



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Инструмент обеспечения справедливости в отношении здоровья

Концептуальная основа мониторинга мер политики повышения справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Инструмент обеспечения справедливости в отношении здоровья

**Концептуальная основа мониторинга мер политики
повышения справедливости в отношении здоровья в
Европейском регионе ВОЗ**

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© **Всемирная организация здравоохранения, 2019**

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 непатентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

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

Редактор английской версии публикации: Ashley Craig

Оформление публикации: Marta Pasqualato

Отпечатано в Италии: Grafiche2am

Переводчик: Александр Шелепин

Содержание

Выражение благодарности	vi
Список используемых сокращений и отдельных терминов	vii
1. Общие сведения	1
2. Стратегические направления деятельности по обеспечению справедливости в отношении здоровья и соответствующие показатели	3
2.1 Здоровье и услуги здравоохранения	6
2.2 Здоровье, обеспечение базового дохода и социальная защита	11
2.3 Здоровье и условия жизни	16
2.4 Здоровье и социальный и человеческий капитал	24
2.5 Здоровье и условия занятости и труда	29
3. Предлагаемые новые показатели	36
3.1 Обеспечение всеобщего доступа к услугам здравоохранения	36
3.2 Обеспечение равного доступа к недорогому, качественному и безопасному жилью	37
4. Обязательства государств-членов и согласование с ЦУР	38
4.1 Здоровье и услуги здравоохранения	38
4.2 Здоровье, обеспечение базового дохода и социальная защита	39
4.3 Здоровье и условия жизни	40
4.4 Здоровье и социальный и человеческий капитал	43
4.5 Здоровье и условия занятости и труда	45
5. Источники данных	47
Библиография	50

Выражение благодарности

Данная публикация является одним из результатов Инициативы по подготовке докладов о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья (Инициатива HESRI).

Работа в этом направлении проводится под руководством офиса ЕРБ ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие (Венеция, Италия), а ее целью является инновационное обновление путей решения проблем и методов и моделей партнерского сотрудничества для ускорения прогресса в обеспечении здоровой и благополучной жизни для всех жителей Европейского региона ВОЗ.

Chris Brown, руководитель Венецианского офиса ВОЗ, отвечает за стратегическое развитие инициативы HESRI и общую координацию деятельности в рамках этой инициативы. Данный документ был подготовлен Lin Yang и Chris Brown.

Кроме того, некоторые материалы для него были представлены Jonny Currie и Matthew Saunders.

Разработка исходной концептуальной основы осуществлялась под руководством Консультативной группы внешних научных экспертов, созданной в рамках инициативы HESRI, а Рабочая подгруппа экспертов по инструменту обеспечения справедливости в отношении здоровья внесла важный вклад в совершенствование показателей.

Члены Консультативной группы научных экспертов, созданной в рамках инициативы HESRI: Isabel Yordi Aguirre, Clare Bamba, Benjamin Barr, Matthias Braubach, Paula Braveman, Giuseppe Costa, Paula Franklin, Peter Goldblatt, Scott Greer, Louise Haagh, Rachel Hammonds, Johanna Hanefeld, Asa Nihlén, Gorik Ooms, Daniel La Parra, Enrique Gerardo Loyola Elizondo, Julia Lynch, Jennie Popay, Aaron Reeves, Barbara Rohregger, Marc Suhrcke, Denny Vågerö, Carmen Vives-Cases, and Margaret Whitehead.

Члены Рабочей подгруппы экспертов по инструменту обеспечения справедливости в отношении здоровья: Pino Annunziata, Clare Bamba, Benjamin Barr, Tammy Boyce, Christine Brown, Matthias Braubach, Paula Franklin, Peter Goldblatt, Rachel Hammonds, Johanna Hanefeld, Enrique Loyola, David Mosler, Ivo Rakovac, Aaron Reeves, Barbara Rohregger, Nand Shani, Johannes Siegrist, Sarah Thomson, Denny Vågerö, and Margaret Whitehead.

Работа по подготовке данной публикации частично финансировалась Фондом Роберта Вуда Джонсона (Robert Wood Johnson Foundation).

Выраженные в публикации мнения не обязательно отражают мнения Фонда.

Список используемых сокращений и отдельных терминов

HESRi	Инициатива HESRi (англ. Health Equity Status Report Initiative) – инициатива по подготовке докладов о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья
NEET	молодые люди, которые не учатся, не работают и не приобретают профессиональных навыков (синоним: молодежь, которая не учится и не работает)
PM2.5/PM10	PM2.5 – это взвешенные частицы диаметром 2,5 мкм или менее, PM10 – это взвешенные частицы диаметром 10 мкм или менее (Примечание переводчика. PM (от англ. particulate matter)–это широко распространенный загрязнитель атмосферного воздуха, который состоит из смеси твердых и жидких частиц. В документах на русском языке для обозначения взвешенных частиц также используются такие термины, как твердые взвешенные частицы (ТВЧ), твердые частицы (ТЧ), мелкие твердые частицы, мелкие взвешенные частицы, мелкодисперсные взвешенные частицы и др.)
АПРТ	активная политика на рынке труда, синоним – политика (программы) содействия занятости населения (Примечание переводчика. В документах на русском языке для обозначения этого понятия также используются такие термины, как программы (политика) активизации рынка труда, активная политика занятости и др.)
ЕС	Европейский Союз
МОТ	Международная организация труда
НДС	налог на добавленную стоимость
ООН	Организация Объединенных Наций
ОСВОЗ	обеспечение справедливости в отношении здоровья; данное сокращение используется главным образом для обозначения термина Инструмент ОСВОЗ (Инструмент продвижения и мониторинга мер политики по обеспечению справедливости в отношении здоровья; англ. Tool to Track Policies for Health Equity)
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
Платежи из собственных средств	(Out-of-pocket payments). Любые платежи из средств домохозяйства за услуги здравоохранения, лекарства и товары медицинского назначения независимо от типа их поставщика. (Примечание переводчика. В документах на русском языке, включая документы, переведенные с английского, для обозначения этого понятия также используются такие термины, как прямые платежи, прямые

выплаты, частные расходы на здравоохранение, личные расходы на здравоохранение, платежи (выплаты) из собственного кармана, платежи из собственных средств за медицинские услуги, выплаты из кармана населения и др.)

СНД стратегические направления деятельности

Услуги здравоохранения (Health services, healthcare services): Это понятие охватывает все виды профилактической, диагностической, лечебной и реабилитационной помощи, а также другие мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения. (Примечание переводчика. В ряде контекстов термин “услуги здравоохранения” равнозначен таким терминам, как медицинские услуги, медицинская помощь, медицинское обслуживание, медико-санитарная помощь, медико-санитарные услуги и др.)

ЦУР Цели устойчивого развития

1. Общие сведения

Для достижения целей, которые стоят перед ВОЗ и другими учреждениями Организации Объединенных Наций, а также их государствами-членами и партнерами, важнейшее значение имеют такие основополагающие принципы, как “Никто не должен оставаться без внимания” и “Создание условий для процветания всех людей” (1). Эти принципы лежат в основе Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (1), 13-й Общей программы работы ВОЗ (2) и стратегических целей основ политики Здоровье-2020 Европейского регионального бюро ВОЗ (3).

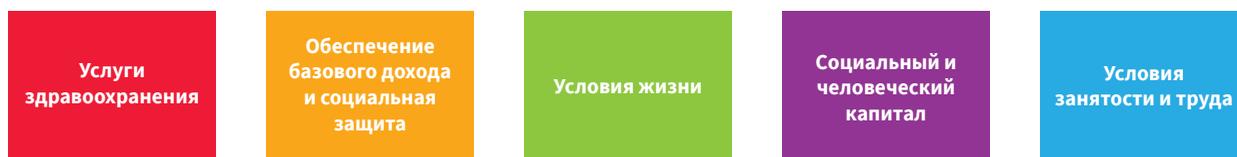
Несправедливость в отношении здоровья является одной из важнейших проблем нашего времени. Многие люди лишены возможности наслаждаться хорошим качеством жизни и благополучием из-за отсутствия справедливых и равных возможностей для сохранения и укрепления здоровья. В Европейском регионе ВОЗ такие цели, как сокращение барьеров для обеспечения справедливости в отношении здоровья, устранение уязвимостей и укрепление солидарности в интересах здравоохранения, отражены в обязательствах и стратегиях высокого уровня государств-членов (которые подробно рассматриваются в разделе 4).

Инструмент продвижения и мониторинга мер политики по обеспечению справедливости в отношении здоровья (инструмент ОСВОЗ) создан для оказания поддержки государствам-членам и партнерам ВОЗ в ускорении реализации принятых обязательств и стратегий посредством осуществления конкретных мер политики. Для более быстрого оказания помощи людям, оказавшимся в неблагоприятном положении из-за плохого состояния здоровья, и предотвращения такого развития событий для других людей требуются меры политики, которые охватывают не только наиболее уязвимые группы населения, но и граждан, в непропорционально большой степени подверженных риску предотвратимых нарушений здоровья. Инструмент ОСВОЗ послужит средством поощрения, активизации и мониторинга таких мер политики в Регионе посредством:

- создания равных возможностей для сохранения и укрепления здоровья на протяжении всей жизни
- уменьшения неравенств в подверженности предотвратимым факторам риска для здоровья
- смягчения последствий для людей, находящихся в неблагоприятном положении из-за комплекса накопившихся социальных, экономических и медицинских проблем.

Меры политики по достижению этих целей охватывают пять направлений многосекторальной деятельности, и имеются убедительные доказательства того, что такие меры способствуют уменьшению различий в возможностях вести здоровую и благополучную жизнь (рис. 1).

Рис. 1. Стратегические направления деятельности



Показатели, содержащиеся в проекте Инструмента продвижения и мониторинга мер политики по обеспечению справедливости в отношении здоровья (инструмент ОСВОЗ), классифицируются

по этим пяти стратегическим направлениям деятельности, и они были разработаны на основе существующих данных, которые регулярно собираются большинством государств-членов Региона в соответствии с международными соглашениями.

Цель настоящего документа заключается в проведении официальных консультаций с государствами-членами и партнерами Европейского региона ВОЗ по инструменту ОСВОЗ в качестве предлагаемого инструмента продвижения и мониторинга мер политики по повышению справедливости в отношении здоровья в Регионе, который будет представлен на 69-й сессии Регионального комитета в сентябре 2019 года. Процесс консультаций дает возможность продемонстрировать ценность инструмента ОСВОЗ с точки зрения:

- стимулирования и поддержания диалога по вопросам справедливости в отношении здоровья на местном, национальном и региональном уровнях; и
- обеспечения того, чтобы вопросы повышения справедливости в отношении здоровья стали для всех секторов одним из приоритетов их политики, в том числе с точки зрения распределения ресурсов.

Предлагается использовать инструмент ОСВОЗ для подготовки докладов о прогрессе в этой области каждые четыре года в дополнение к *Европейской серии докладов о состоянии здоровья (4)* в области мониторинга и отчетности о тенденциях, прогрессе и приоритетах в области здравоохранения для Региона и его государств-членов и партнеров.¹ Это будет способствовать достижению общих целей ВОЗ и других учреждений ООН в области улучшения здоровья и справедливости в отношении здоровья и поддержания устойчивого развития.

Инструмент ОСВОЗ был создан специально для Европейского региона ВОЗ. Однако он был разработан с привязкой к будущему инструменту глобального мониторинга мер по воздействию на социальные детерминанты здоровья и устранению несправедливостей в отношении здоровья (на основе соответствующего консультативного документа ВОЗ (5)). В рамках глобального процесса предлагается комплекс практических мер, которые были провозглашены в Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья (6,7). Хотя в Европейском регионе ВОЗ имеются гораздо более богатые источники данных, чем в изначальной глобальной рамочной структуре, первоначальное сопоставление данных показывает несколько сходных областей. Поскольку источники данных будут, по-видимому, улучшаться и на глобальном уровне, предполагается, что степень согласованности этих двух инструментов будет повышаться.

¹ С помощью докладов о состоянии здравоохранения в Европе отслеживаются межстрановые тенденции и несправедливые различия, в то время как в инструменте ОСВОЗ основное внимание уделяется внутристрановым тенденциям и неравенствам.

2. Стратегические направления деятельности по обеспечению справедливости в отношении здоровья и соответствующие показатели

Инструмент продвижения и мониторинга мер политики по обеспечению справедливости в отношении здоровья (инструмент ОСВОЗ) строится вокруг пяти многосекторальных стратегических направлений деятельности. Ответственность за создание условий, благоприятных для здоровья, и снижение рисков для здоровья людей несут все государственные секторы, а не только сектор здравоохранения. Поэтому многосекторальные действия имеют решающее значение для устранения существующих барьеров и создания для всех людей и во всех сферах жизни равных условий для достижения максимально возможного уровня здоровья и благополучия.

В таблице 1 определены пять стратегических направлений деятельности, охватываемых инструментом ОСВОЗ. Выбор этих направлений был основан на достоверных европейских и глобальных данных относительно их эффективности с точки зрения уменьшения различий как в возможностях сохранения и укрепления здоровья, так и в рисках для здоровья.

Разработке инструмента ОСВОЗ способствовали результаты работы консультативной группы научных экспертов, созданной в рамках рабочей подгруппы европейской Инициативы по подготовке докладов о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья (HESRi), а его дальнейшая доработка осуществлялась на основе широкого диалога и обратной связи с сетями по формированию политики и в ходе региональных мероприятий, имевших место в период с апреля по октябрь 2018 г.²

По каждому стратегическому направлению деятельности вышеуказанный инструмент охватывает два типа показателей:

1. Показатели **осуществления и финансирования** мер политики по повышению справедливости в отношении здоровья; и
2. Показатели того **влияния на справедливость** в отношении здоровья, которое оказывают меры политики, воздействующие на детерминанты здоровья или на связанные с ними последствия.

Осуществление мер политики, способствующих повышению справедливости в отношении здоровья, свидетельствует о наличии политической воли и готовности инвестирования в эту область деятельности, а устойчивое **финансирование** таких мер свидетельствует о наличии долгосрочной приверженности.

² Совещание высокого уровня на уровне министров с делегацией Министерства человеческих ресурсов Венгрии, которое состоялось в Венеции, Италия, 27-28 сентября 2018 г.; сеть “Регионы – за здоровье” (8); технический брифинг на 68-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ; расширенное совещание целевых групп по здоровому старению Европейской сети Здоровых городов ВОЗ, которое состоялось в Копенгагене, Дания, 31 мая–1 июня 2018 г.; и 70-я юбилейная конференция ВОЗ “Успехи и вызовы в улучшении здоровья жителей Европы и Венгрии: акцент на равноправие и устойчивое развитие”, которая состоялась в Будапеште, Венгрия, 18 октября 2018 г.

