

PUBLIC HEALTH

ПАНОРАМА ПАНОРАМА

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Больше межсекторальных действий в интересах здоровья и благополучия

Изучение данных о двунаправленных связях между работой и здоровьем

Оценка первой комплексной национальной стратегии для популяризации здорового питания в Португалии

Точки пересечения между жильем и здоровьем: необходимость в совместных межсекторальных действиях для укрепления здоровья

Могут ли устойчивые и здоровые транспортные стратегии содействовать укреплению здоровья?

More intersectoral action for health and well-being

Exploring the evidence of a bi-directional relationship between work and health

An evaluation of the first comprehensive national strategy for the promotion of healthy eating in Portugal

The intersection between housing and health: need for joined-up intersectoral action for better health

Can sustainable and healthy transport policies contribute to better health?



ABOUT US

Public Health Panorama is a peer-reviewed, bilingual (English–Russian), open-access journal published by the WHO Regional Office for Europe. It aims to disseminate good practices and new insights in public health from the 53 Member States in the Region. The mission of Public Health Panorama is to contribute to improving health in the Region by publishing timely and reliable research, and providing evidence, information and data for public health decision-making. One of the key innovations is its publication in both the English and Russian languages, allowing different parts of the Region to come together and share their knowledge.

JOURNAL SECRETARIAT

World Health Organization Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: eupanorama@who.int
Website: www.euro.who.int/en/panorama

DISCLAIMER

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for the damages arising from its use. The named authors alone are responsible for the views expressed in this publication. For the purposes of this publication, all references to "Kosovo" should be understood/read as "Kosovo (in accordance with Security Council resolution 1244 (1999))" (<http://www.nato.int/kosovo/docu/u990610a.htm>).

ISSN 2412-544X

EDITORIAL TEAM

Editorial advisers: Roza Ádány (Hungary); Manfred Green (Israel); Anna Korotkova (Russian Federation); Maksut Kulzhanov (Kazakhstan); Catherine Law (UK); Ruta Nadisauskiene (Lithuania); Tomris Türmen (Turkey).

Editorial board: Colleen Acosta; Nils Fietje; Manfred Huber; Bahtygul Karriyeva; Monika Danuta Kosinska; Marco Martuzzi; Ivo Rakovac; Pavel Ursu.

Editorial secretariat: Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Stephanie Brickman; Mary Stewart Burgher; Ashley Craig; Maria Greenblat; Penny Howes; Vladimir Izotov; Bandana Malhotra; Jamila Nabieva; Tim Nguyen (Executive editor); Jack Palmieri; Claudia Stein.

Invited peer reviewers: Avdulla Alija; Mel Bartley; Peter Beznec; Matthias Braubach; Nita Chaudhuri; Marina Karanikolos; Jantine Schuit; Ursula Ulrich-Vögtlin; Charley Willison.

О НАС

«Панорама общественного здравоохранения» – это рецензируемый научный, двуязычный (выходит на английском и русском языках) и общедоступный журнал, выпускаемый Европейским региональным бюро ВОЗ. Его целью является распространение информации о примерах лучшей практики и новых идеях в сфере общественного здравоохранения из 53 государств-членов Региона. Миссия журнала – способствовать укреплению здоровья в Регионе, публикуя своевременные и надежные результаты исследований, представляя факты, информацию и данные для принятия решений в сфере общественного здравоохранения. Одной из ключевых инноваций стала публикация статей одновременно на английском и русском языках, что объединяет разные части Региона и дает им возможность обмениваться знаниями.

СЕКРЕТАРИАТ ЖУРНАЛА

Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eupanorama@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int/ru/panorama

ОГРАНИЧЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие. Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых 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. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Упомянутые авторы несут личную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации. please add: В целях данной публикации все ссылки на «Косово» следует понимать/читать как «Косово (в соответствии с резолюцией Совета Безопасности №1244 (1999))» (<http://www.nato.int/kosovo/docu/u990610a.htm>).

ISSN 2412-544X

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Советники редактора: Roza Adany (Венгрия); Manfred Green (Израиль); Анна Короткова (Российская Федерация); Максуд Кульжанов (Казахстан); Catherine Law (Соединенное Королевство); Ruta Nadisauskiene (Литва); Tomris Turmen (Турция).

Редакционный совет: Colleen Acosta; Nils Fietje; Manfred Huber; Bahtygul Karriyeva; Monika Danuta Kosinska; Marco Martuzzi; Ivo Rakovac; Pavel Ursu.

Секретариат редакции: Zsuzsanna Jakab (главный редактор); Stephanie Brickman; Mary Stewart Burgher; Ashley Craig; Maria Greenblat; Penny Howes; Владимир Изотов; Bandana Malhotra; Jamila Nabieva; Tim Nguyen (исполнительный редактор); Jack Palmieri; Claudia Stein.

Приглашенные эксперты: Avdulla Alija; Mel Bartley; Peter Beznec; Matthias Braubach; Nita Chaudhuri; Marina Karanikolos; Jantine Schuit; Ursula Ulrich-Vögtlin; Charley Willison.

In this issue

In this second themed issue of *Public Health Panorama* devoted to the topic of intersectoral action for public health and well-being, the Regional Director emphasizes the connection between Health 2020 and 2030 Agenda for Sustainable Development. The editorial by Monika Kosinska and Pirooska Ostlin threads together the articles in this issue, and discusses various systematic approaches to intersectoral action for health in the European Region.

In her interview, Dame Margaret Whitehead, a passionate advocate of health equity, discusses her relentless journey towards this ideal. She traces the high moments in the 25-year collaboration with WHO in the European Region to explain what drives her.

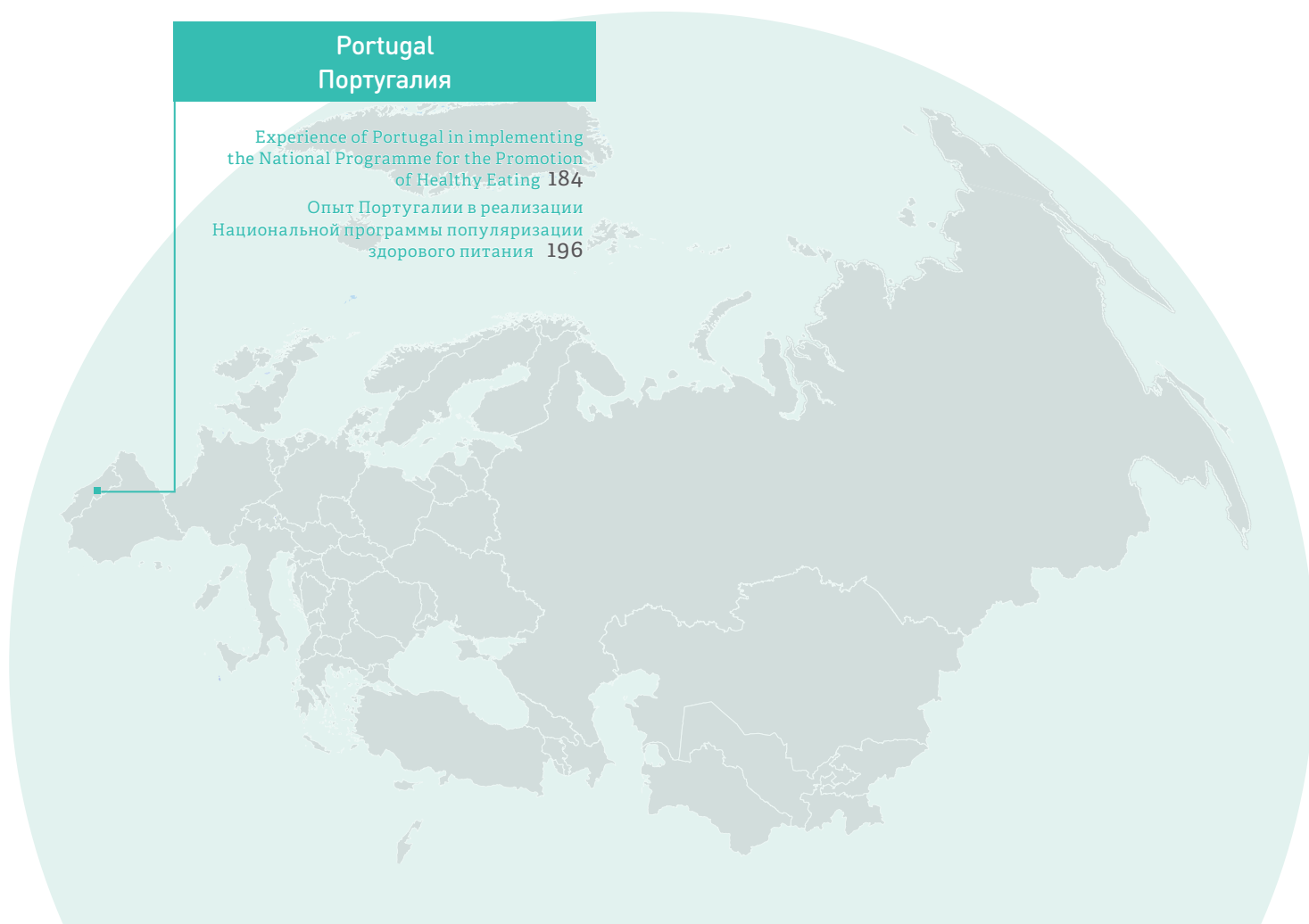
Do labour market policies affect health, and can health policies affect labour market outcomes by increasing or decreasing access to work and modifying productivity? Aaron Reeves and David Stuckler (page 136) explore the relationship between the labour market and health.

