.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Hoeringer%20FHA_FOS/123.pdf), accessed 15 July 2013).
766. Judge K et al. *Health inequalities: a challenge for Europe. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU (February 2006)*. London, Department of Health, 2006 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd05\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf), accessed 15 July 2013).
767. *The Health and Social Care Act 2012 fact sheet*. London, Department of Health, 2012 (<http://www.dh.gov.uk/health/files/2012/06/A1-Factsheet-Overview-240412.pdf>, accessed 15 July 2013).
768. Sen A. Elements of a theory of human rights. *Philosophy & Public Affairs*, 2004, 32(4):315–356.
769. Hendriks AC. *De betekenis van het EVRM voor het gezondheidsrecht. Gezondheidszorg en Europees recht. Preadvies 2009 [Значение ЕКПЧ для законодательства по здравоохранению. Здравоохранение и европейское законодательство. Предварительная публикация, 2009]*. Гаарга, SDU, 2009.
770. Dahlgren GA, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute of Future Studies, 1991.
771. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 2004, 33:115–131.
772. *Key informant interviews on approaches to tackling health inequities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
773. *Opportunities for scaling up and strengthening health in all policies in south-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
774. *Policy review of the resource guide on governance for social determinants of health and health inequities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.



775. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 2012, 75(4):761–769.

776. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: improving decisions about health, wealth and happiness*. New Haven, Yale University, 2008.

777. Graham J, Amos B, Plumptre T. *Principles for good governance in the 21st century*. Toronto, Institute on Governance, 2003 (Policy brief no. 15; <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>, accessed 15 July 2013).

778. *Moving forward equity in health – monitoring and analysis of social determinants. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU*. Madrid, Ministry of Health and Social Policy, 2010 ([http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE\\_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud\\_en.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud_en.pdf), accessed 15 July 2013).

779. *Crossing sectors – experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Public Health Agency of Canada, 2007. Cited in: *World health. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Discussion paper*. Geneva, World Health Organization, 2012:15 (<http://www.who.int/sdhconference/Discussion-Paper-EN.pdf>, accessed 15 July 2013).

780. Valentine N et al. *Health equity at the country level: building capacities and momentum for action. A report on the country stream of work in the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.

781. *The Venice appraisal and development tool for governance to address the social determinants of health and the reduction of socially caused health inequalities (SDH/HI)*. Venice, WHO European Office for Investment in Health and Development, 2009 ([http://www.who.int/nationalpolicies/resources/resources\\_tools/en/index.html](http://www.who.int/nationalpolicies/resources/resources_tools/en/index.html), accessed 15 July 2013).

782. Andersen J, Larsen JE. Social inclusion and spatial inequality in the city – the Danish case. *Australian Social Policy Conference, "Social Inclusion", Sydney, 9–11 July 2003*.





Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и 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  
Бывшая югославская  
Республика Македония  
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  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чешская Республика  
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: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