Таблица 1. Инструмент продвижения и мониторинга мер политики по обеспечению справедливости в отношении здоровья: стратегические направления деятельности (СНД) и их определения

Стратегические направления деятельности:	Определения
Услуги здравоохранения	Меры политики, обеспечивающие наличие, надлежащее качество, а также физическую и финансовую доступность профилактических, лечебных и реабилитационных услуг и программ
Обеспечение базового дохода и социальная защита	Меры политики, обеспечивающие гарантированный базовый доход и смягчающие неблагоприятные медицинские и социальные последствия бедности на протяжении всей жизни
Условия жизни	Меры политики, направленные на создание для всех людей равных условий жизни и экологических условий, влияющих на их здоровье и благополучие
Социальный и человеческий капитал	Меры политики, направленные на укрепление человеческого капитала в области охраны здоровья населения посредством образования, обучения и повышения грамотности; а также меры политики, направленные на укрепление социального капитала отдельных лиц и сообществ таким образом, чтобы это способствовало защите и повышению здоровья и благополучия
Условия занятости и труда	Меры политики, направленные на улучшение воздействия на здоровье условий занятости и труда, включая такие параметры, как наличие и доступность рабочих мест, безопасность труда, заработная плата, физические и психические нагрузки и выполнение небезопасных видов работ

Влияние на справедливость, которое оказывает та или иная мера политики, может быть измерено с точки зрения ее предполагаемого охвата, фактического охвата и эффективности:

- предполагаемый охват свидетельствует о наличии мер политики, направленных на оказание помощи определенным группам населения, особенно группам, находящимся в наиболее неблагоприятных условиях;
- фактический охват показывает, в какой степени эти меры политики достигают группы населения, на которые они направлены; и
- эффективность указывает на способность мер политики достичь намеченной цели повышения справедливости в отношении здоровья и создания условий, необходимых для здоровой жизни.

Эта классификация показателей основывается на существующей классификации показателей ВОЗ (9), в которой подчеркивается необходимость проведения различия между показателями политики или деятельности, с одной стороны, и условиями, с другой. Это различие позволяет увязывать вводимые ресурсы с показателями политической воли, а результаты мер политики – с показателями воздействия на детерминанты несправедливых различий в состоянии здоровья.

При выборе показателей для инструмента продвижения и мониторинга мер политики по обеспечению справедливости в отношении здоровья (инструмент ОСВОЗ) были использованы следующие критерии:

1. Показатель отражает одно или несколько воздействий меры политики на справедливость в отношении здоровья.

2. Имеются доказательства того, что рассматриваемые меры политики или мероприятия способствуют повышению справедливости в отношении здоровья в рамках Европейского региона ВОЗ.
3. Государства-члены взяли на себя обязательство осуществлять политику в этой области посредством принятия соответствующих резолюций в рамках Европейского союза (ЕС), ООН, ВОЗ или других международных организаций.
4. Как минимум 30 государств-членов регулярно собирают и имеют в наличии данные об этом показателе.

Исключением из критерия 4 являются три новых показателя, которые были предложены для включения в инструмент ОСВОЗ, и данные по которым пока что не собираются и поэтому отсутствуют. Эти показатели были разработаны с целью устранения пробелов, выявленных в имеющейся базе данных, и они освещаются и обсуждаются отдельно в разделе 3.

В показателях инструмента ОСВОЗ используются данные, дезагрегированные по таким характеристикам, как доход, уровень образования (выраженный в количестве лет обучения) и пол. Эти стратификационные критерии широко признаны и используются ООН и другими международными организациями, включая ЕС, Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирный банк, а также большинством национальных статистических управлений и научно-исследовательских институтов здравоохранения.

Использование этих различных стратификационных критериев позволяет осуществлять мониторинг ситуации в отношении справедливости среди населения, включая контингенты, защищенные конкретными договорами по правам человека. К ним относятся дети, инвалиды, меньшинства, мигранты и женщины, а также группы, защищенные антидискриминационными положениями, например молодежь и пожилые люди.

В тех случаях, когда дезагрегированные данные отсутствуют, агрегированные данные о предполагаемом и фактическом охвате мер политики и их эффективности с точки зрения общественного здоровья могут по-прежнему быть полезными для измерения справедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья. Например, в число используемых критериев был включен ряд показателей, характеризующих более универсальные стратегии и макроэкономические условия, которые оказывают доказанное позитивное влияние на здоровье и справедливость в отношении здоровья. Окончательный набор стратегических направлений деятельности и соответствующих показателей основан на наилучших имеющихся данных и передовых инструментах мониторинга прогресса в обеспечении справедливости в отношении здоровья.

Некоторые показатели инструмента продвижения и мониторинга мер политики по обеспечению справедливости в отношении здоровья (инструмент ОСВОЗ) тесно или непосредственно соответствуют показателям Целей Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития (ЦУР). Такое соответствие обозначается соответствующим значком ЦУР наряду с описанием показателя в разделе 2. Более подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4. Все показатели с дезагрегированными данными связаны с целью ЦУР 17.18: “Значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальности, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий”.

2.1 Здоровье и услуги здравоохранения

Меры политики, обеспечивающие наличие, надлежащее качество, а также физическую и финансовую доступность профилактических, лечебных и реабилитационных услуг и программ



В зеленых клетках диаграммы дается описание предлагаемых новых показателей.

2.1.1 Обеспечение всеобщей финансовой защиты здоровья

- Всеобщий охват услугами здравоохранения способствует повышению справедливости в отношении здоровья путем обеспечения доступности надлежащих и эффективных услуг здравоохранения без создания финансовых трудностей, независимо от платежеспособности, возраста, этнической принадлежности, инвалидности, географического положения, расы, религии, пола или сексуальной ориентации.
- Люди испытывают финансовые трудности, когда платежи из собственных средств становятся очень большими относительно их способности оплачивать медицинские услуги. Отсутствие финансовой защиты может вызвать или усугубить бедность, подорвать здоровье и несправедливые различия в отношении здоровья и социально-экономического положения.

- В тех случаях, когда системы здравоохранения не обеспечивают адекватной финансовой защиты, люди могут быть вынуждены делать выбор между обращением за медицинской помощью и удовлетворением других основных потребностей, таких, как питание, жилье и отопление. Это оказывает негативное влияние на здоровье и благополучие людей, что, в свою очередь, еще больше увеличивает риск социально-экономической уязвимости и социальной изоляции (10).
- Соответствует ЦУР 3 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 1. Доля домохозяйств с расходами на услуги здравоохранения, ведущими к обнищанию



Этот показатель отражает справедливость в отношении здоровья, так как оплата медицинских услуг из собственных средств наносит большой ущерб бюджету домохозяйств с более низким уровнем доходов. Он показывает, в какой степени платежи из собственных средств толкают уязвимые домохозяйства за черту бедности, а домохозяйства, которые уже находятся за чертой бедности – в еще большую нищету (11). Он также отражает то влияние, которое расходы на услуги здравоохранения, покрываемые за счет собственных средств, оказывают на усиление неравенств в отношении здоровья и доходов между домохозяйствами с более высоким и более низким уровнем дохода.

Показатель 2. Доля домохозяйств с катастрофическими расходами на услуги здравоохранения, покрываемые за счет собственных средств (>40% их платежеспособности)



В разбивке по квинтилям потребления



Домохозяйства, уровень собственных выплат которых за услуги здравоохранения является очень высоким с учетом их платежеспособности,³ могут быть вынуждены отказаться от расходов на удовлетворение других основных потребностей, таких как питание, жилье и коммунальные услуги. Это увеличивает несправедливость в отношении здоровья, поскольку домохозяйства с более низким доходом в меньшей степени могут позволить себе оплачивать услуги здравоохранения из собственных средств. Этот показатель измеряет долю домохозяйств,

³ Способность оплачивать услуги здравоохранения определяется как общее потребление домохозяйства за вычетом стандартной суммы для покрытия основных потребностей.

осуществляющих платежи из собственных средств, которые превышают 40% их способности оплачивать услуги здравоохранения.

Показатель 3. Платежи из собственных средств как доля от текущих расходов на здравоохранение



Этот показатель отражает уровень справедливости в отношении здоровья, показывая в какой степени всеобщий охват услугами здравоохранения снижает платежи за медицинскую помощь из собственных средств, которые оказывают непропорционально большое воздействие на бюджет домашних хозяйств с более низкими доходами.

Показатели 1-3 необходимы для мониторинга прогресса в деле обеспечения всеобщей финансовой защиты здоровья населения Европейского региона ВОЗ.

2.1.2 Обеспечение всеобщего доступа к услугам здравоохранения

- Риск плохого состояния здоровья и заболевания выше среди людей с более низкими социальными и экономическими ресурсами (12–14). Таким образом, гендерные и культурные нормы имеют непосредственное отношение к уровню справедливости в отношении здоровья.
- Политика, направленная на выделение большего объема ресурсов для регионов страны с более высокими медико-санитарными, социальными и экономическими потребностями, оказывает позитивное воздействие на сокращение несправедливых различий в состоянии здоровья как между социальными группами, так и между географическими регионами (15).
- Такая политика способствует более полной реализации прав человека, обеспечивая равное отношение ко всем людям независимо от возраста, инвалидности, места проживания, расы, религии, пола, сексуальной ориентации и этнической принадлежности (12).
- Соответствует ЦУР 3, 5 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 4. Доля населения, сообщившего о неудовлетворенных потребностях в услугах здравоохранения



В разбивке по полу, возрасту, уровню образования и квинтилям доходов



Этот показатель отражает уровень справедливости в отношении здоровья, поскольку возможности удовлетворения потребностей в услугах здравоохранения различных групп населения значительно варьируются (из-за стоимости услуг, расстояния до места, где их можно получить, и сроков ожидания медицинской помощи) в зависимости от их социально-экономических характеристик, таких как возраст, пол, уровень доходов и образования.

Показатель 5. Доля женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), сообщивших о неудовлетворенных потребностях в услугах по планированию семьи



В разбивке по благосостоянию домохозяйств



Женщины из менее состоятельных домохозяйств чаще испытывают такие проблемы, как недостаточный доступ к услугам по планированию семьи и несоответствие между намерением избежать беременности и фактическим использованием противозачаточных средств. Нежелательная беременность, особенно среди женщин из домохозяйств с низким доходом, может нанести ущерб физическому и психическому здоровью как младенцев, так и родителей. Это указывает на целесообразность учета межпоколенческих и гендерных аспектов при рассмотрении действий, направленных на повышение справедливости в отношении здоровья.

Показатель 6. Осуществление мер политики по защите прав мигрантов, не являющихся гражданами страны, на получение услуг здравоохранения в стране проживания



Это предлагаемый новый показатель. Обоснование необходимости мониторинга этого показателя приводится в разделе 3.

Показатель 7. Внедрение или разработка субнациональных формул распределения ресурсов на цели здравоохранения, включающих показатель социально-экономической депривации (например, такой, как преждевременная смертность)

Это предлагаемый новый показатель. Обоснование необходимости мониторинга этого показателя приводится в разделе 3.

Показатель 8. Доля лиц, занимающихся уходом на неформальной основе

5 ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО

*В разбивке по полу, уровню образования и квинтилям доходов*

17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ



Осуществление неформального ухода связано с риском развития нарушений психического здоровья из-за повышенного эмоционального стресса и нехватки времени. Этот показатель отражает уровень справедливости в отношении здоровья, поскольку домохозяйства с низкими доходами с меньшей вероятностью смогут оплачивать формальный уход и, следовательно, с большей вероятностью будут полагаться на неформальный уход для удовлетворения потребностей в медицинском уходе в рамках домохозяйства. Неформальный уход также связан с проблемой гендерного неравенства, поскольку бремя неоплачиваемого неформального ухода непропорционально ложится на плечи женщин.

2.1.3 Обеспечение равного доступа к качественным медицинским услугам

- Качество медицинского обслуживания – это важный элемент обеспечения справедливости в отношении здоровья, поскольку более качественные услуги здравоохранения способствуют повышению показателей здоровья населения (16). Следовательно, равный доступ к качественным медицинским услугам приводит к снижению различий в показателях здоровья.
- Различия в качестве медицинской помощи обусловлены различиями в географическом распределении медицинских служб в районах с низким и высоким уровнем доходов или другими формами дискриминации, которые приводят к тому, что члены домохозяйств с более низкими доходами получают более низкий уровень медицинской помощи, что оказывает негативное влияние на показатели здоровья.
- Соответствует ЦУР 3 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4

Показатель 9. Доля населения, сообщившего о низком качестве медицинского обслуживания

3 ХОРОШЕЕ ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ

*В разбивке по полу, уровню образования и квинтилям доходов*

17 ПАРТНЕРСТВО В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ



Между поставщиками медицинских услуг, обслуживающими районы с низким уровнем дохода или, наоборот, с высоким уровнем дохода, часто наблюдаются неравенства в качестве медицинского обслуживания. Аналогичным образом, неравенства в качестве медицинского обслуживания наблюдаются также между частными и государственными поставщиками услуг, что отражает существующие географические неравенства в социально-экономическом положении и в состоянии здоровья. Деагрегирование данных в рамках этого показателя (по полу, уровню образования и квинтилям доходов) позволяет осуществлять мониторинг равенства в качестве полученных услуг здравоохранения в различных социально-экономических группах.

2.2 Здоровье, обеспечение базового дохода и социальная защита

Меры политики, обеспечивающие гарантированный базовый доход и смягчающие неблагоприятные медико-социальные последствия бедности на протяжении всей жизни



2.2.1 Сокращение и предотвращение бедности и неравенства доходов

- Риск бедности (нищеты) напрямую связан с более ранней заболеваемостью и преждевременной смертностью. Многократное или долгосрочное воздействие финансовой нестабильности ассоциируется с риском плохой самооценки здоровья, депрессии и неспособности удовлетворять основные потребности для здоровой жизни, такие как продукты питания, жилье и топливо для отопления жилища (15).
- Молодые люди, люди, работающие на временной основе или неполный рабочий день, люди, осуществляющие уход, и пожилые люди подвергаются более высокому риску плохого состояния здоровья, связанного с риском бедности (17).
- Меры политики по обеспечению социальной защиты без какой-либо стигматизации оказывают позитивное воздействие на уменьшение несправедливости в отношении здоровья, связанной с отсутствием гарантированного дохода и бедностью.
- Соответствует ЦУР 1, 10 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 10. Доля населения, живущего в относительной бедности, исходя из черты бедности



В разбивке по полу, возрасту, инвалидности, статусу занятости и уровню образования



Этот показатель измеряет количество людей, живущих на уровне или ниже 60% от среднего располагаемого дохода домохозяйства после уплаты налогов и социальных трансфертов. Иными словами он измеряет долю населения, подверженного риску отсутствия гарантированного дохода и, следовательно, подверженного риску ухудшения здоровья.