В этом выпуске

В этом втором тематическом выпуске «Панорамы общественного здравоохранения», посвященном теме межсекторальных действий в интересах здоровья и благополучия, Региональный директор подчеркивает связь между основами политики Здоровье-2020 и Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. В передовой статье Monika Kosinska и Pirooska Ostlin приводят краткий обзор всех статей этого выпуска и рассматривают различные систематические подходы к межсекторальным действиям в интересах здоровья в Европейском регионе.

В своем интервью действующая Margaret Whitehead, страстный защитник справедливости в отношении здоровья, рассказывает о своих неустанных поисках этого идеала. Она вспоминает лучшие моменты за время своего 25-летнего сотрудничества с ВОЗ в Европейском регионе и делится тем, что мотивирует ее в работе.

Влияют ли стратегии рынков труда на здоровье людей, и могут ли стратегии здравоохранения оказать



Housing affects health, for better or worse. Amy Clair and David Stuckler (page 160) study the impacts on health of physical housing quality, affordability, stability and location, as well as the role of health in achieving desirable housing outcomes. They advocate for policies that establish minimum housing standards and ensure housing affordability in future.

Pedro Graça and colleagues (page 184) describe the first four years of implementation of the Portuguese National Programme for the Promotion of Healthy Eating. This strategy comprises a cross-sectoral mix of interventions developed to improve the nutritional status of and promote healthy eating in the population.

Can sustainable and healthy transport policies contribute towards attaining the highest level of health and well-being for all? Christian Schweizer and colleagues (page 210) examine the experiences of the Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP), established in 2002.

Some population groups are at higher risk of experiencing harmful environmental conditions than others, which have an impact on health. Matthias Braubach and co-workers (page 223) assess the impact of demographic, socioeconomic, ethnic and spatial determinants on exposure to environmental risk factors in two municipalities in Kosovo.

негативное воздействие на результаты деятельности на рынках труда, содействуя расширению или сокращению доступа к работе и изменениям в производительности труда? Aaron Reeves и David Stuckler (стр. 147) рассматривают взаимосвязь между рынками труда и состоянием здоровья населения.

Жилищные условия влияют на здоровье – в лучшую или худшую сторону. Amy Clair и David Stuckler (стр. 171) исследовали воздействие качества жилья, его доступности, стабильности и размещения на здоровье, а также роль здоровья в достижении желаемых результатов по обеспечению жильем. Авторы выступают в поддержку стратегий, устанавливающих минимальные стандарты жилищных условий и обеспечивающих доступность жилья в будущем.

Pedro Graça и коллеги (стр. 196) рассказывают о первых четырех годах реализации Португальской национальной программы популяризации здорового питания. Эта стратегия объединяла ряд межсекторальных мер, разработанных с целью улучшения состояния питания и популяризации здорового питания среди населения.

Могут ли устойчивые и здоровые транспортные стратегии содействовать достижению максимально высокого уровня здоровья и благополучия для всех? Christian Schweizer и коллеги (стр. 216) рассматривают опыт осуществления Общеввропейской программы по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ), разработанной в 2002 году.

Некоторые группы населения подвергаются более высокому риску воздействия неблагоприятных экологических условий по сравнению с другими людьми. Matthias Braubach и сотрудники (стр. 234) оценивают влияние демографических, социально-экономических, этнических и территориальных детерминант на подверженность воздействиям факторов экологического риска в двух муниципальных округах Косово.

CONTENTS

EDITORIAL

- A special and pivotal moment 120
Zsuzsanna Jakab

- Building systematic approaches to intersectoral
action in the WHO European Region 124
Monika Kosinska, Piroška Ostlin

PANORAMA PEOPLE

- Interview with Dame Margaret Whitehead 130

REVIEW

- Labour market policy and health: structured review
of the bi-directional relationship..... 136
Aaron Reeves, David Stuckler

- Structured review of the evidence on intersection
of housing and health policy in the WHO European
Region..... 160
Amy Clair, David Stuckler

REPORT

- The Portuguese National Programme for the
Promotion of Healthy Eating: 2012–2015..... 184
Pedro Graça, Maria João Gregório, Sofia Mendes de Sousa, Joana
Carriço, Andreia Correia, Clara Salvador

- Working across sectors to improve health and reduce
inequalities: the experience of the Transport, Health
and Environment Pan-European Programme..... 210
Christian Schweizer, Francesca Racioppi, Ivonne Higuero,
Virginia Fusé, George Giorgiadis

POLICY AND PRACTICE

- Inequalities in environmental exposure
in two Kosovo municipalities: indications
for intersectoral action..... 223
Matthias Braubach, Christoph Gliesing, Dorota Jarosinska,
Pierpaolo Mudu, Elizabet Paunovic, Skender Sylá, Ardita Tahirukaj

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ

- Момент особой важности 120
Жужанна Якаб

- Разработка систематических подходов
к осуществлению межсекторального
взаимодействия в Европейском регионе ВОЗ 124
Моника Коциньска, Пирошка Остлин

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

- Интервью с дейм Маргарет Уайтхед 130

ОБЗОР

- Политика на рынке труда и здоровье: структу-
рированный обзор двунаправленных связей..... 147
Aaron Reeves, David Stuckler

- Структурированный обзор фактических
данных о пересечении жилищной политики
и политики здравоохранения в Европейском
регионе ВОЗ..... 171
Amy Clair, David Stuckler

ДОКЛАД

- Португальская национальная программа
популяризации здорового питания:
2012–2015 гг..... 196
Pedro Graça, Maria João Gregório, Sofia Mendes de Sousa,
Joana Carriço, Andreia Correia, Clara Salvador

- Осуществление межсекторальных
мероприятий для улучшения здоровья
и сокращения неравенств: опыт
Общеввропейской программы по транспорту,
окружающей среде и охране здоровья..... 216
Christian Schweizer, Francesca Racioppi, Ivonne Higuero,
Virginia Fusé, George Giorgiadis

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

- Неравенство в степени экологического
воздействия в двух муниципальных округах
Косово: основания для межсекторальных
действий 234
Matthias Braubach, Christoph Gliesing, Dorota Jarosinska,
Pierpaolo Mudu, Elizabet Paunovic, Skender Sylá, Ardita Tahirukaj

A special and pivotal moment

Zsuzsanna Jakab
Regional Director
Editor-in-chief

"For communities to thrive, the whole of government and the whole of society must work together and no one is under the illusion that this will be easy. It takes great leadership in one's own sector to reach out successfully and systematically to other sectors and it takes courage to engage with communities and populations."



Момент особой важности

Жужанна Якаб
Региональный директор
Главный редактор

«Для развития и процветания наших сообществ необходимо, чтобы все сферы государственного управления и все общество действовали заодно, и никто не сомневается в том, что добиться этого будет совсем не просто. Успешно и систематически расширять взаимодействие с другими секторами способны лишь сильные и эффективные лидеры в своих сферах, а работа с местными сообществами и непосредственно с людьми требует немалой решительности».

This edition of Panorama comes at a special and pivotal moment. It arrives in the wake of the adoption of the global 2030 Agenda for Sustainable Development and its 17 global goals for sustainable development. It also arrives at a moment when the European Region is presented with an opportunity to build upon national commitments to health and well-being by strengthening our work with new and existing sectors and building new partnerships.

We are facing multiple, complex challenges – economic, social, environmental and political. These challenges present themselves at global level and also affect people at local level. To meet these challenges requires accelerating our commitments under Health 2020 to design and implement interconnected solutions.

For communities to thrive, the whole of government and the whole of society must work together, and no

Настоящее издание «Панорамы» увидит свет в очень важный, ключевой момент. Совсем недавно была утверждена Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., которая предусматривает 17 глобальных целей для устойчивого развития. Более того, именно сейчас Европейскому региону предоставляется возможность для дальнейшей реализации обязательств стран в отношении здоровья и благополучия путем расширения взаимодействия с новыми и существующими секторами, а также путем развития партнерств.

При этом мы сталкиваемся с множеством сложных проблем экономического, социального, экологического и политического характера. Эти вызовы имеют глобальный характер, но также люди сталкиваются с ними и на местном уровне. Решение этих задач требует активизации наших усилий по выполнению обязательств, предусмотренных политикой

one is under the illusion that this will be easy. It takes great leadership in one's own sector to reach out successfully and systematically to other sectors and it takes courage to engage with communities and populations.

For the European Region, global goals for sustainable development also present an immediate practical demand because they arrive with an extensive set of indicators that Member States have agreed to report on. We are in the process of conducting a mapping exercise to establish the extent to which indicators from Health 2020, the noncommunicable disease (NCD) Global Monitoring Framework and the 2030 Agenda global goals show overlap or alignment. The findings show that a large majority of our existing Health 2020 indicators map beautifully onto the global goal indicators, demonstrating the synergies these initiatives share with Health 2020.

Our next task is to simplify the reporting framework so that our Member States only need to report once on the indicators which are common to the Global Goals for sustainable development, the NCD Framework and Health 2020.

To embrace an intersectoral, whole-of-society approach, to achieve the Global Goals for sustainable development, we will need to collect data and information, implement mechanisms that hold us accountable, and report, follow up and review every step of the way.

This demands strong governance and leadership, without which these objectives cannot be achieved. This is especially significant in areas such as foreign policy, migration and food security where it is essential to reach across borders as well as across sectors. Ministers of health will need to forge close alliances with ministers of other sectors. Staunch support and leadership will also be required from heads of state and heads of government.

So how can we expect health to be integrated into the development policies and plans created by our Member States? Thanks to the 2030 Agenda, each country will be defining its own priorities, while taking care to include a national and subnational dimension to its strategies and action plans. The proportion

Здоровье-2020, для подготовки и практического применения взаимосвязанных решений.

Для развития и процветания наших сообществ необходимо, чтобы все сферы государственного управления и все общество действовали заодно, и никто не сомневается в том, что добиться этого будет совсем не просто. Успешно и систематически расширять взаимодействие с другими секторами способны лишь сильные и эффективные лидеры в своих сферах, а работа с местными сообществами и непосредственно с людьми требует немалой решительности.