Воздействие бедности в ранние годы может иметь пагубные последствия для здоровья в течение всей жизни. Дети, живущие в бедных домохозяйствах, особенно подвержены риску плохого состояния здоровья как в детстве, так и в ходе дальнейшей жизни. Молодые люди с более низким уровнем образования и пожилые люди, которые были заняты на низкооплачиваемой работе или никогда не имели формальной работы из-за выполнения обязанностей по уходу за другими членами домохозяйства, подвергаются более высокому риску оказаться за чертой бедности (18). Дезагрегирование по статусу занятости позволяет отслеживать неравенства в отношении здоровья, связанные с трудовой бедностью, а дезагрегирование по статусу инвалидности позволяет отслеживать несправедливые различия в отношении здоровья, обусловленные рисками уязвимости вследствие инвалидности.

Показатель 11. Неравенство доходов, измеряемое коэффициентом (индексом) Джини

Этот показатель позволяет измерять неравенства в доходах домохозяйств в рамках всего общества. Показатель неравенства доходов является адекватной мерой измерения справедливости в отношении здоровья, поскольку сокращение неравенства доходов способствует улучшению финансового положения домохозяйств с более низкими доходами в сравнении с остальной частью общества. Когда финансовые ресурсы всех домохозяйств становятся более равными, возможности доступа людей к товарам, услугам и моделям поведения, способствующим сохранению и укреплению здоровья, становятся более равными (18).

Показатель 12. Расходы на социальную защиту в процентах от валового внутреннего продукта (без учета расходов на здравоохранение)

Государственные расходы на социальную защиту населения оказывают позитивное влияние на справедливость в отношении здоровья, когда они улучшают финансовую безопасность групп населения, подвергающихся большему риску из-за инвалидности, безработицы, жилищной депривации и социальной изоляции. Уровень этих расходов является показателем приверженности страны делу обеспечения защиты наиболее уязвимых слоев общества от социально-экономических потрясений, которые могут повысить риск развития психических и физических нарушений здоровья (18,19).

Показатель 13. Адекватность программ социальной помощи с точки зрения как охвата пособиями, так и размера выплат по пособиям

В разбивке по квинтилям доходов



Этот показатель позволяет оценить, в какой степени социальная помощь снижает уровень финансовой незащищенности людей, которые располагают наименьшими ресурсами, и помогает им получить доступ к ресурсам и услугам, необходимым для здоровой жизни. Не предусматривающие взносов виды социальной поддержки, например, условные и безусловные социальные трансферты, школьное питание, программы общественных работ, социальные пенсии и освобождение от уплаты сборов или от платы за обучение, снижают риски для физического и психического здоровья, связанные с финансовыми трудностями, например, такие как жилищная депривация, недостаток топлива (для отопления) и продовольственная небезопасность.

Показатель 14. Ратификация конвенций Международной организации труда, относящихся к социальной защите, в разбивке по программам/направлениям⁴

Этот показатель приверженности страны делу сокращения социальной несправедливости, в том

⁴ Международная организация труда определяет девять направлений социального обеспечения (59).

числе неравенств в отношении здоровья, обусловленных экономической незащищенностью, путем оказания помощи людям в удовлетворении их основных потребностей. В разных странах существуют различные виды программ и систем социальной защиты, которые имеют разную степень эффективности в сокращении неравенств в отношении здоровья в зависимости от контекста. Этот показатель дает дополнительную информацию о масштабах мер политики, которые страна осуществляет в области социальной защиты населения.

Показатель 15. Доля безработных, получающих пособия по безработице в рамках системы социального обеспечения

Охват пособиями по безработице оказывает позитивное воздействие на здоровье, когда он обеспечивает адекватный минимальный доход для безработных, которые находятся в процессе поиска работы. Этот показатель позволяет измерять снижение риска бедности и экономической незащищенности в связи с безработицей, что косвенно способствует повышению справедливости в отношении здоровья за счет сокращения риска жилищной депривации недостатка топлива для отопления и продовольственной небезопасности, а также непосредственно за счет снижения связанных с этим рисков для психического и физического здоровья, таких как состояния тревоги и сердечно-сосудистые заболевания (21).

2.2.2 Поддержка родителей на ранних этапах развития ребенка

- Развитие детей в раннем возрасте закладывает основу для их физического и психического здоровья и благополучия на протяжении всей жизни (22). Инвестиции, снижающие риски для здоровья и уязвимость в пренатальный период и в раннем детстве, помогают родителям, располагающим меньшими ресурсами, дать своим детям здоровый старт в жизни.
- Инвестиции в социальную защиту семей и детей младшего возраста сокращают несправедливые различия в отношении здоровья, ослабляя связь между социально-экономическими неблагоприятными условиями и плохими результатами в области охраны здоровья детей, включая младенческую смертность (23,24).
- Такие инвестиции способствуют удовлетворению основных потребностей детей и помогают им в полной мере реализовать свой потенциал в области жизни и здоровья, независимо от пола, инвалидности, расы, этнической принадлежности, происхождения, религии и экономического или иного статуса как их самих, так и их родителей.
- Соответствует ЦУР 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 16. Продолжительность оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком в неделях

В разбивке по полу



Этот показатель позволяет оценивать приверженность страны делу поддержки родителей и содействия развитию детей младшего возраста. Повышение уровня финансовой безопасности родителей и лиц, несущих основную ответственность за уход за детьми, способствует укреплению здоровья и благополучия как родителей, так и детей (22). Хотя этот показатель и отражает политические обязательства, в странах, где значительная часть рабочей силы занята в неформальном секторе или работает неполный рабочий день и, таким образом, не имеет права на законный оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком, он не обязательно отражает реальное положение дел (25).

Ввиду того, что женщины несут несоразмерно большую ответственность за уход за детьми, разбивка по полу отражает последствия различий в оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком, предоставляемом матерям, по сравнению с отцами. Это в свою очередь оказывает влияние на показатели гендерного равенства на рынке труда и на последствия для здоровья, связанные с деторождением и уходом за младенцами (16).

2.2.3 Оказание поддержки пожилым людям

- Программы социальной защиты, направленные на поддержку пожилых людей, способствуют повышению справедливости в отношении здоровья путем сохранения их способности избегать рисков для здоровья, получать доступ к услугам здравоохранения и выполнять повседневные дела, что особенно важно для пожилых людей, которые испытывают финансовые трудности и проблемы со здоровьем.
- Ожидаемая продолжительность жизни увеличивается в Европейском регионе ВОЗ, однако это не обязательно означает, что хорошее здоровье у людей сохраняется в течение большего количества лет (26). Пожилые люди, особенно люди с низким уровнем доходов, вероятно, будут иметь более высокие потребности в медицинском обслуживании или больший круг обязанностей по уходу за партнерами, и финансовая поддержка через пенсионные системы помогает снизить риск нарушений здоровья, инвалидности и социальной изоляции (27).
- Соответствует ЦУР 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 17. Чистые пенсионные выплаты в процентах от дохода до выхода на пенсию*В разбивке по полу*

Пенсионные пособия обеспечивают определенную степень финансовой безопасности в более позднем возрасте, когда трудовой доход отсутствует. Следовательно, величина пенсий влияет на способность людей вести здоровый образ жизни. Многие страны начали сокращать щедрость пенсионных программ и/или повышать установленный законом пенсионный возраст из-за озабоченности по поводу финансовой устойчивости пенсионных систем. Это увеличивает риск бедности (нищеты) и развития связанных с бедностью физических и психических нарушений среди людей с наименьшими ресурсами за счет сокращения их финансовой способности удовлетворять основные потребности, например, относящиеся к полноценному питанию, отоплению жилья и транспорту (27).

Дезагрегирование по признаку пола позволяет оценить гендерные различия в размере пенсии и их воздействие на здоровье, поскольку в результате гендерного разрыва в заработной плате на протяжении всей жизни средние пенсионные выплаты женщинам ниже пенсионных выплат мужчинам. Хотя показатели ожидаемой продолжительности жизни у женщин выше, чем у мужчин, дополнительные годы жизни не обязательно являются здоровыми годами, и женщины преклонного возраста с большей вероятностью будут нуждаться в большем количестве услуг здравоохранения.

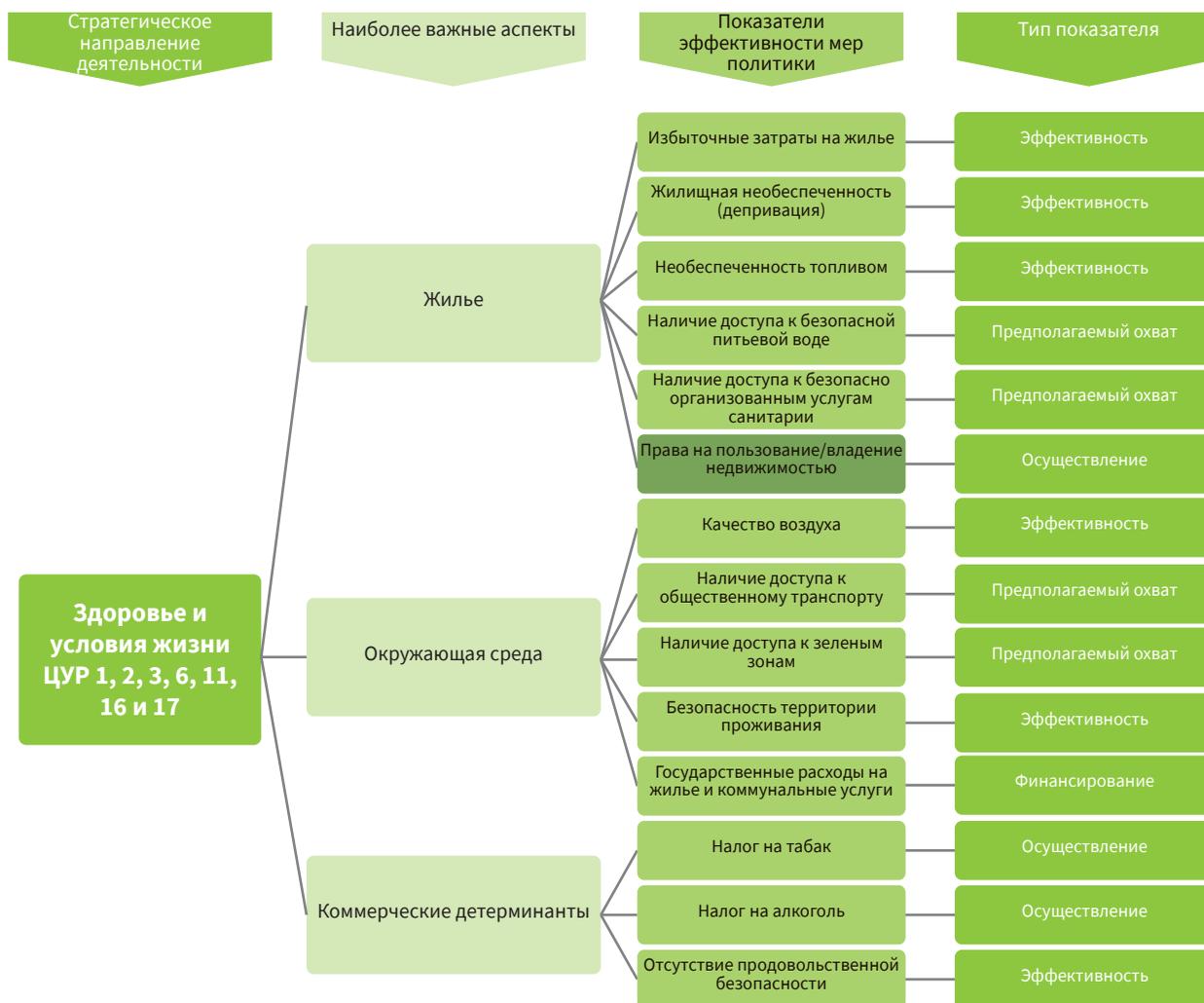
Показатель 18. Доля населения старше установленного пенсионного возраста, получающего пенсию*В разбивке по полу*

Достаточная финансовая безопасность – это необходимое условие получения соответствующих медицинских и социальных услуг, психического благополучия, социальной интеграции, хорошего питания и адекватного жилья. Сезонные риски смертности выше у пожилых людей, подверженных риску финансовой незащищенности. При этом особенному риску подвергаются пожилые люди, которые в более ранние годы жизни меньше работали в формальном секторе из-за своих обязанностей по уходу или из-за плохого состояния здоровья.

Хотя в большинстве европейских стран более 90% населения старше установленного пенсионного возраста получают пенсии, между пожилыми людьми, получающими пенсию, и теми, кто ее не получает, по-прежнему существуют неравенства в отношении финансовой безопасности и наличия ресурсов, необходимых для сохранения и поддержания здоровья. Люди могут не получать пенсию, если они проработали менее минимального количества лет в системе, основанной на взносах. Однако именно эти люди могут быть наиболее уязвимыми к финансовым рискам и рискам для здоровья, если они не смогли работать из-за плохого состояния здоровья или инвалидности.

2.3 Здоровье и условия жизни

Меры политики, обеспечивающие равный доступ к условиям жизни и факторам окружающей среды, благоприятным для здоровья и благополучия



В темно-зеленых клетках диаграммы дается описание предлагаемых новых показателей.

2.3.1 Обеспечение равного доступа к недорогому, качественному и безопасному жилью

- Жилье является одной из основных потребностей человека, так как наличие адекватного жилья – это необходимое условие формирования чувства принадлежности, безопасности и защищенности. Плохое жилье и плохое здоровье неразрывно связаны.

- Люди, живущие в недоступном по средствам, некачественном или небезопасном жилье, чаще сообщают о плохом состоянии здоровья и страдают от различных проблем со здоровьем (28,29).

- Соответствует ЦУР 1, 6, 11 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 19. Чрезмерно высокая стоимость жилья (>40% от располагаемого дохода)



В разбивке по квинтилям доходов



Расходы на жилье влияют на справедливость в отношении здоровья, поскольку дорогостоящее жилье с большей вероятностью станет причиной того, что члены домохозяйств с низкими доходами будут вынуждены сократить расходы на удовлетворение основных потребностей, связанных со здоровьем, например, в полноценном питании; переехать в более дешевое и некачественное жилье (см. показатель 20); или даже стать бездомными (16). Расходы на жилье могут также оказывать непропорционально большое воздействие на психическое здоровье членов домохозяйств с низким доходом, так как чувство тревоги и беспокойства может усиливаться, когда из-за низкого дохода возникают трудности с оплатой арендуемого жилья или процентов по ипотеке.

Показатель 20. Высокий уровень жилищной депривации (переполненное жилище, сырость/протечки, отсутствие ванны/душа, отсутствие внутреннего туалета, неадекватное освещение и т.д.)



В разбивке по уровню образования и квинтилям доходов



Жилищная депривация отражает уровень справедливости в отношении здоровья, поскольку члены домохозяйств с низким доходом чаще страдают от жилищной депривации и плохих жилищных условий, что оказывает негативное влияние на их физическое и психическое здоровье. Доступ к сухому туалету, адекватным освещением и пространством снижает риск развития проблем у детей и инфекций, респираторных заболеваний и нарушений психического здоровья и у детей, и у взрослых (30,31).

Показатель 21. Доля населения, которое не в состоянии обеспечить адекватное отопление своего жилья



В разбивке по уровню образования и квинтилям доходов



Этот показатель отражает уровень справедливости в отношении здоровья, так как оценивает различия в риске смертности, особенно среди пожилых людей, из-за недостатка средств на отопление, а также различия в риске заболеваемости из-за того, что домохозяйствам с низкими доходами приходится отказываться от расходов на удовлетворение других основных потребностей в результате высоких коммунальных расходов (32). Это включает, например, проживание в недостаточно обогреваемом жилище или снижение качества питания вследствие употребления только тех продуктов, которые не требуют термической обработки. Кроме того, домохозяйства, живущие в условиях топливной нищеты, чаще используют отопление открытым огнем и некачественные виды топлива (древесина, древесный уголь, керосин и т.д.), что может еще больше повысить риск нарушений здоровья.

Показатель 22. Доля населения, пользующегося услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности



Этот показатель измеряет степень несправедливости в отношении здоровья, поскольку различающиеся риски передаваемых через воду заболеваний связаны с различиями в наличии, доступности и безопасности питьевой воды. Безопасная питьевая вода без каких-либо загрязнителей должна быть доступна в жилых помещениях, когда это необходимо. В некоторых частях Европейского региона ВОЗ этот показатель также является важным индикатором гендерного равенства, особенно в случаях, когда ответственность за доставку и использование воды в домохозяйстве возлагается на женщин и девочек (33).

Показатель 23. Доля населения, использующего услуги санитари, организованные с соблюдением требований безопасности



Несправедливость в отношении здоровья из-за различий в риске недостаточности питания и подверженности диарее, а также гельминтозным и другим заболеваниям, особенно среди детей, напрямую связана с тем, имеются ли в домохозяйстве адекватные санитарные условия. Такие условия должны быть предназначены для использования только одним домохозяйством, а экскременты должны либо безопасно утилизироваться на месте, либо вывозиться для их безопасной переработки вне домохозяйства (34).

Обеспечение доступа к безопасной питьевой воде (показатель 22) и адекватным санитарным условиям по-прежнему остается трудной задачей в некоторых частях Европейского региона и в некоторых географических районах внутри стран.

Показатель 24. Наличие статутного законодательства, защищающего гарантии владения жильем и права собственности для всех



Это предлагаемый новый показатель. Обоснование необходимости мониторинга этого показателя приводится в разделе 3.

2.3.2 Обеспечение равного доступа к благоприятной для здоровья среде

- Различия в качестве местной окружающей среды, в которой живут люди, влияют на справедливость в отношении здоровья.
- Люди, проживающие в домохозяйствах и районах с низким уровнем доходов, реже имеют доступ к безопасной и благоприятной для здоровья среде, чем жители в богатых районах (29).
- Местные средовые условия, наносящие ущерб физическому здоровью, могут также вызывать стресс и состояние тревоги, что свидетельствует о том, что физическое окружение может оказывать существенное влияние на психическое здоровье людей (29,35).
- Правильные стратегии в области территориального планирования, строительства и управления общественными пространствами могут уменьшить несправедливые различия в состоянии здоровья, обусловленные местной окружающей средой (15).
- Соответствует ЦУР 1, 11, 16 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 25. Среднегодовые концентрации взвешенных частиц PM_{2.5} и PM₁₀⁵



В разбивке по географическим районам



⁵ PM_{2,5} – это взвешенные частицы диаметром 2,5 мкм или менее, PM₁₀ – это взвешенные частицы диаметром 10 мкм или менее.

Воздействие загрязнения воздуха, измеряемого концентрациями PM2.5 и PM10, на справедливость в отношении здоровья обусловлено его вредными последствиями для здоровья, включая сердечно-сосудистые заболевания, респираторные заболевания и рак легких (36). В городских районах с более низким уровнем доходов плотность дорог и жилых домов часто превышает средние значения, что ассоциируется с увеличением загрязнения воздуха и риском неблагоприятных последствий для здоровья (29). Домохозяйства с более низкими доходами с меньшей вероятностью имеют средства для защиты от неравного воздействия загрязнения атмосферного воздуха, а в рамках Европейского региона такие домохозяйства чаще расположены рядом с крупными дорожными магистралями (15,37).

Показатель 26. Доля населения, сообщившего о трудностях с доступом к общественному транспорту



В разбивке по полу, уровню образования и квинтилям доходов



Этот показатель отражает уровень справедливости в отношении здоровья, поскольку доступ к общественному транспорту способствует участию в социальной и экономической жизни, социальной и экономической интеграции и хорошему психическому здоровью. Для лиц с более низкими доходами доступ к общественному транспорту имеет особое значение с точки зрения повышения возможностей трудоустройства и получения образования. Что касается пожилых людей, то доступ к общественному транспорту расширяет их возможности для социальных контактов, поддержания психического благополучия и независимой жизни. Более широкое использование общественного транспорта также способствует уменьшению различий в показателях заболеваемости и смертности, связанных с загрязнением воздуха, изменением климата и дорожно-транспортным травматизмом (15,38).

Показатель 27. Доля населения, сообщившего о трудностях с доступом к зеленым зонам



В разбивке по полу, уровню образования и квинтилям доходов



Степень интеграции зеленых зон в рамках местного сообщества влияет на благополучие и справедливость в отношении здоровья, поскольку безопасные, хорошо управляемые и доступные парки, а также рекреационные и спортивные сооружения способствуют респираторному здоровью, физической активности, психическому благополучию и социальному взаимодействию в местном сообществе (15,29). Разбивка данных по полу, уровню образования и доходам в рамках этого показателя позволяет отслеживать, как социально-экономический статус влияет на доступ к этим общественным благам, с соответствующими преимуществами для

здоровья, а также определить, какие группы могут получить наибольшую выгоду от улучшения доступа к таким благам.

Показатель 28. Доля населения, сообщившего о том, что они чувствуют себя небезопасно, когда они идут в одиночку по улицам в темное время суток



В разбивке по полу, уровню образования и квинтилям доходов



Подверженность фактическим или предполагаемым преступлениям против личности и имущественным преступлениям и насилию связана с более высокими показателями нарушений психического здоровья, социальной изоляции и депрессии (39). В некоторых случаях это может также повлиять на степень участия людей в социальной, экономической и оздоровительной деятельности и на их доступ к соответствующим услугам.

Показатель 29. Государственные расходы на жилье и коммунальные услуги в процентах от валового внутреннего продукта



В сообществах с ограниченными ресурсами инвестирование в жилищное хозяйство и строительство, коммунальное обслуживание и развитие инфраструктуры служб, отвечающих за водоснабжение и освещение, способствуют повышению справедливости в отношении здоровья. Эффективное удовлетворение потребностей и интересов этих сообществ способствует социальной интеграции, вовлечению в общественную жизнь и получению связанных с этим преимуществ для физического и психического здоровья (40).

2.3.3 Защита от неравных рисков для здоровья, обусловленных коммерческими детерминантами

- Коммерческие организации используют механизмы маркетинга и размещения алкогольных напитков, табачных изделий и продуктов питания таким образом, что это приводит к повышению риска неинфекционных заболеваний и связанной с ними смертности.
- Это влияет на справедливость в отношении здоровья, поскольку степень коммерческого влияния зависит от того, насколько хорошо люди осведомлены о тех рисках для здоровья, которые связаны с их потребительским поведением, и от того, способствует или наоборот препятствует такому потребительскому поведению их экономическое положение и социальное окружение.
- Соответствует ЦУР 2, 3 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 30. Налог на добавленную стоимость (НДС) на алкоголь



Значительное влияние на неравенства в отношении здоровья оказывает такой фактор, как доступность и уровень употребления алкоголя, так как люди с более низким уровнем доходов более подвержены вредным последствиям чрезмерного употребления алкоголя (41). Это можно объяснить целым рядом причин, включая сниженную доступность источников поддержки или сниженное желание воспользоваться такими источниками, большие трудности в преодолении неблагоприятных психосоциальных последствий чрезмерного употребления алкоголя из-за ресурсных ограничений, а также более высокую плотность пунктов продажи алкоголя в районах с более низким уровнем доходов населения (42). Хотя уровень НДС на алкоголь является несовершенным показателем минимальной цены за единицу алкогольной продукции и не охватывает домашнее изготовление алкогольных напитков или их незаконный ввоз в страну, меры политики по сокращению доступности и наличия алкогольных напитков могут способствовать устранению неравенств в отношении здоровья, обусловленных вредным употреблением алкоголя (43,44).

Показатель 31. Акциз на табак в процентах от розничной цены



Курение способствует неравенству в показателях смертности между лицами с более низкими и более высокими доходами, так как менее обеспеченные люди чаще курят и/или подвергаются воздействию табачного дыма в молодом возрасте и живут в районах с большей доступностью табачных изделий (18). Меры политики, направленные на сокращение доступности и наличия табачных изделий, помогают устранить несправедливые различия в показателях здоровья и смертности, обусловленные различными уровнями и интенсивностью курения в обществе.

Показатель 32. Доля домохозяйств, которые не имеют средств для приема богатой белками пищи через день



В разбивке по уровню образования и квинтилям доходов



Отсутствие продовольственной безопасности в домохозяйствах с низким уровнем доходов влияет на справедливость в отношении здоровья, особенно среди детей (22). Различия в количественной и качественной адекватности питания между домохозяйствами с высоким и

низким доходом приводят к различным рискам недоедания и алиментарных нарушений среди взрослых и детей, к проблемам с обучением и концентрацией внимания у детей школьного возраста, а также к проблемам развития младенцев, связанным с недостаточным питанием матери в пренатальный период (15).

2.4 Здоровье и социальный и человеческий капитал

Меры политики для повышения человеческого капитала в области здравоохранения посредством образования и обучения и меры политики для повышения социального капитала отдельных лиц и сообществ так, чтобы это способствовало защите и улучшению здоровья и благополучия



2.4.1 Повышение человеческого капитала в области охраны здоровья за счет устранения или минимизации барьеров для образования и обучения на протяжении всей жизни

- Равный доступ к качественному образованию с самого раннего возраста оказывает сильное влияние на сокращение различий в возможностях и рисках, которые оказывают как прямое, так и косвенное воздействие на здоровье.

- Предоставление возможностей для образования и обучения на протяжении всей жизни напрямую способствует социальной и экономической интеграции и психическому благополучию (45).
- Это также имеет косвенные позитивные эффекты, связанные со здоровьем и социальной грамотностью, например, такие как повышение осведомленности людей о рисках для здоровья; здоровом и нездоровом поведении; способах повышения и использования жизненных шансов; способах преодоления последствий социальных и экономических потрясений (46).
- Соответствует ЦУР 4, 8 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 33. Уровень участия в программах дошкольного образования и ухода⁶



В разбивке по полу и географическому региону



Дошкольное образование и уход позволяют всем детям, независимо от дохода домохозяйства, участвовать в структурированном обучении, которое развивает их фундаментальные социальные и когнитивные способности (47). Дошкольное образование и уход приносят наибольшую пользу детям из семей с более низким уровнем дохода и материнского образования, а охват дошкольным образованием и уходом приносит преимущества в течение всей жизни с точки зрения улучшения здоровья и социально-экономических возможностей и показателей.

Показатель 34. Государственные расходы на дошкольное образование в процентах от общих расходов на образование



Расходы на дошкольное образование и уход отражают приверженность правительства инвестированию в обеспечение здорового и равного жизненного старта для каждого ребенка и в меры, направленные на противодействие негативным последствиям неравенств между поколениями. Это включает расходы на ясли, детские сады и другие дошкольные учреждения. Воздействие на справедливость в отношении здоровья высококачественного дошкольного образования и ухода обсуждается в разделе, посвященном показателю 32.

⁶ Для детей в возрасте от 4 лет до начала учебы в системе обязательного начального образования.

Показатель 35. Доля молодых людей, которые не работают, не учатся и не приобретают профессиональных навыков



В разбивке по полу и уровню образования



Этот показатель отражает уровень справедливости в отношении здоровья, поскольку молодые люди, которые не работают, не учатся и не приобретают профессиональных навыков в течение продолжительных периодов времени, подвергаются большему риску социальной изоляции, депрессии и формирования стереотипов поведения, вредного для здоровья (курение, чрезмерное употребление алкоголя, увлечение азартными играми и т.д.) (48). В Европейском регионе ВОЗ за последнее десятилетие повысились показатели численности молодых людей, которые не работают, не учатся и не приобретают профессиональных навыков (49). Молодые люди из семей с ограниченными экономическими и социальными ресурсами (включая тех, кто ранее находился на попечении или находился под присмотром) из числа меньшинств и лиц, бросивших школу в раннем возрасте, в наибольшей степени подвержены риску оказаться в ситуации, когда они не работают, не учатся и не приобретают профессиональных навыков.

Как и в случае с дошкольным образованием и уходом, предоставление возможностей молодым людям, которые не работают, не учатся и не приобретают профессиональных навыков, имеет важное значение для обеспечения справедливости в отношении здоровья на более поздних этапах жизни. Минимизация времени, когда молодые люди не работают, не учатся и не приобретают профессиональных навыков, снижает вероятность того, что они будут иметь нестабильную и низкооплачиваемую работу, станут безработными и будут вести рискованный образ жизни, включая преступную деятельность, что в свою очередь уменьшает риск негативных последствий для здоровья (45).

Показатель 36. Доля детей и молодежи, которые к моменту окончания начальной и неполной средней школы, достигли, по меньшей мере, минимального уровня грамотности и навыков счета



В разбивке по полу и уровню образования родителей



Повышение уровня математических знаний и грамотности и сокращение разрыва в уровне профессиональной подготовки оказывают прямое воздействие на уровень грамотности в вопросах здоровья и косвенное воздействие на будущие возможности на рынке труда и, следовательно, на наличие гарантированного дохода и успешность социальной интеграции. Важные последствия приобретения грамотности и базовых математических знаний с точки зрения развития навыков поддержания и укрепления здоровья включают управление взаимоотношениями, контроль над собственной жизнью, участие в жизни общества, а также способность рассуждать, общаться с людьми, принимать решения и получать доступ к услугам здравоохранения и другим ресурсам.