В Европейском регионе глобальные цели в области устойчивого развития можно незамедлительно применять на практике, в первую очередь благодаря тому, что они сопровождаются целым комплексом индикаторов для отчетности, согласованных государствами-членами. В настоящее время мы проводим комплексный анализ, который покажет, в какой степени индикаторы для политики Здоровье-2020, Глобального механизма мониторинга неинфекционных заболеваний (НИЗ) и глобальных целей, вытекающих из Повестки дня – 2030, дублируют или, наоборот, согласованно дополняют друг друга. Результаты анализа свидетельствуют о том, что значительная часть имеющихся индикаторов для политики Здоровье-2020 полностью соответствуют индикаторам для глобальных целей, что говорит о синергизме между этими инициативами и указанной политикой.

Наша следующая задача – упростить механизм отчетности настолько, чтобы государствам-членам достаточно было один раз предоставлять сведения по общим индикаторам для глобальных целей в области устойчивого развития, Механизма мониторинга НИЗ и политики Здоровье-2020.

Для того чтобы на практике осуществлять межсекторальный подход с участием всего общества и, в конечном итоге, чтобы достичь глобальных целей в области устойчивого развития, нам нужно собирать данные и информацию, внедрять механизмы подотчетности, предоставлять необходимые сведения, принимать соответствующие ситуации меры и тщательно анализировать каждый этап пути.

of countries that have demonstrated their political commitment to Health 2020 by aligning their national policies has significantly increased, and this is most welcome. We need this commitment to continue and to be reflected in the national development policies and plans.

Equally heartening is the broad scope of national health policies. We are seeing the inclusion of health determinants and an increasing determination to tackle poverty. We are also seeing increasing commitment to improving the physical environment in ways that benefit health. Member States are including equity, social determinants, gender and human rights in the building blocks of their health policies, both locally and nationally. We must continue this momentum by localizing the development agenda. Health must be high on that agenda and its contribution to sustainable development recognized.

Partnerships are vital furrows, ploughed between sectors, between ministries and between countries, preparing the ground in which a spirit of global solidarity can grow. United Nations agencies have an important role to play and we, as a regional office, have a specific role to provide Region-specific leadership in health. This produces the norms, standards, policy and expert advice that will ultimately make implementation a reality and ensure we succeed in meeting the global goals.

Sustainable change must focus on future generations. Whatever percentage of a Member State's population is made up of children, they make up 100% of that country's future. Their health and well-being is affected by determinants that span the whole of society. Using the whole-of-society approach is a huge step forward and, in addition to that, we need to involve children, adolescents, families and communities in the decisions that affect their health and well-being.

Nurturing all children while paying particular attention to those at greatest risk will require giving our workforce a significant capacity boost with formal training and education, in addition to knowledge exchange and the sharing of good practice.

Unacceptable inequalities remain between countries. Of even more concern are those differences between

Все это требует крепкого стратегического руководства и лидерства, без которых выполнить указанные задачи не представляется возможным. Особое значение это имеет в таких сферах, как внешняя политика, миграция и безопасность пищевых продуктов, где действия должны носить и трансграничный, и межсекторальный характер. Министры здравоохранения должны устанавливать тесные рабочие отношения с министрами из других секторов. Безоговорочная поддержка и лидерство потребуются также от глав государств и глав правительств.

Что нужно сделать для того, чтобы интегрировать интересы здоровья в меры политики и планы в области развития, которые разрабатывают наши государства-члены? Итогом принятия Повестки дня – 2030 стало то, что каждая страна будет определять собственные приоритеты, принимая при этом меры для того, чтобы включать в свои стратегии и планы аспекты национального и субнационального характера. Нас не может не радовать тот факт, что значительно выросла доля стран, продемонстрировавших свою поддержку политике Здоровье-2020, приведя в соответствие с ней свои национальные стратегии. Важно, чтобы такая поддержка и приверженность, должным образом отраженные в национальных стратегиях и планах в области развития, сохранились и в будущем.

Не меньше оптимизма вызывает и широкий спектр национальных мер политики здравоохранения. Мы наблюдаем, как в такую политику включаются детерминанты здоровья и все большая готовность бороться с бедностью. Мы видим все большую приверженность улучшению условий физической окружающей среды на благо здоровья. Государства-члены начинают отражать в своей политике здравоохранения, как на местном, так и на национальном уровне, вопросы равенства, социальных детерминант, гендерных особенностей и прав человека. Мы должны сохранить такую тенденцию, лучше адаптируя Повестку дня в области развития к местному уровню. Важное место в этой повестке должно занимать здоровье, и необходимо признавать его вклад в устойчивое развитие.

Партнерства можно сравнить с бороздами, проложенными между секторами, между министерствами и между странами, которые готовят почву для роста глобальной солидарности. Важная роль здесь отво-

population groups within countries that are avoidable and unfair. Health in general, and health inequities in particular, are strongly affected by political choices, which must be built upon transparency, accountability and integrity.

дится организациям в системе ООН, и мы, будучи региональной структурой, должны стать для нашего Региона лидером в сфере здравоохранения. Наша роль состоит в выработке норм, стандартов, политики и экспертных рекомендаций, которые, в конечном счете, позволят успешно действовать на практике и выполнить глобальные цели.

В центре внимания последовательных перемен должны находиться будущие поколения. Какой бы ни была доля детского населения в наших государствах-членах, эти дети на 100% будут определять будущее стран. Здоровье и благополучие детей зависит от детерминант, которые так или иначе затрагивают все общество. Применение принципа участия всего общества стало громадным шагом вперед, и нам нужно вовлекать детей, подростков, семьи и местные сообщества в процессы принятия решений, от которых будут зависеть их здоровье и благополучие.

Для того чтобы максимально способствовать развитию всех детей, обращая при этом особое внимание на тех, кому угрожает наибольшая опасность, потребуется серьезное наращивание потенциала наших кадровых ресурсов посредством формализованной подготовки и образования, а также обмена знаниями и распространения передового опыта.

Между странами до сих пор сохраняются неприемлемые неравенства, и еще большую тревогу вызывают несправедливые и устранимые различия между группами населения внутри стран. Здоровье в целом и неравенства в отношении здоровья в частности в большей степени зависят от политических решений, которые необходимо строить на базе гласности, подотчетности и верности принципам.

Building systematic approaches to intersectoral action in the WHO European Region

Monika Kosinska,
Piroska Ostlin

Division of Policy and Governance for Health, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen



Разработка систематических подходов к осуществлению межсекторального взаимодействия в Европейском регионе ВОЗ

Моника Коциньска,
Пирошка Остлин

Отдел политики и стратегического руководства в интересах здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген

This is the second issue of *Public Health Panorama* that addresses intersectoral action for health and well-being. This subject is at the heart of successful implementation of Health 2020, the European strategy and policy framework for health and well-being.

It is also central to the ambitious and transformative 2030 Agenda for Sustainable Development adopted by governments in September 2015. The 2030 Agenda and its 17 Sustainable Development Goals (SDGs) and 169 targets reinforce Health 2020, and emphasize that health is both an integral investment for social, economic and sustainable development, as well as an outcome of good policies and actions across non-health sectors and actors.

European Member States are committed to the goals of the 2030 Agenda and Health 2020. They recognize that developing good policies and actions across all sectors that impact on health and health equity means developing new models of partnership and scaling up



Перед вами второй тематический выпуск «Панорамы общественного здравоохранения», посвященный вопросам межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия. Межсекторальное взаимодействие является ключевой составляющей успешной реализации основ Европейской политики и стратегии в интересах здоровья и благополучия – Здоровье-2020. Межсекторальное взаимодействие также занимает центральное место в амбициозной и масштабной повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., которая была одобрена в 2015 г. Повестка дня на период до 2030 г. и ее 17 Целей устойчивого развития (ЦУР) и 169 соответствующих задач укрепляют положения политики Здоровье-2020 и подчеркивают, что здоровье является как важнейшей инвестицией в интересах социального, экономического и устойчивого развития, так и результатом разумной политики и надлежащих действий секторов и структур за пределами сектора здравоохранения.

является ключевой составляющей успешной реализации основ Европейской политики и стратегии в интересах здоровья и благополучия – Здоровье-2020. Межсекторальное взаимодействие также занимает центральное место в амбициозной и масштабной повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., которая была одобрена в 2015 г. Повестка дня на период до 2030 г. и ее 17 Целей устойчивого развития (ЦУР) и 169 соответствующих задач укрепляют положения политики Здоровье-2020 и подчеркивают, что здоровье является как важнейшей инвестицией в интересах социального, экономического и устойчивого развития, так и результатом разумной политики и надлежащих действий секторов и структур за пределами сектора здравоохранения.

intersectoral working. The WHO Regional Office for Europe has committed to supporting Member States in their intersectoral work on health and health equity through documenting, understanding and drawing lessons from new and old practices and initiatives. This has included a Regional mapping exercise to document instruments and high-level mechanisms, policy dialogues to share good practices and explore areas for action, multicountry training and workshops. A series of sector briefs have been published (1) to synthesize the evidence and key messages to support the work across sectors and explore areas for joint work between the health, education and social sectors.

Strengthening the Regional work on intersectoral action as part of the implementation of Health 2020 has highlighted a number of points that will be very important for taking forward the 2030 Agenda. The European Region is very diverse and has a rich experience of intersectoral working. However, European Member States, despite differences in size, organization and context, face a number of commonalities that emerge as preconditions and challenges to intersectoral working.