Показатель 37. Доля людей в возрасте 25–64 года, вовлеченных в процесс формального и неформального обучения и профессиональной подготовки



В разбивке по полу и уровню образования



Повышение профессиональной квалификации в течение всей жизни с помощью различных формальных и неформальных форм обучения и подготовки способствует росту трудовой конкурентоспособности каждого человека. Обучение на протяжении всей жизни помогает уравнивать возможности для участия в значимой и приносящей удовлетворение занятости и снижает показатели плохого психического здоровья и временной нетрудоспособности.

Формальные программы профессионального обучения взрослых могут разорвать связь между ранее полученным ограниченным образованием и рисками нищеты и социальной изоляции, которые повышают риск заболеваемости, например, раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний (50). Неформальные формы обучения способствуют формированию хороших социальных отношений и поддержанию и повышению психического благополучия.

2.4.2 Повышение социального капитала на индивидуальном и общественном уровнях так, чтобы это способствовало защите и улучшению здоровья и благополучия

- Такие факторы, как значимое участие в жизни общества, доверие к другим и способность влиять на решения, затрагивающие здоровье и жизненные шансы, оказывают важное прямое и косвенное воздействие на здоровье людей. Они способствуют повышению индивидуальной и социальной устойчивости и снижению заболеваемости, включая психическую заболеваемость.
- Проживание в обществе с низким уровнем доверия, которое характеризуется более высокими уровнями преступности, социальной изоляции и отсутствием возможности влиять на политику и принятие решений в обществе, тесно связано с плохим психическим здоровьем и более высоким риском заболеваемости (51).
- Участие в жизни общества дает людям возможность контролировать свою жизнь и детерминанты собственного здоровья. Инвестиции в деятельность, направленную на повышение участия граждан в жизни общества, сокращение преступности и налаживание социальных связей, оказывают позитивное воздействие на здоровье и благополучие людей посредством их вовлечения в жизнь местного сообщества и общества в целом и повышения доверия к общественным структурам (15,52).
- Соответствует ЦУР 16 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 38. Доля населения, участвующего в волонтерской (добровольческой) деятельности

В разбивке по полу, уровню образования и квинтилям доходов



Волонтерство (добровольчество) способствует повышению справедливости в отношении здоровья, предоставляя возможности для социальных связей, межличностных отношений, неформального обучения, физической активности и участия в общественной жизни.

Уровень волонтерской деятельности является показателем гражданской сплоченности, которая способствует повышению справедливости в отношении здоровья, предоставляя людям, подверженным риску социальной изоляции, хорошие возможности для участия в жизни сообщества (37). Волонтерская деятельность часто связана с физической активностью и социальным взаимодействием, что приносит пользу как физическому, так и психическому здоровью человека (53).

Показатель 39. Доля населения, сообщившего об отсутствии возможности влиять на политику

В разбивке по полу, уровню образования и квинтилям доходов



Существует социально-экономический градиент в способности влиять на политику путем формирования инвестиций, решений и мер политики, которые влияют на здоровье как непосредственно применительно к медицинским услугам и финансовой защите здоровья, так и косвенно применительно к обеспечению гарантированного дохода и возможностей трудоустройства.

Эффективное участие в политической жизни имеет важное значение для создания условий, необходимых для обеспечения справедливости в отношении здоровья (15). Для уязвимых групп населения и лиц, подверженных риску социальной изоляции, наличие значимого влияния на решения в области развития на местном, региональном и национальном уровнях открывает возможности для улучшения их здоровья и благополучия, а также для обретения чувства контроля над жизненными обстоятельствами (18,48).

Показатель 40. Доля населения, сообщившего о высоком уровне доверия к другим людям

В разбивке по полу, уровню образования и квинтилям доходов

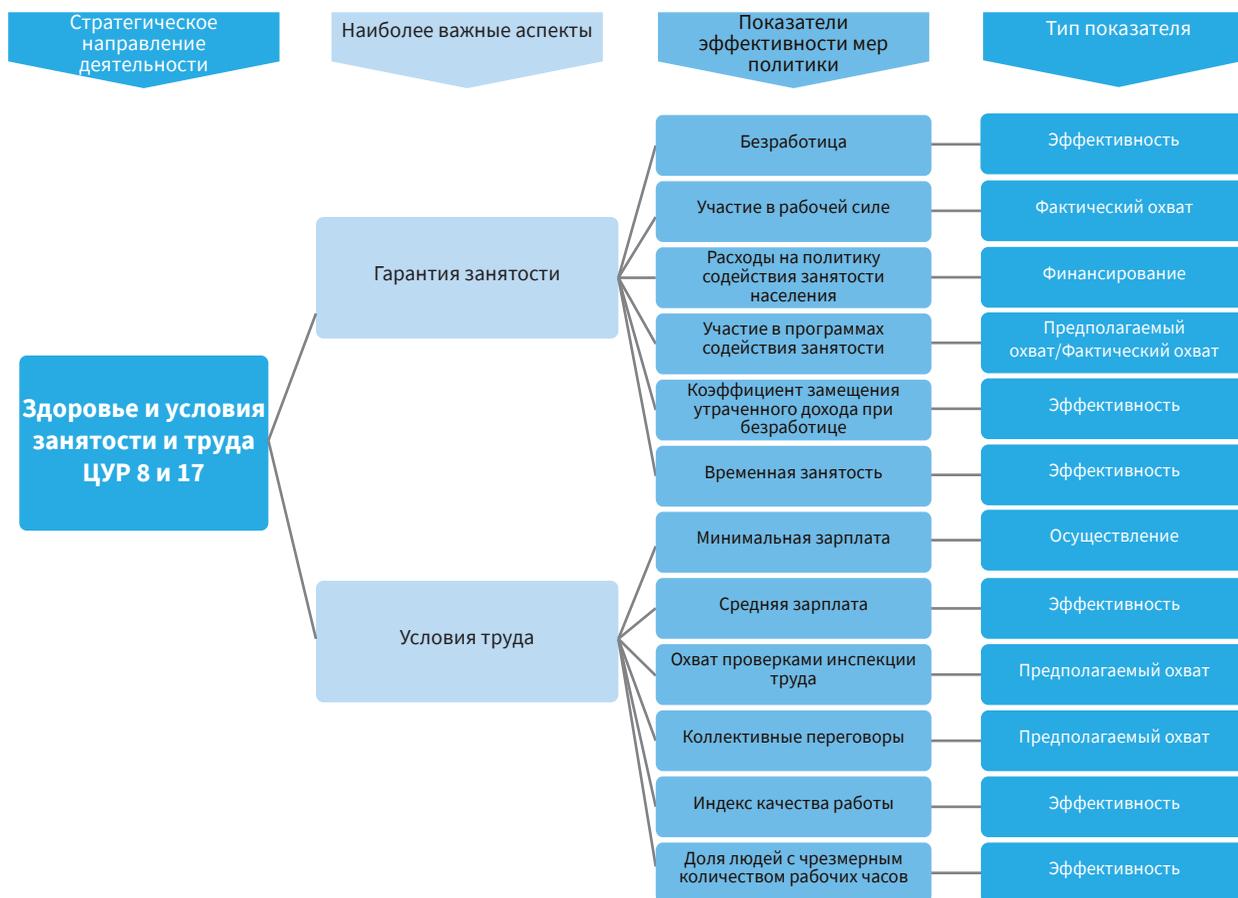


Уровень доверия к другим людям является показателем социально справедливого и инклюзивного общества. Деагрегирование данных по полу, уровню образования и доходам позволяет оценить то, в какой степени уровень доверия к другим людям зависит от социально-экономического статуса. Более высокий уровень доверия наблюдается в обществах с более высокими показателями физического и психического здоровья и более равномерным распределением доходов (54).

Доверие между людьми, является ключевым компонентом социального капитала, так как оно способствует более эффективной интеграции сообществ, принятию совместных мер по развитию сообществ и повышению устойчивости к потенциальным экономическим или экологическим рискам для здоровья и благополучия (21). Эффект доверия с точки зрения охраны здоровья может иметь особенно важное значение для сообществ с низким уровнем ресурсов, где, по сравнению с финансовым и человеческим капиталом, социальный капитал играет более важную роль в повышении уровня их устойчивости и безопасности (55).

2.5 Здоровье и условия занятости и труда

Меры политики, направленные на создание более благоприятных для здоровья условий занятости и труда, включая такие параметры, как наличие и доступность рабочих мест, безопасность, заработная плата, физические и психические нагрузки и выполнение небезопасных видов работ



2.5.1 Повышение гарантий занятости, сокращение безработицы и снижение дискриминации в отношении участия в рабочей силе

- Продуктивное участие на рынке труда оказывает влияние на справедливость в отношении здоровья, поскольку оно влияет на повседневную жизнь и на жизненные шансы.
- Люди, пережившие длительный период безработицы, подвержены более высокому риску преждевременной смертности. На всех социально-экономических уровнях молодые люди, пережившие длительный период безработицы, чаще, чем их сверстники, которые никогда не были безработными, сообщают о рискованном поведении в отношении здоровья.
- Отсутствие гарантий занятости, временная занятость и плохие условия труда связаны с плохим психическим здоровьем, низкой самооценкой здоровья и повышенным риском смертельных и несмертельных сердечно-сосудистых осложнений (событий). Показатели распространенности этих связанных с работой стрессоров имеют социальный градиент (56).
- Неравенства и дискриминация на рынке труда существуют между мужчинами и женщинами, а также между социально-экономическими группами, группами мигрантов и инвалидами. Обеспечение равных возможностей в отношении гарантированной и достойной занятости может способствовать устранению неравенств в отношении здоровья и социального обеспечения, включая гендерные неравенства, путем предоставления равных возможностей для получения гарантированного дохода (18).
- Соответствует ЦУР 8 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 41. Уровень безработицы



В разбивке по полу, уровню образования, возрасту и признаку инвалидности



Безработица напрямую связана со снижением самооценки здоровья и снижением баллов по разработанному ВОЗ Индексу психического здоровья, состоящему из пяти пунктов (57). Длительная вынужденная безработица (в течение трех лет или более) является предиктором более высоких показателей употребления алкоголя, развития сердечно-сосудистых заболеваний (58) и рискованного поведения, связанного с несчастными случаями, преступлениями и насилием (59,60).

Молодые люди, женщины, лица с низким уровнем доходов, люди с ограниченными возможностями и мигранты, не являющиеся гражданами страны, как правило, сталкиваются с более высокими барьерами для трудоустройства и имеют неравные возможности для участия в рынке труда (54). Это особенно относится к странам, в которых восстановление после глобального финансового кризиса является неполным с точки зрения создания рабочих мест, где, таким образом, уровни занятости могут оставаться низкими, несмотря на возможное восстановление валового внутреннего продукта до докризисного уровня. В частности, среди молодых людей в возрасте 15-24 лет не восстановились показатели долгосрочной занятости, что влечет многочисленные негативные последствия, в том числе для психического здоровья молодых и длительно безработных людей (61).

Показатель 42. Уровень участия в рабочей силе

В разбивке по полу, уровню образования и возрасту



Многие лица, не имеющие работы, особенно в посткризисный период, не считаются безработными, поскольку они не занимаются активным поиском работы на рынке труда. По сравнению с безработными эти лица подвержены аналогичным или даже более высоким рискам для здоровья. Если их уход с рынка труда был обусловлен плохими перспективами долгосрочной занятости и разочарованием, то они также могут быть более подвержены риску ухудшения психического здоровья и иметь ограниченный доступ к системам социальной защиты, включая медицинское обслуживание и пенсионное обеспечение. Дезагрегирование данных по возрасту, полу, образованию и этническому происхождению показывает неравенства в сфере занятости и оплаты труда, что способствует неравномерному распределению рисков и последствий для здоровья, особенно в отношении психического здоровья и сердечно-сосудистой заболеваемости.

Показатель 43а. Государственные расходы на активные меры политики на рынке труда в процентах от валового внутреннего продукта



Активная политика на рынке труда (АПРТ), которая включает в себя такие формы, как наставничество со стороны равных, программы ученичества, программы профессиональной подготовки без отрыва от производства и программы подготовки к поиску работы, оказывает воздействие на справедливость в отношении здоровья путем снижения стресса, связанного с работой, и его негативных последствий для здоровья. АПРТ улучшает психическое здоровье, усиливает чувство контроля и снижает показатели временной нетрудоспособности по всему спектру доходов, но особенно среди людей с более низким уровнем образования и квалификации и среди работников без стабильной занятости (54).

Расходы на АПРТ являются показателем приверженности стран работе по улучшению перспектив занятости тех, кто не работает или работает на низкооплачиваемой работе, и, следовательно, перспектив получения связанных с этим преимуществ для здоровья и благополучия (15). Инвестиции в АПРТ – в сочетании с эффективными программами обучения

и повышением профессиональной квалификации на протяжении всей жизни, справедливым трудовым законодательством и адекватными системами социального обеспечения – будут способствовать повышению справедливости в отношении здоровья, а также увеличению занятости (19) и экономическому росту (23).

Показатель 43b. Число лиц, охваченных активной политикой на рынке труда (АПРТ), на 100 желающих работать

В разбивке по полу и возрасту



Этот показатель измеряет планируемый и фактический охват АПРТ, а также гендерное равенство в использовании возможностей АПРТ (показатель 43а) среди неработающих людей, которые ищут работу. В то время как показатель 43а используется для измерения инвестиций, показатель 43b позволяет измерить воздействие АПРТ с точки зрения повышения справедливости в отношении здоровья.

Показатель 44. Величина пособий по безработице в процентах от прежнего трудового дохода

Защита от незащищенности доходов, связанной с безработицей, способствует повышению справедливости в отношении здоровья благодаря снижению риска бедности среди людей, ставших безработными. Этот показатель измеряет долю предыдущего трудового дохода, сохранившуюся после утраты работы. Люди, которые часто бывают безработными, а также люди, живущие в условиях трудовой бедности до момента потери работы, скорее всего, не имеют финансовых резервов, помогающих противостоять потрясениям на рынке труда, и, следовательно, подвергаются более высокому риску нищеты (16). Защита от финансовой незащищенности повышает способность безработных поддерживать уровень жизни, который позволяет удовлетворять основные потребности, включая потребности, относящиеся к сохранению и укреплению физического и психического здоровья. Наличие такой системы социальной защиты также способствует улучшению субъективной оценки состояния здоровья и благополучия даже среди работающего населения (см. показатель 45).

Показатель 45. Доля временных работников среди всех оплачиваемых наемных работников



В разбивке по полу и уровню образования



Этот показатель измеряет риск подверженности вредным для здоровья факторам, связанным с временной, негарантированной занятостью, характеризующейся низкой зарплатой и плохими условиями труда, включая отсутствие льгот и страхового покрытия. Этот показатель охватывает работников, нанятых на определенный срок, а также для выполнения сезонных и разовых (непостоянных) работ.

Слабое психическое и физическое здоровье чаще наблюдается среди работников, имеющих временную работу, чем среди работников, имеющих постоянную работу. Это включает в себя психологический стресс и депрессию, а также неинфекционные заболевания и производственные травмы.

Высокая распространенность временной занятости среди трудящихся приводит к несправедливости в отношении здоровья, поскольку этот вид трудовой занятости чаще наблюдается среди уязвимых групп населения, таких как молодежь, мигранты, женщины и лица с более низким уровнем доходов и образования. Меры, направленные на замедление недавнего повышения показателей временной занятости в Европейском регионе ВОЗ (55) и сведение к минимуму негативных медицинских и социально-экономических последствий временной занятости, помогут сократить число уязвимых лиц, подверженных риску экономического, психологического и физического стресса и тревоги из-за нестабильной занятости (62).

2.5.2 Обеспечение достойных условий труда для всех

- Что касается работающего населения, то неравномерное воздействие таких факторов, как опасные или стрессовые условия труда, чрезмерное количество рабочих часов и ограниченные договорные права, прямо или косвенно приводят к несправедливым различиям в состоянии физического и психического здоровья.
- Систематические различия в подверженности плохим условиям труда тесно связаны с гендерными нормами, а также с возрастом и уровнем образования трудящихся.
- Соответствует ЦУР 8 и 17.



Подробная информация о рассматриваемых показателях в привязке к ЦУР приводится в разделе 4.

Показатель 46. Установленная законом минимальная месячная заработная плата в виде доли от средней заработной платы

Уровни заработной платы влияют на справедливость в отношении здоровья через прямое влияние на гарантированный доход и последующее косвенное влияние на здоровье. Низкооплачиваемая работа связана со снижением показателей самооценки здоровья и удовлетворенности жизнью, а также с повышением риска бедности и социальной изоляции.

Более низкооплачиваемые рабочие места непропорционально заняты более молодыми людьми, людьми с более низким уровнем образования, мигрантами и женщинами (из-за традиционного гендерного распределения семейных обязанностей, включая уход). В отсутствие других механизмов поддержки доходов и финансовой защиты, таких как социальные трансферты, низкооплачиваемые работники подвергаются риску бедности и социальной изоляции, что в свою очередь связано с ухудшением их физического и психического здоровья.

Существующие европейские и международные стандарты минимальной заработной платы оказывают позитивное воздействие на обеспечение работающего населения базовым

уровнем ресурсов, необходимых для удовлетворения медико-санитарных и других основных потребностей (18).

Показатель 47. Средняя номинальная месячная заработная плата



В разбивке по полу



В то время как показатель минимальной заработной платы в основном отражает финансовое положение самых низкооплачиваемых работников, показатель средней заработной платы отражает весь диапазон уровней заработной платы и, следовательно, диапазон ресурсов для сохранения и укрепления здоровья, которыми располагают все домохозяйства. Деагрегирование данных по полу позволяет более точно измерить уровень справедливости в отношении здоровья, отражая различия в зарплате между мужчинами и женщинами.

Показатель 48. Средняя численность инспекторов труда на 10 000 трудящихся

Инспекторы труда играют важнейшую роль в решении проблемы неформальной и незадекларированной работы, а также различных других форм злоупотреблений в сфере трудовых отношений, связанных с повышенными уровнями психосоциального стресса и депрессии и возможным ранним выходом из рынка труда. Этот показатель имеет большое значение для измерения уровня справедливости в отношении здоровья, связанной с социально ответственным управлением, подотчетностью и регулированием, которые уровнем образования обеспечивать безопасные условия труда для всех работающих, а также предотвращать и снижать профессиональные риски для здоровья. Опасные рабочие места непропорционально заняты трудящимися-мигрантами и людьми с более низким уровнем образования. Поэтому обеспечение производственной безопасности этой категории работников позволит снизить показатели связанных с работой нарушений здоровья (16,54).

Показатель 49. Процент охвата работников коллективными трудовыми договорами



Здоровые условия труда и более низкие показатели временной нетрудоспособности чаще наблюдаются на рабочих местах, где заключаются коллективные трудовые договоры. Процедура заключения коллективных трудовых договоров расширяет возможности и права работников и помогает им добиваться создания достойных финансовых и физических условий труда для всех категорий трудящихся (16). В свою очередь, снижение различий в заработной плате, гарантиях трудовой занятости и условиях труда способствует достижению более справедливого распределения показателей здоровья и экономического положения.

Показатель 50. Индекс качества рабочего места

В разбивке по полу, уровню образования и квинтилям доходов



Более низкие уровни самостоятельности в принятии решений, контроля над выполняемыми действиями и удовлетворенности работой тесно связаны с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, нарушений опорно-двигательного аппарата и плохого психического здоровья и у мужчин, и у женщин (57). Активные программы на рынке труда, направленные на улучшение вышеуказанных условий, включая наставничество, профессиональную подготовку без отрыва от производства и создание возможностей для повышения квалификации, оказывают позитивное воздействие на самооценку здоровья, психическое здоровье и результаты участия в рынке труда в отношении всех видов профессий.

Нестабильная и низкооплачиваемая работа (см. показатели 36-38) с меньшей вероятностью открывает хорошие перспективы для повышения квалификации. Поэтому меры по улучшению качества таких видов работы дают возможность повысить справедливость в отношении здоровья.

Показатель 51. Доля работников, работающих свыше 40 часов в неделю

В разбивке по полу



Этот показатель отражает уровень справедливости в отношении здоровья, так как от степени переутомления на работе зависит степень риска развития обусловленных стрессом физических и психических нарушений здоровья. Многие другие показатели качества занятости и труда распределяются по социально-экономическому градиенту. Однако от переутомления и чрезмерной продолжительности рабочего дня и связанных с этим рисков для здоровья могут страдать и высокооплачиваемые, и низкооплачиваемые работники.

3. Предлагаемые новые показатели

С учетом пробелов в существующих данных в Инструмент продвижения и мониторинга мер политики по обеспечению справедливости в отношении здоровья предлагается включить три новых показателя (их подробное описание приводится ниже). Однако следует отметить, что данные, необходимые для расчета этих показателей, в настоящее время не собираются на регулярной основе или не являются легкодоступными.

На данном этапе речь идет не о том, чтобы получить согласие или обязательство относительно сбора данных для этих показателей. Скорее, целью настоящего консультативного документа является достижение консенсуса относительно того, следует ли проанализировать и обсудить предлагаемые новые показатели с целью их возможного включения в настоящий инструмент в качестве дополнительных показателей.

3.1 Обеспечение всеобщего доступа к услугам здравоохранения

Показатель 6. Осуществление политики защиты прав мигрантов, не являющихся гражданами страны, на медицинское обслуживание в стране

Этот показатель отражает уровень справедливости в отношении здоровья, поскольку во многих странах Европейского региона ВОЗ права нелегальных мигрантов и лиц, ищущих убежища, на первичную и вторичную (специализированную) медицинскую помощь отличаются от таковых граждан этих стран (63).

Этот показатель позволит определить, имеют ли мигранты, не являющиеся гражданами страны, справедливый доступ к услугам здравоохранения. Если будет достигнуто согласие о целесообразности данного показателя, то он будет доработан в сотрудничестве с родственными учреждениями Организации Объединенных Наций и органами ЕС.

Показатель 7. Внедрение или разработка субнациональных формул выделения и распределения ресурсов на цели здравоохранения, включающих показатель социально-экономической депривации (например, преждевременную смертность)

Территории и сообщества с более высоким уровнем потребностей и социально-экономической депривации требуют большего объема ресурсов для достижения равных возможностей и результатов в отношении сохранения и укрепления здоровья (64). Системы здравоохранения, использующие подушевой бюджет (бюджет, рассчитанный на одного человека) для распределения финансирования на субнациональном уровне, могут повысить уровень и качество медицинского обслуживания в территориях с недостаточными ресурсами и обеспечить, чтобы системы здравоохранения не создавали несправедливые различия путем предоставления большего объема ресурсов более богатым домохозяйствам.

Этот показатель позволит контролировать субнациональное распределение ресурсов здравоохранения в целях повышения справедливости в отношении здоровья между более

богатыми социально-экономическими территориями и территориями, находящимися в неблагоприятном положении. Если будет достигнуто согласие о целесообразности данного показателя, то он будет доработан в сотрудничестве с родственными учреждениями Организации Объединенных Наций и органами ЕС.

3.2 Обеспечение равного доступа к недорогому, качественному и безопасному жилью

Показатель 24. Наличие статутного законодательства, защищающего гарантии владения жильем и права собственности для всех

Наличие надежного жилья, свободного от риска выселения и бездомности, имеет существенное значение для физического и психического здоровья и оно особенно важно для показателей развития детей, связанных со стабильностью семьи, и для риска смертности, связанного с бездомностью среди молодежи и взрослых. Лица, которым угрожает нищета и которые страдают от дискриминации по признаку пола, этнической принадлежности или сексуальной ориентации (в частности, неграждане и женщины в некоторых странах), подвержены более высокому риску незащищенности прав собственности и столкновения с барьерами для владения недвижимым имуществом.

Этот показатель позволит осуществлять контроль за уровнем справедливости в отношении гарантий пользования недвижимостью, а также прав на владение недвижимостью. Если будет достигнуто согласие о целесообразности данного показателя, то он будет доработан в сотрудничестве с родственными учреждениями Организации Объединенных Наций и органами ЕС.

4. Обязательства государств-членов и согласование с ЦУР

4.1 Здоровье и услуги здравоохранения

В таблице 2 показаны обязательства, взятые на себя государствами-членами Европейского региона ВОЗ, а в таблице 3 дается подробное описание показателей HESRi в этой сфере деятельности в привязке к ЦУР.

Таблица 2. Услуги здравоохранения: Обязательства государств-членов

Глобальные и региональные цели развития	Правозащитные инструменты	Политические декларации (год публикации)
Приоритетная область 3 политики Здоровье-2020 (3) ЦУР 3, 5 и 17 (65)	Европейская социальная хартия (1996 г.) (66) Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.) (67)	Таллиннская хартия (2018 г.) (14) Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья (68) Резолюция 67/81 Организации Объединенных Наций о всеобщем охвате услугами здравоохранения (69) Европейский столп социальных прав (2017 г.) (70)

Таблица 3. Услуги здравоохранения: подробное описание показателей HESRi в привязке к ЦУР

Показатели HESRi	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
Все	17.18.1. Доля показателей устойчивого развития, разработанных на национальном уровне с полной дезагрегацией по соответствующим признакам согласно Основополагающим принципам официальной статистики (71)	17.18. К 2020 году значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальности, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий.	
1-3	3.8.2. Доля населения с большими расходами домохозяйства на услуги здравоохранения в общем объеме расходов или доходов домохозяйства	3.8. Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех	

Показатели HESRi	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
4, 6, 8 и 9	3.8.1. Охват основными медико-санитарными услугами	3.8. См. показатели 1-3 (выше)	
5	3.7.1. Доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами	3.7. К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах	
8	5.4.1. Доля времени, затрачиваемого на неоплачиваемый труд по уходу и работу по дому, в разбивке по полу, возрасту и месту проживания	5.4. Признавать и ценить неоплачиваемый труд по уходу и работу по ведению домашнего хозяйства, предоставляя коммунальные услуги, инфраструктуру и системы социальной защиты и поощряя принцип общей ответственности в ведении хозяйства и в семье, с учетом национальных условий	

Источник: Организация Объединенных Наций, 2019 г. (65).

4.2 Здоровье, обеспечение базового дохода и социальная защита

В таблице 4 показаны обязательства, принятые государствами-членами Европейского региона ВОЗ, а в таблице 5 дается подробное описание показателей HESRi в этой сфере деятельности.

Таблица 4. Обеспечение базового дохода и социальная защита: Обязательства, принятые государствами-членами

Глобальные и региональные цели развития	Правозащитные инструменты	Политические декларации (год публикации)
Приоритетная область 4 политики Здоровье-2020 (3) ЦУР 1, 10 и 17	Европейская социальная хартия (1996 г.) (66) Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.) (67)	Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья (2011 г.) (68) Декларация: Партнерства в интересах здоровья и благополучия наших детей и будущих поколений (2016 г.) (72) Стратегия и план действий по обеспечению здорового старения в Европе, 2012–2020 годы (2012 г.) (73)

Таблица 5. Гарантия получения базового дохода и социальная защита: описание показателей HESRi в привязке к ЦУР

Показатели HESRi	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
Все	17.18.1. Доля показателей устойчивого развития, разработанных на национальном уровне с полной дезагрегацией по соответствующим признакам согласно Основополагающим принципам официальной статистики (71)	17.18. К 2020 году значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальности, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий	
10	10.2.1. Доля людей с доходом ниже 50 процентов медианного дохода в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности	10.2. Поддержать законодательным путем и поощрять активное участие всех людей в социальной, экономической и политической жизни независимо от их возраста, пола, инвалидности, расы, этнической принадлежности, происхождения, религии и экономического или иного статуса	
13	1.3.1. Доля населения, охватываемого минимальным уровнем/системами социальной защиты, в разбивке по полу, с выделением детей, безработных, пожилых, инвалидов, беременных, новорожденных, лиц, получивших трудовое увечье, и бедных и уязвимых	1.3. Внедрить на национальном уровне надлежащие системы и меры социальной защиты для всех, включая установление минимальных уровней, и достичь существенного охвата бедных и уязвимых слоев населения	

Источник: Организация Объединенных Наций, 2019 г. (65).

4.3 Здоровье и условия жизни

В таблице 6 приведены обязательства, взятые на себя государствами-членами Европейского региона ВОЗ, а в таблице 7 – показатели HESRi, относящиеся к этой сфере деятельности.