Almost all Member States report that political will is an essential precondition to help initiate, sustain and steer transformative intersectoral action on complex public health issues. Political will is essential for the adoption of whole-of-government approaches, where health is a goal of overall government policy. In addition to strong leadership from the Ministry of Health and ensuring excellent communication across sectors, providing a strong evidence base and an economic case for action can trigger and support the political choices to invest in intersectoral action. The environment and health area has many years of experience in successfully building the evidence base and economic case for action, and this learning and experience needs to be transferred to other areas, including the social and economic determinants of health. In this issue, the paper "Inequalities in environmental exposure in two Kosovo municipalities: indications for intersectoral action" highlights how the magnitude of inequalities in exposure to environmental risk, and identification of the most disadvantaged population groups are essential for enabling national and local policy-makers to tackle inequalities through adequate and effective measures.

Европейские государства-члены привержены достижению Целей устойчивого развития и целей политики Здоровье-2020. Они признают, что разработка разумной политики и мероприятий во всех секторах, деятельность которых влияет на здоровье и социальную справедливость в здоровье, означает создание новых моделей партнерства и расширение масштабов межсекторальной деятельности. Европейское региональное бюро ВОЗ обязалось оказывать поддержку государствам-членам в их межсекторальной работе в интересах здоровья и социальной справедливости в здоровье, документируя и анализируя новые и уже существующие практики и инициативы, а также извлекая из них соответствующие уроки. Эта работа включает региональную «инвентаризацию» для документации имеющихся инструментов и механизмов высокого уровня, проведение диалогов по вопросам политики для обмена методами передовой практики и изучения областей для осуществления действий, а также многострановые тренинги и практические семинары. Опубликована серия секторальных аналитических обзоров (1), в которых были синтезированы фактические данные и ключевые тезисы в поддержку межсекторальной работы и для определения областей для взаимодействия между секторами здравоохранения, образования и социальных дел.

Работа по укреплению межсекторального взаимодействия в Регионе в рамках реализации политики Здоровье-2020 высветила ряд вопросов, которые будут важны для осуществления Повестки дня в области устойчивого развития. Европейский регион является очень многообразным и обладает богатым опытом межсекторального взаимодействия. Несмотря на различия в размере, организационной структуре и контексте, европейские государства-члены обладают целым рядом схожих признаков, которые могут представлять собой как предпосылки, так и трудности для осуществления межсекторальной работы.

Практически все государства-члены отмечают, что политическая воля является важнейшим условием для начала, поддержания и содействия преобразующей межсекторальной деятельности по комплексным вопросам общественного здравоохранения. Политическая воля также является важнейшим условием для осуществления общегосударственного подхода, в рамках которого здоровье явля-

Successful whole-of-government approaches mean strengthening the policy coherence between sectors, including through various concrete measures – for example, impact assessment, shared goals and targets, shared budgets, reporting and monitoring. Such approaches cut across the different levels of government, at the international, national, regional and local levels. The article “Working across sectors to improve health and reduce inequalities: the experience of the Transport, Health and Environment Pan-European Programme” shares the considerable experience of this process from a practical perspective, and provides useful considerations for other similar processes aiming to engage in intersectoral work that links international commitment and national action.

The experience of the European Region shows that intersectoral working is also possible where there is an absence of political will: successful intersectoral work needs time, buy-in from others, and institutional and human capacity to take such action forward. Ensuring that the right stakeholders are at the table, and developing common goals and shared accountability needs careful preparation, which then can be leveraged when political windows arise. A first step in this process is identifying co-benefits for joint working: the article “Labour market policy and health: structured review of the bidirectional relationship” looks at the synergies between the health and employment sectors, and the need for alignment in policies and action between these.

There is room for more work to strengthen the knowledge base on the co-benefits of working between sectors. However, it is also important to acknowledge that, on some issues, there are tensions and even conflicts between health and other sector objectives. The private sector, for example, is an increasingly major driving force behind global environmental, economic and social changes – all determinants of health recognized by both the 2030 Agenda and Health 2020 – as well as traditional health promotion, especially through “public-private partnerships” (PPPs). The engagement of the private sector, including PPPs, remains controversial, mainly due to concerns regarding the economic interest of private actors, potential conflicts of interest, and the ownership of health as a “public good”. However, appropriate engagement with private and economic actors, in line with WHO’s policies, norms and standards,

есть общей целью государственной политики. В дополнение к сильному лидерству со стороны Министерства здравоохранения и обеспечению отличной коммуникации и обмена информацией между секторами, хорошими предпосылками для политического выбора в пользу инвестирования в межсекторальное взаимодействие были бы предоставление прочной базы фактических данных и экономическое обоснование необходимости соответствующих действий. Многолетний опыт успешного создания доказательной базы и разработки экономического обоснования необходимости осуществления действий уже имеется в области охраны окружающей среды и здоровья, и этот опыт необходимо перенести на другие области работы, включая воздействие на социальные и экономические детерминанты здоровья. Опубликованная в этом номере статья «Неравенство в степени экологического воздействия в двух муниципальных округах Косово: основания для межсекторальных действий» демонстрирует, что определение масштабов неравенств в подверженности экологическим рискам, а также наиболее неблагоприятных в этом отношении групп населения имеет важнейшее значение для стимулирования национальных и местных руководителей с целью принятия надлежащих и эффективных мер по воздействию на неравенства.

Успешные общегосударственные подходы означают укрепление согласованности политики между секторами, в том числе путем осуществления различных целенаправленных мер, таких как проведение оценки воздействия, постановка общих целей и задач, совместное бюджетирование, общая отчетность и мониторинг. Подобные подходы охватывают различные уровни управления: международный, национальный, региональный и местный. В статье «Осуществление межсекторальных мероприятий для улучшения здоровья и сокращения неравенств: опыт Общеввропейской программы по транспорту, окружающей среде и охране здоровья» рассказывается о значительном практическом опыте, приобретенном в рамках осуществления этого процесса, и предоставлены ценные соображения, которые будут полезны для других схожих процессов, нацеленных на осуществление межсекторальной деятельности, которая связывает международные обязательства с мероприятиями на национальном уровне.

is necessary to make progress towards change in complex public health challenges.

Appropriate and effective engagement with the private sector in the spirit of a whole-of-society approach to health and well-being means effectively addressing the governance of the commercial determinants of health. As a working definition, a commercial determinant of health refers to a good or a service where there is an inherent tension between the commercial and the public health objective: where the public health objective is to rationalize the use of the good or service, and the commercial objective is to increase the use or consumption of the good or service; or conversely, where the public health objective is to increase the accessibility or affordability of a good or service, and the commercial objective is to reduce the accessibility and affordability of the good or service. This tension can be seen in a number of the determinants of noncommunicable diseases, for example, tobacco, alcohol and certain food products, but also more broadly in the health system, such as in relation to pharmaceuticals and health services. The article “The Portuguese National Programme for Promotion of Healthy Eating: 2012–2015” looks at how Portugal used multisectoral approaches to empower and inform target populations, as well as strengthen the capacity of health actors, and address the availability and affordability of nutritious food in key settings.

Adopting effective, whole-of-society approaches also means including communities and populations in the design, implementation and evaluation of policies and services impacting on health and well-being. Including groups and communities in policy-making not only improves the quality, relevance and ownership of the policies and services, but also empowers groups through strengthening their ability to influence and control decisions that affect them. The power imbalances and lack of representation of disadvantaged social groups in decision-making bodies means that their voices are too often left unheard. In May 2016, the WHO Regional Office published a Toolkit for Social Participation (2) to support Member States in promoting the engagement of Roma and other groups in policy processes. Creating resilient communities in which people are empowered and given the opportunity to express their needs and interests is a priority for Health 2020 and will be essential to the success of Agenda 2030. Resilient and

Опыт Европейского региона демонстрирует, что межсекторальное взаимодействие возможно и в отсутствие политической воли: успешное межсекторальное взаимодействие требует времени, приверженности других сторон, а также институционального и человеческого потенциала для его осуществления. Обеспечение того, что в процесс вовлечены надлежащие заинтересованные стороны, разработка общих целей и общая подотчетность требуют тщательной подготовки, результаты которой можно будет с пользой применять, когда появятся политические возможности. Первым шагом в этом процессе является определение, какую обоюдную пользу принесет совместная работа. В статье «Политика на рынке труда и здоровье: структурированный обзор двунаправленных связей» рассматриваются синергии между секторами здравоохранения и занятости, а также необходимость приведения во взаимное соответствие их политики и действий.

База фактических данных об обоюдной пользе сотрудничества между секторами может быть укреплена и расширена. Однако также важно признать, что в отношении некоторых вопросов между задачами сектора здравоохранения и других секторов существует несоответствие или даже конфликт интересов. Частный сектор, к примеру, становится все более мощной движущей силой глобальных экологических, экономических и социальных изменений, которые признаны детерминантами здоровья как в повестке дня на период до 2030 г. и в политике Здоровье-2020. Частный сектор также все более активно участвует в традиционной деятельности по укреплению здоровья, в особенности силами «государственно-частных партнерств» (ГЧП). Вопрос вовлечения частного сектора, включая ГЧП, остается спорным, в основном из-за имеющейся обеспокоенности в отношении экономической заинтересованности представителей частного сектора, потенциальных конфликтов интересов и самого определения здоровья как «общественного блага». Тем не менее для достижения прогресса в решении комплексных проблем в области охраны общественного здоровья привлекать к работе частный сектор и субъекты экономического процесса необходимо. Однако это должно делаться надлежащим образом, в соответствии с политикой, нормами и стандартами ВОЗ.

Надлежащее и эффективное вовлечение частного сектора в деятельность в интересах здоровья и бла-

empowered communities can better hold policies and programmes to account: this strengthened accountability is essential in addressing the social determinants of health. The article “Structured review of the evidence on intersection of housing and health policy in the WHO European Region” shows how a lack of control and insecurity in relation to housing impacts on people’s health and well-being.