Таблица 6. Условия жизни: Обязательства, принятые государствами-членами

Глобальные и региональные цели развития	Правозащитные инструменты	Политические декларации (год публикации)
Приоритетная область 4 политики Здоровье-2020 (3) ЦУР 17	Европейская социальная хартия (1996 г.) (66) Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.) (67)	Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья (2011 г.) (68) Европейский столп социальных прав (2017 г.) (70)

Глобальные и региональные цели развития	Правозащитные инструменты	Политические декларации (год публикации)
Жилье ЦУР 1, 6 и 11	–	Женевская хартия ООН об устойчивом жилищном хозяйстве (2014 г.) (74) Протокол по проблемам воды и здоровья (1999 г.) (75)
Окружающая среда ЦУР 11 и 16	–	Островская Декларация по окружающей среде и здоровью (2017 г.) (76) Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья (2010 г.) (77) Парижская декларация “Город в движении: в первую очередь – люди!” (2014 г.) (78) Амстердамская декларация: “Звенья одной цепи: Пути развития транспорта в интересах здоровья, окружающей среды и благосостояния” (2009 г.) (79)
Коммерческие детерминанты ЦУР 2 и 3	–	Ашхабадская декларация (2013 г.) (80) Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе (2015 г.) (81) Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. (82)

Таблица 7. Условия жизни: описание показателей HESRI в привязке к ЦУР

Показатели HESRI	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
Все	17.18.1. Доля показателей устойчивого развития, разработанных на национальном уровне с полной дезагрегацией по соответствующим признакам согласно Основополагающим принципам официальной статистики (71)	17.18. К 2020 году значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальности, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий.	
19–21	11.1.1. Доля городского населения, проживающего в трущобах, неформальных поселениях или в неудовлетворительных жилищных условиях	11.1. К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к достаточному, безопасному и недорогому жилью и основным услугам и благоустроить трущобы	

Показатели HESRI	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
20, 21 и 29	1.4.1. Доля населения, живущего в домохозяйствах с доступом к базовым услугам	1.4. К 2030 году обеспечить, чтобы все мужчины и женщины, особенно малоимущие и уязвимые, имели равные права на экономические ресурсы, а также доступ к базовым услугам, владению и распоряжению землей и другими формами собственности, наследуемому имуществу, природным ресурсам, соответствующим новым технологиям и финансовым услугам, включая микрофинансирование	
22	6.1.1. Доля населения, пользующегося услугами водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности	6.1. К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к безопасной и недорогой питьевой воде для всех	
23	6.1.2. Доля населения, использующего услуги санитарии, организованные с соблюдением требований безопасности	6.2. К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к надлежащим санитарно-гигиеническим средствам	
24	1.4.2. Доля совокупного взрослого населения, обладающего гарантированными правами землевладения, которые подтверждены признанными законом документами, и считающего свои права на землю гарантированными, в разбивке по полу и по формам землевладения	1.4. См. показатели 11, 12 и 20 (выше)	
25	11.6.2. Среднегодовой уровень содержания мелких твердых частиц (например, класса PM2.5 и PM10 ^a) в атмосфере городов (в пересчете на численность населения)	11.6. К 2030 году уменьшить негативное экологическое воздействие городов в пересчете на душу населения, в том числе посредством уделения особого внимания качеству воздуха и удалению городских и других отходов	
26	11.2.1. Доля населения, имеющего удобный доступ к общественному транспорту, в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности	11.2. К 2030 году обеспечить, чтобы все могли пользоваться безопасными, недорогими, доступными и экологически устойчивыми транспортными системами, на основе повышения безопасности дорожного движения, в частности расширения использования общественного транспорта, уделяя особое внимание нуждам тех, кто находится в уязвимом положении, женщин, детей, инвалидов и пожилых лиц	

Показатели HESRi	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
27	11.7.1. Средняя доля застроенной городской территории, относящейся к открытым для всех общественным местам, с указанием доступности в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности	11.7. К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к безопасным, доступным и открытым для всех зеленым зонам и общественным местам, особенно для женщин и детей, пожилых людей и инвалидов	
28	16.1.4. Доля людей, чувствующих себя в безопасности, когда они идут одни по улице в своем районе	16.1. Значительно сократить распространенность всех форм насилия и уменьшить показатели смертности от этого явления во всем мире	
30	–	3.5. Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем	
31	–	3.а Активизировать осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака	
32	2.1.2. Уровень умеренного или острого отсутствия продовольственной безопасности населения (по Шкале восприятия отсутствия продовольственной безопасности)	2.1. К 2030 году покончить с голодом и обеспечить всем, особенно малоимущим и уязвимым группам населения, включая младенцев, круглогодичный доступ к безопасной, питательной и достаточной пище	

^a 2.1. PM2.5 - это взвешенные частицы диаметром 2,5 мкм или менее; PM10 - это взвешенные частицы диаметром 10 мкм или менее.

Источник: Организация Объединенных Наций, 2019 г. ((65).

4.4 Здоровье и социальный и человеческий капитал

В таблице 8 приведены названия документов, содержащих обязательства, принятые государствами-членами Европейского региона ВОЗ в рассматриваемой сфере деятельности, а в таблице 9 дается описание соответствующих показателей HESRi в привязке к ЦУР.

Таблица 8. Социальный и человеческий капитал: обязательства, принятые государствами-членами

Глобальные и региональные цели развития	Правозащитные инструменты	Политические декларации (год публикации)
Приоритетная область 1 политики Здоровье-2020 (3) ЦУР 17	Европейская социальная хартия (1996 г.) (66) Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.) (67)	Декларация “Партнерства в интересах здоровья и благополучия наших детей и будущих поколений” (2016 г.) (72) Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья (2011 г.) (68) Европейский столп социальных прав (2017 г.) (70)

Глобальные и региональные цели развития	Правозащитные инструменты	Политические декларации (год публикации)
Образование и обучение ЦУР 4 и 8	–	–
Социальный и человеческий капитал ЦУР 16	–	–

Таблица 9. Социальный и человеческий капитал: описание показателей HESRI в привязке к ЦУР

Показатели HESRI	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
Все	17.18.1. Доля показателей устойчивого развития, разработанных на национальном уровне с полной дезагрегацией по соответствующим признакам согласно основополагающим принципам официальной статистики (71)	17.18. К 2020 году значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальности, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий.	
33 и 34	4.2.2. Уровень участия в организованных видах обучения (за один год до достижения официального возраста поступления в школу) в разбивке по полу	4.2. К 2030 году обеспечить всем девочкам и мальчикам доступ к качественным системам развития, ухода и дошкольного обучения детей младшего возраста, с тем чтобы они были готовы к получению начального образования	
35	8.6.1. Доля молодежи (в возрасте от 15 до 24 лет), которая не учится, не работает и не приобретает профессиональных навыков	8.6. К 2020 году существенно сократить долю молодежи, которая не работает, не учится и не приобретает профессиональных навыков	
36	4.1.1. Доля детей и молодежи: а) во 2-м/3-м классе, б) выпускников начальной школы и с) выпускников средней школы, достигших, по меньшей мере, минимального уровня i) грамотности и ii) навыков счета, в разбивке по полу	4.1. К 2030 году обеспечить, чтобы все девочки и мальчики завершили получение бесплатного, равноправного и качественного начального и среднего образования, позволяющего добиться востребованных и эффективных результатов обучения	
37	4.3.1. Уровень участия взрослых и молодежи в формальных и неформальных видах обучения и профессиональной подготовки в последние 12 месяцев в разбивке по полу	4.3. К 2030 году обеспечить для всех женщин и мужчин равный доступ к недорогому и качественному профессионально-техническому и высшему образованию, в том числе университетскому образованию	

Показатели HESRI	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
39	16.7.2. Доля населения, считающего процесс принятия решений всеохватывающим и оперативным, в разбивке по полу, возрасту, признаку инвалидности и группе населения	16.7. Обеспечить ответственное принятие решений репрезентативными органами на всех уровнях с участием всех слоев общества	

Источник: Организация Объединенных Наций, 2019 г. (65).

4.5 Здоровье и условия занятости и труда

В таблице 10 приведены названия документов, содержащих обязательства, принятые государствами-членами Европейского региона ВОЗ в рассматриваемой сфере деятельности, а в таблице 11 дается описание соответствующих показателей HESRI в привязке к ЦУР.

Таблица 10. Условия занятости и труда: обязательства, принятые государствами-членами

Глобальные и региональные цели развития	Правозащитные инструменты	Политические декларации (год публикации)
Приоритетная область 4 политики Здоровье-2020 (3) ЦУР 8 и 17	Европейская социальная хартия (1996 г.) (66) Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 г.) (67)	Декларация “Партнерства в интересах здоровья и благополучия наших детей и будущих поколений” (2016 г.) (72) Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья (2011 г.) (68)

Таблица 11. Условия занятости и труда: описание показателей HESRI в привязке к ЦУР

Показатели HESRI	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
Все	17.18.1. Доля показателей устойчивого развития, разработанных на национальном уровне с полной дезагрегацией по соответствующим признакам согласно основополагающим принципам официальной статистики (71)	17.18. К 2020 году значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальности, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий.	
41	8.5.2. Уровень безработицы в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности	8.5. К 2030 году обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех женщин и мужчин, в том числе молодых людей и инвалидов, и равную оплату за труд равной ценности	

Показатели HESRI	Показатели ЦУР	Задачи ЦУР	ЦУР
43	8.b.1. Наличие разработанной и осуществляемой национальной стратегии молодежной занятости в качестве отдельной стратегии или в рамках национальной стратегии в области занятости	8.b. К 2020 году разработать и ввести в действие глобальную стратегию обеспечения занятости молодежи и осуществить Глобальный пакт о рабочих местах Международной организации труда (83)	
45	8.3.1. Доля неформальной занятости в несельскохозяйственных секторах в разбивке по полу	8.3. Содействовать проведению ориентированной на развитие политики, которая способствует производительной деятельности, созданию достойных рабочих мест, предпринимательству, творчеству и инновационной деятельности, и поощрять официальное признание и развитие микро-, малых и средних предприятий, в том числе посредством предоставления им доступа к финансовым услугам	
47	8.5.1. Средний почасовой заработок женщин и мужчин в разбивке по роду занятий, возрасту и признаку инвалидности	8.5 См. показатель 41 (выше)	
49	8.8.2. Ситуация с соблюдением трудовых прав на национальном уровне (свобода объединений и заключение коллективных трудовых договоров) на основе документальных источников Международной организации труда (МОТ) и национального законодательства в разбивке по полу и миграционному статусу	8.8. Защищать трудовые права и содействовать обеспечению надежных и безопасных условий работы для всех трудящихся, включая трудящихся-мигрантов, особенно женщин-мигрантов, и лиц, не имеющих стабильной занятости	

Источник: Организация Объединенных Наций, 2019 г. (65).

5. Источники данных

В таблице 12 показаны источники данных для каждого показателя HESRi.

Таблица 12. Источники данных для показателей HESRi

Показатели HESRi	Краткое описание	Источник(и) данных
1	Домохозяйства с расходами на услуги здравоохранения, приводящими к обеднению (обнищанию)	Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения
2	Домохозяйства с катастрофическими расходами на услуги здравоохранения	Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения
3	Оплата услуг здравоохранения (медицинских услуг) из собственных средств	Глобальная база данных о расходах на здравоохранение Всемирной организации здравоохранения
4	Неудовлетворенные потребности в услугах здравоохранения по результатам самооценки	EU-SILC
5	Неудовлетворенные потребности в услугах по планированию семьи	Программа медико-демографических исследований
6	Права иностранных мигрантов на получение услуг здравоохранения	Новый показатель
7	Субнациональные формулы ресурсного обеспечения здравоохранения	Новый показатель
8	Неформальный уход	EQLS
9	Воспринимаемое качество услуг здравоохранения	EQLS
10	Относительная бедность	EU-SILC
11	Индекс Джини	Всемирный банк
12	Расходы на социальную защиту	Евростат
13	Адекватность программ социальной помощи с точки зрения как охвата пособиями, так и размера пособий	Всемирный банк
14	Ратификация конвенций МОТ по вопросам социального обеспечения	МОТ
15	Доля безработных, получающих пособия по безработице	МОТ
16	Продолжительность оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком	ОЭСР
17	Коэффициент пенсионного замещения заработной платы	ОЭСР
18	Законодательно установленный охват пенсионным обеспечением	МОТ
19	Коэффициент избыточных затрат на жилье	EU-SILC
20	Коэффициент выраженной жилищной необеспеченности (депривации)	EU-SILC
21	Неспособность адекватно отапливать жилище	EU-SILC

Показатели HESRI	Краткое описание	Источник(и) данных
22	Пользование услугами питьевого водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности	Совместная программа мониторинга ВОЗ/ЮНИСЕФ (84)
23	Пользование услугами санитарии, организованной с соблюдением требований безопасности	Совместная программа мониторинга ВОЗ/ЮНИСЕФ (84)
24	Законодательство, защищающее гарантии владения жильем и права собственности	Новый показатель
25	Концентрации PM2.5 и PM10 ^a	Глобальная база данных ВОЗ по загрязнению атмосферного воздуха в городах (обновление 2016 г.)
26	Доступ к общественному транспорту	EQLS
27	Доступ к зеленым зонам	EQLS, WVS
28	Ощущение небезопасности, когда человек идет один по улице в темное время суток	WVS
29	Государственные расходы на жилищно-коммунальное хозяйство	Евростат
30	Налог на добавленную стоимость (НДС) на алкоголь	ВОЗ
31	Акциз на табак	ВОЗ
32	Отсутствие продовольственной безопасности	EU-SILC, WVS
33	ЕСЕС	ЮНИСЕФ, Евростат
34	Государственные расходы на дошкольное образование	Евростат
35	Молодые люди, которые не работают, не учатся и не приобретают профессиональных навыков	MOT, Евростат
36	Дети и молодые люди, которые имеют, по меньшей мере, минимальные навыки грамотности и счета	База данных PISA (ОЭСР), международное социальное обследование
37	Участие взрослых в любых видах обучения и профессиональной подготовки	Евростат, ЮНЕСКО
38	Участие в волонтерской деятельности	EU-SILC
39	Воспринимаемая способность влиять на политику	ESS
40	Доверие к другим	ESS, EQLS
41	Уровень безработицы	MOT
42	Уровень участия в рабочей силе	MOT
43a	Государственные расходы на АПРТ	ОЭСР, Евростат
43b	Участие в формировании политики в отношении рынка труда	Евростат
44	Величина пособий по безработице в процентах от прежнего трудового дохода	ОЭСР
45	Доля временных работников	Евростат
46	Минимальная заработная плата	MOT
47	Средняя заработная плата	MOT
48	Численность инспекторов труда на 10 000 трудящихся	MOT

Показатели HESRI	Краткое описание	Источник(и) данных
49	Охват работников коллективными трудовыми договорами	MOT
50	Индекс качества рабочего места	EWCS
51	Численность работников, работающих свыше 40 часов в неделю	EWCS, MOT

DHS: Медико-демографические исследования; EQLS: Европейские обследования качества жизни; ESS: Европейское социальное обследование; EC-SILC: Статистика Европейского Союза о доходах и условиях жизни; EWCS: Европейские опросы по условиям труда; MOT: Международная организация труда; ОЭСР: Организация экономического сотрудничества и развития; PISA: Международная программа по оценке образовательных достижений учащихся; ЮНЕСКО: Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры; ЮНИСЕФ: Детский фонд ООН; WVS: Всемирное исследование жизненных ценностей (англ. World Values Survey).