Through the implementation of Health 2020, Member States are sharing good practices and experiences, which will continue to contribute to the evidence base and transferability of knowledge between and within countries, as well as provide an excellent starting point for the Regional implementation of the 2030 Agenda. A growing body of evidence allows us to move towards examining the transferability of intersectoral measures, instruments and actions from one context to another while considering the potential scalability of action from the local to the national, or national to international contexts. This issue of *Public Health Panorama* marks another important step in this process and our move towards better health and well-being in the European Region, leaving no one behind.

REFERENCES

1. Sector briefs: intersectoral action for better health and well-being. In: World Health Organization Regional Office for Europe [website] (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/implementation-package/1.-introducing-health-2020-to-different-stakeholders-across-sectors/sector-briefs-intersectoral-action-for-better-health-and-well-being>, accessed 10 June 2016).
2. Toolkit on social participation. Methods and techniques for ensuring the social participation of Roma populations and other social groups in the design, implementation, monitoring and evaluation of policies and programmes to improve their health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/toolkit-on-social-participation.-methods-and-techniques-for-ensuring-the-social-participation-of-roma-populations-and-other-social-groups-in-the-design,-implementation,-monitoring-and-evaluation-of-policies-and-programmes-to-improve-their-health-2016>, accessed 10 June 2016).

гополучия в соответствии с принципом участия всего общества требует эффективного решения вопросов стратегического руководства в отношении коммерческих детерминант здоровья. В качестве рабочего можно использовать следующее определение коммерческой детерминанты здоровья: продукт или услуга, которым присуще несоответствие коммерческих задач и задач в области общественного здравоохранения. Например когда целью общественного здравоохранения является сделать использование или потребление более рациональным, а коммерческой целью – увеличить уровень использования или потребления продукта или услуги; или наоборот, когда задача общественного здравоохранения расширить, а коммерческая цель – сократить наличие и доступность продукта или услуги. Подобная напряженность может наблюдаться в отношении целого ряда детерминант неинфекционных заболеваний, например в отношении табака, алкоголя и определенных пищевых продуктов, но также и в системе здравоохранения в более широком смысле, например в том, что касается лекарств и услуг здравоохранения. В статье «Португальская национальная программа популяризации здорового питания: 2012–2015 гг.» рассматривается применение в Португалии многосекторальных подходов для наделения полномочиями и информирования целевых групп населения, а также для укрепления потенциала структур, работающих в области здравоохранения, и обеспечения доступности, в том числе и финансовой, питательных пищевых продуктов в основных учреждениях и контекстах.

Применение эффективных подходов, подразумевающих участие всего общества, также означает необходимость вовлечения местных сообществ и различных групп населения в разработку, реализацию и оценку мер политики и услуг, оказывающих воздействие на здоровье и благополучие. Привлечение групп и сообществ к выработке политики не только улучшает качество и актуальность стратегий и услуг и повышает ответственность за них, но также наделяет группы населения правами и полномочиями, укрепляя их способность оказывать влияние на решения, которые имеют к ним непосредственное отношение. Неравномерное распределение власти и недостаточная представленность неблагополучных и уязвимых социальных групп в органах, ответственных за принятие решений, означают то, что голоса этих групп очень часто остаются неслы-

шанными. В мае 2016 г. Европейское региональное бюро ВОЗ опубликовало Методическое пособие по вопросам социального участия (2), разработанное для оказания поддержки государствам-членам в стимулировании вовлечения представителей народности рома и других групп в процессы разработки политики. Создание жизнестойких местных сообществ, где люди наделены правами и полномочиями и имеют возможность выражать свои потребности и защищать свои интересы, является приоритетом политики Здоровье-2020 и будет иметь решающее значение для успешной реализации повестки для на период до 2030 г. Жизнестойкие и обладающие правами и полномочиями местные сообщества могут более эффективно контролировать меры политики и программы. Подобное укрепление подотчетности имеет важнейшее значение для воздействия на социальные детерминанты здоровья. В статье «Структурированный обзор фактических данных о пересечении жилищной политики и политики здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ» демонстрируется, как недостаток контроля и незащищенность в том, что касается жилищных условий, влияет на здоровье и благополучие людей.

В процессе реализации политики Здоровье-2020 государства-члены обмениваются методами передовой практики и опытом, что будет и далее пополнять базу фактических данных и укреплять возможности обмена знаниями между странами и внутри них. Это также предоставляет прекрасную отправную точку для реализации повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Регионе. Растущий объем фактических данных позволяет нам продвигаться в сторону изучения при-

менимости межсекторальных мер, инструментов и действий в различных контекстах, одновременно рассматривая возможность расширения масштабов действий с местного на национальный, или с национального на международный уровень. Этот выпуск «Панорамы общественного здравоохранения» – еще один важный шаг в направлении к улучшению здоровья и благополучия для всех без исключения жителей Европейского региона.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Секторальные аналитические обзоры: межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья и благополучия. Опубликовано на веб-сайте Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/implementation-package/1.-introducing-health-2020-to-different-stakeholders-across-sectors/sector-briefs-intersectoral-action-for-better-health-and-well-being>, по состоянию на 10 июня 2016 г.).
2. Методологическое пособие по вопросам социального участия. Методы и способы обеспечения участия представителей народности рома и других социальных групп в разработке, реализации, мониторинге и оценке мер политики и программ, направленных на улучшение их здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/toolkit-on-social-participation.-methods-and-techniques-for-ensuring-the-social-participation-of-roma-populations-and-other-social-groups-in-the-design,-implementation,-monitoring-and-evaluation-of-policies-and-programmes-to-improve-their-health-2016>, по состоянию на 10 июня 2016 г.).

Panorama People

Люди «Панорамы»

“THE POORER
HEALTH OF
POORER PEOPLE.” –
DAME MARGARET
WHITEHEAD

By Stephanie Brickman



«ЧЕМ БЕДНЕЕ
ЧЕЛОВЕК, ТЕМ ХУЖЕ
ЕГО ЗДОРОВЬЕ» –
ДЕЙМ МАРГАРЕТ
УАЙТХЕД

Стефани Брикман

Panorama meets Dame Margaret Whitehead, W.H. Duncan Professor of Public Health at the University of Liverpool and Head of the World Health Organization Collaborating Centre for Policy Research on the Social Determinants of Health. She reflects on health inequality and a quarter of a century of collaboration with WHO /Europe.

You started out as a biologist; how did you end up working in public health?

When I left university I went into medical research, first in cancer research in London, then in embryology in Edinburgh, at the MRC [Medical Research Council] Clinical and Population Cytogenetics Unit (now the MRC Human Genetics Unit). It was the 1970s, a very active political time, and I got involved with various movements. Women's Aid was just being set up to provide places of refuge for women experiencing domestic violence, and I was also working in the Citizen's Advice Bureau, which provided advice on anything from welfare benefits to housing to health issues. That really opened my eyes. I saw people living in very difficult circumstances – poor housing, losing their jobs and living in poverty, and struggling with bureaucracy, the whole system – trying to fight for their rights. They came to us for advice and sometimes we were able to mediate on their behalf and I found that very rewarding. This period of my life got me interested in society and how it works rather than looking down a microscope at how cells work.

«Панорама» встретила с дейм Маргарет Уайтхед, профессором общественного здравоохранения Университета Ливерпуля, главой сотрудничающего центра Всемирной организации здравоохранения по стратегическим исследованиям в области социальных детерминант здоровья. Она размышляет о неравенствах в здоровье и четверти века сотрудничества с ЕРБ/ВОЗ.

Вы начинали как биолог, почему вы в итоге посвятили себя общественному здравоохранению?

После университета я стала заниматься медицинскими исследованиями. Сначала исследованиями рака в Лондоне, а затем эмбриологией в Эдинбурге, в отделе клинической и популяционной цитогенетики (теперь отдел генетики человека) Совета по медицинским исследованиям. Шли 1970-е годы. Это было время большой политической активности, и я стала участником различных движений. Я стала сотрудничать с недавно созданной организацией «Помощь женщинам», предоставлявшей убежище женщинам, ставшим жертвами домашнего насилия, а также работала в Бюро консультирования граждан, где предоставлялись консультации по множеству вопросов, в частности по вопросам социальной помощи, обеспечения жильем и охраны здоровья. Эта работа действительно открыла мне глаза на многие проблемы. Я столкнулась с людьми, чья жизненная ситуация была очень тяжелой – плохие жилищные условия, потеря работы, бедность, необходимость

The interest continued when I went to work at the Scottish Health Education Unit as a researcher. As the name suggests, they were interested in public health but they were also active in strategy development and advocacy. So again I was arguing the case for people's health and rights. That's where I really made the transition to public health because of my growing awareness that there were some very complex, and often unfair, things going on in society and we needed to do something about it.

It's 25 years since your first WHO publication – how would you characterize your collaboration?

It has been a quarter of a century of very fruitful and very friendly collaboration with WHO and I've really enjoyed it. It all started in 1989 when Dr Anna Ritsitakis invited me to Copenhagen. Anna had just been made the focal point for equity in Europe and had read the book that I had just published called *The health divide*, which had caused a lot of controversy in Britain. She asked me to look at all the equity-related publications and activities that WHO/Europe had been involved in and really reflect on what had been done, and try to distil some understanding out of it. We had lots of discussions and published *The concepts and principles of equity and health*. She also introduced me to Göran Dahlgren, who had also been working at WHO, and together we did the paper *Policies and strategies to promote social equity in health* followed by other health equity publications. So it started with reflecting on what WHO Europe had done and from there we went on to collaborate on policy and strategy development in order to do something about inequalities in health.

At that time in particular, the WHO Regional Office for Europe was very important for people in public health in the UK. We had a government that was unsympathetic to working on inequalities in health. *The Black report*, published in 1980, had been rejected by the incoming conservative government and my report, *The health divide*, had had similar treatment in 1987. The work WHO was doing at that time was a lifeline. When the government, at national level, was trying to discourage work in this area, we were able to use the legitimacy that WHO Europe was giving to the subject to validate what we were doing. I was very impressed during that period with how WHO kept the flame alive.

в попытке защитить свои права бороться с бюрократическими препонами или с системой в целом. Они приходили к нам за советом, и иногда нам удавалось им помочь, что приносило мне огромное удовлетворение. Этот период моей жизни заставил меня заинтересоваться в большей степени проблемами общества, и тем, как оно работает, вместо того, чтобы наблюдать в микроскоп за работой клеток.

Интерес к проблеме общества не ослаб и во время моей работы в качестве исследователя в Шотландском отделе образования по вопросам здоровья. Как показывает название отдела, сферой наших интересов было общественное здравоохранение, но мы также активно занимались разработкой стратегий и адвокацией. То есть вновь моя деятельность была связана с защитой здоровья и прав людей. Именно тогда я полностью перешла в область общественно-го здравоохранения. Это было вызвано моим растущим осознанием того, что в обществе происходили комплексные и часто несправедливые вещи, и что мы должны были как-то реагировать на них.

С вашей первой публикации под эгидой ВОЗ прошло 25 лет. Как бы вы охарактеризовали это сотрудничество?

Это были 25 лет очень плодотворного и дружеского сотрудничества, которое доставляло мне истинное удовольствие. Все началось в 1989 г., когда д-р Анна Ритситакис (Anna Ritsitakis) пригласила меня в Копенгаген. Анна тогда только была назначена координатором по вопросам социальной справедливости в Европейском регионе. Прочитав мою тогда только опубликованную книгу «Разрыв по показателям здоровья», которая вызвала большую полемику в Великобритании, она попросила меня провести обзор всех публикаций и мероприятий с участием ЕРБ ВОЗ, связанных с вопросами социальной справедливости, высказать свое мнение о проделанной ВОЗ работе и как-то осмыслить ее. После активных обсуждений и дискуссий мы опубликовали «Концепции и принципы социальной справедливости и здоровья». Анна также представила меня Гёрану Дальгрёну (Göran Dahlgren), который тогда тоже работал в ВОЗ, и вместе мы написали работу «Меры политики и стратегии по поддержке социальной справедливости в здоровье», за которой последовали другие публикации по этой теме. То есть сотрудничество началось с обзора проделанной ВОЗ

My department became a WHO Collaborating Centre for policy research on social determinants of health in 2005, and the collaboration has continued. It has been 25 exciting years and the commitment and enthusiasm of colleagues at WHO has made it a very pleasing collaboration. WHO's strategic role needs to be recognized because so much of the work is subtle – bringing people together, creating awareness or influencing debate.

How important are targets and indicators when it comes to health inequality?

WHO/Europe issued the Health for All strategy in 1985. Of the many targets, the first was an equity target – target number one!

At the time, there was a section of the scientific community that really ridiculed that target and said that, because it was impossible to measure it, it was meaningless. Göran Dahlgren and I wrote a piece in the *Lancet* about target-setting for health inequality, in which we pointed out that there were various types of targets and this was an example of a symbolic one. It didn't matter that it couldn't be measured because it was symbolic of WHO saying: "This is an important topic; this is our number one target." That was powerful in itself and measurement didn't matter.

Sometimes measurable targets are weakened because they focus on a very restricted view of the issue that you're trying to advance, because that's the only part that can be measured.

You have been quoted as saying: "It is pointless having a career in social medicine if you are not absolutely passionate about the subject." What makes you passionate about social medicine?

There are so many things that society can do, which have an enormous impact on health and how people live. So, on the one hand, it's very positive that there are population-wide actions that can be taken, but on the negative side, we see the injustice and unfairness. That unfairness is underlined when we realize that it's within the power of society to do something about it, that we as a society are creating the conditions that lead to much poorer health.

работы и продолжилось совместной деятельностью по разработке политики и стратегий с целью как-то повлиять на проблему неравенств в здоровье.

В то время в особенности деятельность Европейского регионального бюро ВОЗ была очень важна для людей, работавших в сфере общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве. Наше тогдашнее правительство не поддерживало работу в области неравенств в здоровье. Доклад Блэка, опубликованный в 1980 г. был отвергнут пришедшим к власти правительством консерваторов, такую же реакцию в 1987 г. вызвал и мой доклад «Разрыв по показателям здоровья». Работа, которую вела тогда ВОЗ, была для нас спасением. В то время, как правительство на национальном уровне не поддерживало нашу работу в этой области, ЕРБ ВОЗ своей деятельностью придавало этому вопросу легитимность, подтверждавшую важность того, что мы делали. ВОЗ делала все, чтобы это пламя не гасло. И это произвело на меня очень большое впечатление.

В 2005 г. мой отдел стал сотрудничающим центром ВОЗ по стратегическим исследованиям в области социальных детерминант здоровья, и наша совместная работа продолжилась. Это были 25 интереснейших лет, а энтузиазм коллег из ВОЗ и их преданность своему делу приносили удовлетворение. Важно признать стратегическую роль ВОЗ, так как многое из того, что делается Организацией зачастую остается без внимания, например работа по объединению людей, повышению осведомленности или оказание влияния на ход дебатов и дискуссий.

Когда мы говорим о неравенствах в здоровье, насколько важны целевые ориентиры и индикаторы?

В 1985 г. ЕРБ ВОЗ разработало стратегию «Здоровье для всех». Из множества ее целевых ориентиров первым, повторяю первым (!), был целевой ориентир, касающийся вопросов социальной справедливости и здоровья.

В то время часть научного сообщества просто смеялась над этим целевым ориентиром, говоря, что, так как его невозможно измерить, в нем нет никакого смысла. Мы с Гёраном Дальгреном написали статью в журнал «Ланцет» об установлении целевого ориентира в отношении несправедливости в здоровье. В этой статье мы указали на то, что существуют раз-

I have always liked the former UK Chief Medical Officer Sir Donald Acheson's definition of public health: "Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society." I think that emphasizes that public health is about the organized efforts of society. Doing something about the issue is both a science and an art. There's clearly scope for evidence and an evidence base, but to actually use that evidence to advocate for the sort of actions that would improve the situation is an art as well. So I've always liked the thought of the dual science and art aspects of public health, and that you're doing something through the organized efforts of society; you're doing something to improve the situation and to tackle the unfairness.

So how would you sum up equity in health? And why should we care about it?

I do not think that it is a law of nature that some people, some groups, suffer much poorer health than others in a particular society. There is nothing fixed about the fact that poorer children, for example, have poorer health than more advantaged children. It's not biologically fixed and we can do something about the poorer health of poorer people.

So when Göran Dahlgren and I talk about the converse, about social inequalities in health, we really mean not random variations but systematic differences in health between different social groups in the population. Because they are systematic and socially produced, they're not biologically fixed. They are produced by policies and processes in society and are potentially modifiable, which is the key thing. It's unfair that they exist because we can do something about them.

Sometimes health equity is defined as the absence of these systematic differences in health. But to me that is only a partial vision – it's a deficit model focusing on the absence of inequalities in health. To me, health equity is a much more positive concept so that's why we define it in terms of an ideal, where everyone could obtain their full health potential and that no one should be disadvantaged in obtaining this potential because of their social position or other socially determined circumstances.

личные типы целевых ориентиров, и этот был примером так называемого символического. Тот факт, что его нельзя было измерить, не имел значения, так как символическим было уже то, что ВОЗ говорила: «Это важная тема; это наш целевой ориентир номер один». Это само по себе было мощным сигналом, и измеримость не имела значения.

Иногда измеримые целевые ориентиры ослабляются тем, что они представляют очень ограниченный взгляд на проблему, к которой мы пытаемся привлечь внимание, отражая только ту ее часть, которая поддается измерению.

Вы как-то сказали: «Не имеет смысла заниматься социальной медициной без страстной увлеченности этим вопросом». Чем обусловлена ваша страстная увлеченность социальной медициной?

Общество может оказывать огромное воздействие на здоровье и качество жизни людей. У этого воздействия есть как позитивная, так и негативная сторона: с одной стороны, могут быть предприняты действия на популяционном уровне, но в то же время в обществе наблюдаются несправедливость и дискриминация. Несправедливость еще более очевидна тогда, когда мы осознаем, что общество в силах на нее повлиять, что мы как общество сами создаем условия, которые способствуют более низким показателям здоровья.

Мне всегда нравилось определение общественного здравоохранения, которое дал бывший главный государственный врач Соединенного Королевства сэр Дональд Ачесон: «Общественное здравоохранение – это наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом». Я думаю, что это определение подчеркивает, что общественное здравоохранение – это организованные усилия со стороны общества. Работа в этой области – это одновременно и наука, и искусство. Несомненно, можно собрать соответствующие фактические данные и обеспечить доказательную базу, однако использовать эту доказательную базу на практике для стимулирования таких мероприятий, которые улучшили бы ситуацию, это уже искусство. Поэтому мне всегда нравилась мысль о том, что общественное здравоохранение – это и наука, и искусство, и что в рамках

In terms of “why should we care?” – I think it's a question of human rights and fairness. Health holds a special place in terms of human rights. Everyone has the right to enjoy the highest obtainable standard of health in their society, according to the WHO Constitution of 1946, but health is also a unique resource for achieving other objectives in life, such as better education and employment. Health is a very special aspect of human rights.