^a PM2.5 – это взвешенные частицы диаметром 2,5 мкм или менее, PM10 – это взвешенные частицы диаметром 10 мкм или менее

Библиография

1. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 г: параграф 4 (A/RES/70/1; https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R, по состоянию на 25 марта 2019 г.).
2. Проект тринадцатой общей программы работы на 2019-2023 гг. Доклад Генерального директора. Источник: Семьдесят первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения: Женева, 2018 г. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ru.pdf, по состоянию на 25 марта 2019 г.).
3. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 22 февраля 2019 г.).
4. European health report 2018, Copenhagen [Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2018 г. Копенгаген]: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/379862/who-ehr-2018-eng.pdf?ua=1, accessed 5 March 2019).
5. Global monitoring of action on the social determinants of health: a proposed framework and basket of core indicators. Consultation paper. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/social_determinants/consultation-paper-SDH-Action-Monitoring.pdf?ua=1, accessed 5 March 2019).
6. Working Group for Monitoring Action on the Social Determinants of Health. Towards a global monitoring system for implementing the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: developing a core set of indicators for government action on the social determinants of health to improve health equity. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):136. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0836-7>.
7. Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья, 19–21 октября 2011 г. Рио-де-Жанейро: Всемирная организация здравоохранения, 2011 г. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 22 февраля 2019 г.).
8. Regions for health network (RHN) [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn>, accessed 22 February 2019).
9. Pega F, Valentine NB, Rasanathan K, Hosseinpoor AR, Torgerson TP, Ramanathan V et al. The need to monitor actions on the social determinants of health. *Bull World Health Organ*. 2017;95(11):784–87. doi: 10.2471/BLT.16.184622.
10. Cylus J, Thomson S, Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ*. 2018;96(9):599–609. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031>.
11. Thomson S, Evetovits T, Cylus J, Jakab M. Monitoring financial protection to assess progress towards universal health coverage in Europe. *Public Health Panorama*. 2016;2(3):357–66.
12. Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).

13. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
14. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Таллинн, Эстония: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
15. Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/127525/e94499.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
16. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos I. Assuring the quality of health care in the European Union. Geneva: World Health Organization; 2008 (Observatory Studies Series No. 12; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
17. Социальная защита, доходы и неравенства в отношении здоровья. Заключительный доклад целевой группы по ВВП, налогообложению, доходам и социальному обеспечению. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
18. Loring B. Tobacco and inequities: guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247640/tobacco-090514.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
19. Active labour market policies. Brussels: European Commission; 2017 (European Semester thematic factsheet; https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/european-semester_thematic-factsheet_active-labour-market-policies_en_0.pdf, accessed 20 February 2019).
20. The ILO social security (minimum standards) convention, 1952 (No. 102). Geneva: International Labour Organization; 1952 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247, accessed 20 February 2019).
21. Engagement and participation for health equity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/353066/Engagement-and-Participation-HealthEquity.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
22. Pereira A, Handa S, Holmqvist G. Prevalence and correlates of food insecurity among children across the globe. Florence: Office of Research, United Nations Children's Fund; 2017 (Innocenti Working Paper WP-2017-09; https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IWP_2017_09.pdf, accessed 20 February 2019).
23. Охрана здоровья на рабочем месте. Информационный бюллетень. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017 г. (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers-health>, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
24. Baker P, Hone T, Reeves A, Avendano M, Millet C. Does government expenditure reduce inequalities in infant mortality rates in low- and middle-income countries? A time-series, ecological analysis of 48 countries from 199 to 2013. *Health Econ Policy Law*. 2019;14(2):249–73. doi: 10.1017/S1744133118000269.

25. What matters most for early childhood development: a framework paper. Washington (DC): World Bank; 2013 (SABER Working Paper Series No. 5; <https://documents.worldbank.org/curated/en/359991468331202884/pdf/901830NWP0no5000Box385307B00PUBLIC0.pdf>, accessed 20 February 2019).
26. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf;jsessionid=9B5BE06BBB55AC716F83090BEBDBAED8?sequence=10, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
27. Eurofound. Sixth European working conditions survey – overview report (2017 update). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017 (https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf, accessed 20 February 2019).
28. 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/0017/145511/e95004sum.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
29. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
30. Обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (Обновленный повторный тираж; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
31. Matthew Saunders, Ben Barr, Phil McHale, Christoph Hamelmann. Ключевые меры политики для воздействия на социальные детерминанты здоровья и сокращения неравенства в отношении здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (Сводный доклад Сети фактических данных в отношении здоровья №52; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/363767/hen-52-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 5 марта 2019 г.).
32. Pye S, Dobbins A. Energy poverty and vulnerable consumers in the energy sector across the EU: analysis of policies and measures. Stockholm: Insight Energy; 2015 (Policy report May 2015; https://ec.europa.eu/energy/sites/ener/files/documents/INSIGHT_E_Energy%20Poverty-Main%20Report.pdf, accessed 20 February 2019).
33. Gender, water and sanitation: a policy brief. New York: Inter-agency Task Force on Gender and Water; 2006 (http://www.unwater.org/app/uploads/2017/05/1_unwpolbrief230606.pdf, accessed 20 February 2019).
34. Sanitation. Geneva: World Health Organization; 2018, 19 February (Fact sheet; <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sanitation>, accessed 20 February 2019).
35. Bell R. Psychosocial pathways and health outcomes: informing action on health inequalities. London: UCL Institute of Health Equity; 2017 (<http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/psychosocial-pathways-and-health-outcomes-informing-action-on-health-inequalities/psychosocial-pathways-and-health-outcomes.pdf>, accessed 20 February 2019).

36. WHO. Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en>, accessed 20 February 2019).
37. Environmental health inequalities in Europe: assessment report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf, accessed 20 February 2019).
38. Hosking J, Mudu P, Dora C. Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – transport sector. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/70913/1/9789241502917_eng.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
39. Jackson D, Vaughn M. Promoting health equity to prevent crime. *Prev Med.* 2018;113:91–4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.009>.
40. Community development in Europe: towards a common framework and understanding. European Union Community Development Network; 2014 (http://eucdn.net/wp-content/uploads/2014/10/EuCDN-Publication_FINAL.pdf, accessed 20 February 2019).
41. Loring B. Alcohol and inequities: guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
42. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
43. Rombouts T, Mantingh F, Galea G, editors. Resource package on fiscal policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
44. Wood S, Bellis M. Socio-economic inequalities in alcohol consumption and harm: evidence for effective interventions and policy across EU countries. Brussels: European Union; 2017 (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/hepp_screport_alcohol_en.pdf, accessed 20 February 2019).
45. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report. Geneva: World Health Organization; 2007 (https://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_report_07_2007.pdf, accessed 20 February 2019).
46. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. (https://www.who.int/publications/list/WHO_IER_CSDH_08_1/ru/, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
47. Jensen BB, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E. Early years, family and education task group: report. European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
48. Allen M. Local action on health inequalities: reducing the number of young people not in employment, education or training (NEET). London: UCL Institute of Health Equity; 2014 (Health Equity Evidence Review 3; https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/356062/Review3_NEETs_health_inequalities.pdf, accessed 20 February 2019).

49. Statistics on young people neither in employment nor in education or training. In Eurostat: statistics explained [website]. Luxembourg: Eurostat; 2019 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Statistics_on_young_people_neither_in_employment_nor_in_education_or_training, accessed 5 March 2019).
50. Здоровье-2020: деятельность по повышению уровня образования и здоровья на протяжении всей жизни. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/324622/Health-2020-Education-and-health-through-the-life-course-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 20 февраля 2019 г.).
51. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and social dysfunction. *Annu Rev Sociol.* 2009;35:493–511. doi: 10.1146/annurev-soc-070308-115926.
52. Rocco L, Suhrcke M. Is social capital good for health? A European perspective. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/170078/Is-Social-Capital-good-for-your-health.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
53. Southby K, South J. Volunteering, inequalities and barriers to volunteering: a rapid evidence review. Project report. London: Volunteering Matters; 2016 (<http://eprints.leedsbeckett.ac.uk/3434/1/Barriers%20to%20volunteering%20-%20final%2021st%20November%202016.pdf>, accessed 20 February 2019).
54. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med.* 2006;62:1768–84. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036>.
55. Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *Int J Equity Health.* 2013;12:54. doi: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-54>.
56. Siegrist J, Roskam E, Leka S. Work and worklessness: final report of the task group on employment and working conditions, including occupation, unemployment and migrant workers. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Копенгаген: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/334354/EWC-task-report.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
57. About the WHO-5. In: Region Hovedstadens Mental Health Services [website]. Hillerød, Denmark: Psychiatric Center North Zealand; 2019 (<https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/about-the-who-5/Pages/default.aspx>, accessed 5 March 2019).
58. Brenner, H. The impact of unemployment on heart disease and stroke mortality in European Union countries. Brussels: European Commission; 2016 (<https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/8e95d2e7-e422-4dd7-bc43-c2dc9f63f6d7/language-en>, accessed 20 February 2019).
59. European report on preventing violence and knife crime among young people [Европейский доклад о предупреждении насилия и преступности, связанной с холодным оружием, среди подростков и молодежи]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019). (Резюме этого доклада на русском языке: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/152687/e94277exsumR.pdf, по состоянию на 11 марта 2019 г.)
60. Vågerö D, Garcy AM. Does unemployment cause long-term mortality? Selection and causation after the 1992–96 deep Swedish recession. *Eur J Public Health.* 2016;26(5):778–83. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw053>.

61. Menéndez-Valdés J. Young people and long-term unemployed – remaining challenges in the labour market [presentation]. Informal meeting of employment, social policy and health ministers on social policy, Sofia, Bulgaria, 17–18 April 2018 (https://www.eurofound.europa.eu/sites/all/libraries/viewerjs/index.html#https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/presentation_to_informal_epsco_-_sofia_-_bulgaria_-_17-18_april_2018_jme.pdf, accessed 20 February 2019).
62. Quinlan M. The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety. Geneva: International Labour Organization; 2015 (Conditions of Work and Employment Series No. 67; https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_443266.pdf, accessed 20 February 2019).
63. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Копенгаген: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf?ua=1, accessed 20 February 2019).
64. Barr B, Bamba C, Whitehead M. The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001–11: Longitudinal ecological study. *BMJ*. 2014;348:g3231. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3231>.
65. Sustainable Development Goals knowledge platform [website]. New York: United Nations; 2019 (<https://sustainabledevelopment.un.org/>, accessed 25 February 2019).
66. European social charter (revised). Strasbourg: Council of Europe; 1996 (European Treaty Series no. 163, <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/163.htm>).
67. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 2200А (XXI). Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 1966 г. (https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml, по состоянию на 26 февраля 2019 г.).
68. Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья. Всемирная конференция по социальным детерминантам здоровья, Рио-де-Жанейро, 19–21 октября 2011 г. Рио-де-Жанейро, Бразилия: Всемирная организация здравоохранения, 2011 г. (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 25 февраля 2017 г.).
69. Резолюция 67/81, принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года. Здоровье населения мира и внешняя политика. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2013 г. (Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН A/RES/67/81, <https://undocs.org/ru/A/RES/67/81>, по состоянию на 25 февраля 2019 г.).
70. Proclamation of the European Pillar of Social Rights. Brussels: European Commission; 2017 (https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_en.pdf, accessed 25 February 2019).
71. Statistical commission. Report on the Special Session (11–15 April 1994). New York: United Nations; 1994 (E/1994/29, E/CN.3/1994/18; <https://unstats.un.org/unsd/statcom/1994-special-session/documents/statcom-1994-special-report-E.pdf>, accessed 5 March 2019).
72. Декларация “Партнерства в интересах здоровья и благополучия подрастающего и будущих поколений”. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (Конференция высокого уровня, 7–8 декабря 2016 г., Париж, Франция; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/325188/Paris_Declaration_RUS.pdf, по состоянию на 11 марта 2019 г.).

- 73.** Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012-2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ ; 2012 г. (Европейский региональный комитет, Шестьдесят вторая сессия; EUR/RC62/R6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/175546/RC62wd10Rev1-Rus.pdf, по состоянию на 11 марта 2019 г.).
- 74.** Женевская хартия ООН об устойчивом жилищном хозяйстве. Женева: Европейская экономическая комиссия ООН; 2014 г. (https://www.unecsc.org/fileadmin/DAM/hlm/charter/Language_versions/RUS_Geneva_UN_Charter.pdf, по состоянию на 11 марта 2019 г.).
- 75.** Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций, Европейское региональное бюро ВОЗ. Протокол по проблемам воды и здоровья к Конвенции о защите и использовании трансграничных водотоков и международных озер 1992 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. (https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/water_protection.shtml, по состоянию на 25 февраля 2019 г.).
- 76.** Декларация Шестой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 г. (EURO/Ostrava2017/6; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/342287/170574_Ostrava-Declaration-FINAL-RUS.pdf?ua=1, по состоянию на 25 февраля 2019 г.).
- 77.** Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78610/E93618R.pdf Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 г. (EUR/55934/5.1 Rev. 2; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78610/E93618R.pdf, по состоянию на 25 февраля 2019 г.).
- 78.** Парижская декларация “Город в движении: в первую очередь люди!” Женева: Организация Объединенных Наций, 2014 г. (https://www.unecsc.org/fileadmin/DAM/thepep/documents/THE_PEP_work_Plan_2014-2020_Draft_Russe.pdf, по состоянию на 26 февраля 2019 г.).
- 79.** Амстердамская декларация “Звенья одной цепи: Пути развития транспорта в интересах здоровья, окружающей среды и благосостояния”. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2009 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/86508/E92356R.pdf, по состоянию на 26 февраля 2019 г.).
- 80.** Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/236191/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Rus.pdf, по состоянию на 26 февраля 2019 г.).
- 81.** Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг.: оставить табак в прошлом (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/297564/WHO-Roadmap-report-tobacco-control-15-25-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 26 февраля 2019 г.).
- 82.** Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/187154/e96726R.pdf, по состоянию на 26 февраля 2019 г.).
- 83.** Выход из кризиса: Глобальный пакт о рабочих местах. Принят Международной конференцией труда на ее девяносто восьмой сессии, Женева, 19 июня 2009 г. Женева: Международная организация труда, 2009 г. (https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/global_jobs_pact.pdf, по состоянию на 5 марта 2019 г.).
- 84.** Data [website]. WHO/UNICEF joint monitoring programme; 2019 (<https://washdata.org/data>, accessed 5 March 2019).

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Оригинал: английский

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

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

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

Эл. адрес: eurocontact@who.int