You hear arguments about income inequalities, for example. People say that there's nothing wrong with income inequalities and sometimes it's essential to have income inequalities to drive performance in a society. But my colleague Göran Dahlgren always says he's never heard anyone argue that society needs health inequalities or that there's anything good about health inequalities. And it's true!

The existence of clear social differentials in health and in its determinants goes against all the accepted, human rights-based values in our society. That's why we should promote health equity, that's why we should care.

общественного здравоохранения необходимы организованные усилия со стороны общества, чтобы как-то улучшить ситуацию и чтобы воздействовать на несправедливость.

Как бы вы в целом определили равноправие в здоровье? И почему это так важно?

Я не думаю, что в обществе некоторым людям или группам населения законами природы определено иметь гораздо более плохое здоровье, чем другим. Нет ничего непреложного в том, что у бедных детей, к примеру, показатели здоровья хуже, чем у детей, находящихся в более благоприятной социальной ситуации. Это никак не закреплено биологически, и мы не можем смириться с тем, что у того, кто беднее, хуже показатели здоровья.

Поэтому когда мы с Гёраном Дальгреном говорим о социальных неравенствах в отношении здоровья, мы в действительности имеем в виду не случайные вариации, а систематические различия в здоровье между различными социальными группами населения. Из-за того, что эти различия являются систематическими и социально обусловленными, они не являются биологически закрепленными. Они являются результатом мер политики и процессов в обществе и потенциально поддаются изменениям, что является ключевым моментом. Само их существование является несправедливым, так как мы можем на них повлиять.

Иногда равноправие в здоровье определяется отсутствием этих систематических различий в показателях здоровья. Но для меня это только частичное видение – это модель недостаточности, сосредоточенная на отсутствии неравенств в здоровье. Я думаю, что справедливость в отношении здоровья – это гораздо более позитивная концепция, и поэтому мы определяем ее, представляя идеальную ситуацию, в которой каждый может полностью реализовать свой потенциал здоровья и когда социальное положение и другие социально определяемые обстоятельства не могут препятствовать реализации этого потенциала.

Что касается того, «почему для нас это важно?» – я думаю, это вопрос прав человека и справедливости. Когда мы говорим о правах человека, здоровье занимает особое место. Согласно конституции ВОЗ

1946 г., у каждого человека есть право на обладание наивысшим достижимым в его обществе уровнем здоровья. Однако здоровье также является уникальным ресурсом для достижения людьми других целей в жизни, например улучшения образования или получения более хорошей работы. Здоровье является особым аспектом прав человека.

К примеру, мы слышим аргументы, касающиеся неравенства доходов. Можно услышать, что в неравенстве доходов нет ничего плохого и что иногда такие неравенства важны для повышения эффективности развития в обществе. Но мой коллега Гёран Дальгрен всегда говорит, что он никогда не слышал, чтобы кто-нибудь утверждал, что обществу необходимы неравенства в здоровье или что в таких неравенствах есть что-то положительное. И это правда!

Существование четких социальных различий в отношении здоровья и его детерминант идет вразрез со всеми общепринятыми и основанными на правах человека ценностями нашего общества. Именно поэтому мы должны всячески способствовать равноправию в отношении здоровья, и именно поэтому это должно быть очень важно для нас.

Review

LABOUR MARKET POLICY AND HEALTH: STRUCTURED REVIEW OF THE BIDIRECTIONAL RELATIONSHIP

Aaron Reeves,^{1,2} David Stuckler²

¹ International Inequalities Institute, London School of Economics and Political Science, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

² Department of Sociology, Oxford University, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Corresponding author: Aaron Reeves (email: a.reeves@lse.ac.uk)

ABSTRACT

Where and how people work impacts their health and well-being. Labour market policies, by influencing working conditions, have substantial but often unaccounted-for consequences for both health and employment. We performed a narrative and thematic review of 726 papers to identify not only labour market factors, such as employment status, but also some of the gaps in policy-relevant literature regarding how labour market policies can promote health. To facilitate cross-sectoral action, we further discuss the literature describing how the health sector can contribute to improved

labour market outcomes. This review shows that several features of the labour market pose threats to health, particularly when there is insufficient access to work (including unemployment, underemployment and informal employment) and inadequate quality of work (including hazardous conditions, low wages and poor job satisfaction). We found clear evidence that health policies can affect labour market outcomes by increasing or decreasing access to work (particularly for those with limiting long-standing illness) and modifying productivity. Overall, there is relatively little and generally weak

evidence about how specific labour market policies could mutually improve both work and health outcomes. There is evidence of a bidirectional relationship between work and health; however, the current state of knowledge does not provide sufficient guidance for developing optimal policies to achieve desired labour market and health outcomes. We conclude with proposals for developing natural policy experiment research and a social observatory to facilitate linking of data on labour market and health policies across the WHO European Region.

Keywords: HEALTH, HUMAN CAPITAL, LABOUR MARKETS, UNDEREMPLOYMENT, UNEMPLOYMENT

INTRODUCTION

The WHO 2005–2008 Commission on Social Determinants of Health clearly established that health is determined by “the conditions in which people are born, grow, live, work and age” (1). Many of these social determinants of health relate to the labour market: where and how people work and under what conditions.

Across the WHO European Region, there are persistent problems of youth unemployment – affecting more

than 1 in 3 in Spain, Greece and several eastern European nations – the scale of which is a pandemic. The problem is not just unemployment but also underemployment, i.e. desiring to work more but being unable to do so. Meanwhile, there are ongoing debates, often led by international institutions such as the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) and International Monetary Fund (IMF), about how best to help people return to work and the appropriate role of the state in protecting people in the labour market from the hazards of redundancy and job insecurity.

These labour market challenges matter critically for health and health inequalities. This is why the WHO European Region's health policy framework, Health 2020, aims to strengthen intersectoral collaboration between labour ministries and health ministries. For this to happen, it is first necessary to identify areas for cross-sectoral collaboration, highlighting where there are co-benefits of joined-up labour and health policy-making. While there is a large body of evidence on how, for example, unemployment correlates with ill health, much less is known about specific policies that can improve both health and labour market outcomes.

To plug this gap, we performed a narrative and thematic review of the evidence on how and through which mechanisms labour market policies can promote health. This incorporates evidence from systematic reviews of the relationship between employment status and health. It also highlights the gaps in our knowledge regarding how specific labour market policies may shape or modify the relationship between, for example, employment and health. This review finds some evidence of key mechanisms through which labour market policies may affect health. However, we found very little evidence on whether and how specific policies affect health. To facilitate joined-up action, we also discuss the literature on the reverse relationship, i.e. on how the health sector can be leveraged to improve labour market outcomes.

DEFINING LABOUR MARKETS AND LABOUR MARKET POLICIES

Before turning to the review itself, we first set out to define what we mean by labour markets. Labour markets are so called because they involve commercial exchange between employers and free wage labour. Employers seek to hire the best workers, often the most productive or skilled, for the lowest price; conversely, workers seek the best jobs, by considering factors such as wages, commuting and job satisfaction.

Without intervention, labour markets can have harmful social consequences, such as child labour (2, 3), in-work poverty or hazardous working conditions (4). Labour market policies involve institutions and regulations that aim to minimize these harms (5, 6). They can fundamentally alter the balance of power between employer and employees. The most common policies involve wage setting (e.g. minimum wages),

labour legislation (including employment protection) and social protection policies that provide income replacement and integration for those unemployed or threatened by unemployment. In short, these policies can increase or decrease people's risk of job loss, workplace injury, in-work poverty or other occupational hazards while seeking to improve work quality, with potentially profound health consequences (5).

European nations have adopted varied approaches to managing labour markets and created opportunities to learn from successes and failures. Some countries set minimum wages through statutes, while others aim to achieve this through collective bargaining. Some countries have strict employment protections, while others pursue greater flexibility. A few countries mandate equal pay between men and women, while others allow employers to determine wages. Member States also choose to regulate some of these areas and not others. For example, Germany sets minimum wages through collective bargaining and has strict employment protection, but does not mandate equal pay between the sexes.

REVIEW METHODS

To explore the relationship between labour markets and health – and by implication, how labour market policies may affect health – we conducted a narrative review of the literature. First, we retrieved from Scopus 1949 articles published on labour markets and health (by searching for the terms “labour market” and “health”), restricting the search to book chapters, reviews and journal articles published in English in the areas of the social sciences and medicine. We did not restrict the search by geography. The scope of this review is the bidirectional relationship between labour markets and health. After extracting these papers, we reviewed the abstracts to identify those papers that addressed at least one of these two issues, yielding a total of 726 papers published between 1963 and 2016. We also tried to identify papers that examined specific labour market policies but our search captured only a handful of papers examining policies rather than mechanisms linking those policies to health outcomes.

Fig. 1 summarizes the bidirectional relationship between labour markets and health (7, 8). How labour

markets are organized will affect health, but health can also affect labour market activity. We review each direction in turn, starting with the effect of labour markets on health.

RESULTS

HOW LABOUR MARKETS AFFECT HEALTH

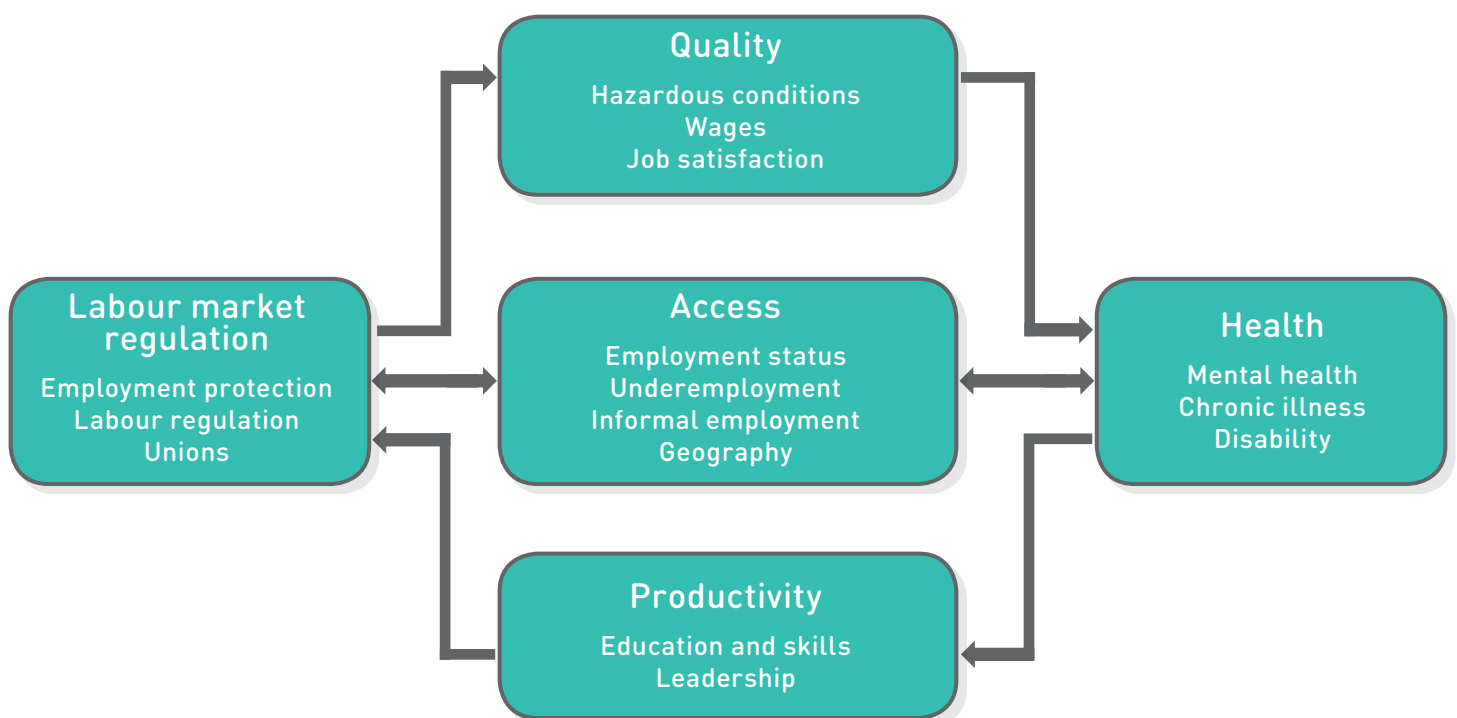
Labour market policy can promote better health by improving access to jobs and the quality of those jobs (see Fig. 1) (9).

Access to work is good for health (10–12). People who lack work and wish to find it are considerably more likely to become sick, have worse mental health and to die prematurely (through suicide or other causes) compared with their employed counterparts (13–16); this association changes as people age (17). Across the European Region, there is a high prevalence of people who are unable to find work. Youth unemployment is a particular concern. Since 2008, youth unemployment (age 15–24 years) has risen by ~5 percentage points, reaching 21.4% in 2013. Unemployment, particularly for young people, has a scarring effect by increasing the risk of future unemployment, lower wages, and poorer mental and physical health (18–20).

Job loss also affects health (12). People who lose work are more likely to experience mental ill health after becoming unemployed, and these effects can persist into later life (10). Sudden and involuntary job loss (among men) due to plant closures increased the risk of overall mortality (and cause-specific mortality related to circulatory disease and suicide), and was linked with hospitalization due to traffic accidents, alcohol-related disease and mental ill health (21). Job loss during recessions is even worse for health, and increases the risk of cardiovascular diseases (22).

Underemployment and informal employment (particularly common in eastern Europe) are also manifestations of inadequate access to work, and can also affect health (10, 23). Underemployment occurs when people experience insufficient pay or hours of work (24). This often leads to in-work poverty, i.e. where work does not provide sufficient income to sustain an adequate standard of living, which, in turn, can impact health (1). So-called informal employment is work in areas not controlled by government oversight. Informal employment can carry occupational hazards and may (but does not always) involve illegal activities. For example, sex workers face a much higher risk of HIV, other sexually transmitted infections and violence compared with employees

FIG. 1. RELATIONSHIP BETWEEN LABOUR MARKETS AND HEALTH



in formal employment (25). Inadequate access to work (including unemployment, underemployment and informal employment) harms not just the workers but the health of their families as well (26–28).

There is considerable debate about how to increase access to work, broadly hinging on whether to pursue so-called active or passive labour market programmes. Passive labour market policies tend to replace incomes, such as through unemployment insurance, while active programmes include job placement services and other schemes, such as training and job creation, to increase access to work. Currently, the OECD and IMF favour the latter. However, there is considerable variation in how they are operationalized, and evidence of their effectiveness is mixed (29). Active labour market programmes may help people find work but the success of the programmes can depend on who runs the service (public or private sector), the types of services offered (job search assistance or job placement) and whether it is targeted to specific groups (29). Participating in these programmes may improve health, but such health gains may only accrue to job seekers with a high socioeconomic status because they are most likely to participate, thus potentially increasing inequalities (30, 31).

For health benefits, quality of work is as important as access to work. Having a low-skilled job, with little autonomy at work and low pay, may be as detrimental to health as having no job at all (32, 33). Low work quality, particularly occupational conditions in which people do not use their skills and lack autonomy, has been found to lead to prolonged periods of elevated stress. As a result, low work quality also increases the risk of poor mental health, high blood pressure and coronary heart disease (34, 35).

There is evidence, however, that some features of work associated with low job quality may promote productivity. For example, a Norwegian study observed that reduced job security also reduced the number of sick days (36). Similarly, other studies suggest that precarious employment can reduce sick days without harming health (37, 38). Yet, these analyses often ignore the long-term health effects of job insecurity – which may, in fact, increase costs for employers – and overlook evidence suggesting that insecure workers are also the group most likely to show up at work even if they are sick (39).

Labour market policies can create conditions leading to poverty, such as wages that leave workers below the poverty line. This can weaken labour market activity because it can cause people to exit the labour market early (40, 41). Higher wages may encourage productivity, reduce sick days and foster human capital development, particularly for low-wage workers (42–44). Some studies found that poor working conditions, high levels of stress and low autonomy are all associated with worse employee health, leading to poorer productivity and less adaptability among labour market participants. This, in turn, reduces working hours and productivity while increasing the number of sick days and the risk of early retirement (45, 46). These issues are especially important for women and ethnic minorities, who are more likely to experience lower wages, greater job insecurity and poorer working conditions (47).

Job insecurity – often described as risky, uncertain or unpredictable work – also increases the risk of mental ill health and poor self-rated health, and is associated with a greater risk of premature mortality (48–50). Re-employment, for example, does not lead to health improvements if the job is insecure (51). Importantly, there is a social gradient in work quality: poor working conditions are more common among those on temporary or fixed-term contracts. Therefore, addressing inequalities in work quality may contribute towards reducing avoidable health inequalities, a key goal of Health 2020 (1, 52).

HOW BETTER HEALTH IMPROVES LABOUR MARKET OUTCOMES

Health does not only respond to labour markets; it can also influence productivity and change access to work (see Fig. 1).

A healthy workforce is a national asset and a powerful engine of economic growth, which in turn can lead to important health gains (53). Health is a form of human capital and so is linked to productivity and the creation of economic value, which fosters growth and economic development (54–57). Better health enables people to obtain and retain employment (58–60), which promotes social inclusion, community participation, the development of new skills and poverty alleviation through financial security for both individuals and families.

Health can contribute to labour market activation, especially among young people, by ensuring that people can acquire education and employment, developing and maintaining skills, and encouraging inclusive growth (61).

Investing in health is vital for ensuring a skilled and productive workforce. Starting in childhood, poor health reduces educational attainment and increases the risk of leaving school altogether (62–66). This tracks into adult life by reducing productivity and employment prospects, while increasing the risk of labour market exit (67, 68). Improving young people's education and employability first requires that they are healthy. However, investing in health during childhood is insufficient. Health investments in working-age adults – both employed and unemployed – may also expand the existing labour supply by increasing labour market attachment, particularly among older workers (69, 70). Schemes that strengthen the health of working-age people will allow them to maintain and develop new skills, thus increasing their productivity and adaptability to changing labour markets. Such flexibility is crucial in the context of social dislocation, which often follows periods of increased trade and economic integration (71).

The European Commission defines labour markets as accessible when all people of working age have the opportunity to participate in paid work (72). Very few, if any, labour markets meet this criterion. People living with disability, for example, often face exclusion from paid work. In 2011, across European Union (EU) countries, less than 50% of people with physical impairment were employed, some 20 percentage points lower compared with people who do not have such difficulties (73). This constitutes a major loss of an economy's labour supply and productivity. Physical impairment can reduce the likelihood of being in paid work. To address this problem, many Member States have encouraged firms to make reasonable adjustments that remove these barriers, thereby increasing the ability of the physically impaired to participate in the labour market. Where these policies have been implemented, there is some evidence that they have increased the accessibility of paid work for those with physical limitations (74). Such physical impairments reduce labour market activity most among those in less privileged social positions, and so these adjustments may increase

access to paid work for these highly excluded groups (75, 76).

Physical barriers to accessing employment are not the only obstacles to entering paid work. Other barriers also exist (77). People with disabilities often face a lack of training, which can reduce access to paid work. When rehabilitation and training schemes are made available, they increase job-readiness and raise the employment rate among people with limiting, long-standing conditions (78). Another barrier to access is the higher risk of job loss faced by people with chronic illnesses. Here, policy can make a difference. Employment protection regulations, which increase the costs of redundancy, reduce the risk of job loss for people with disabilities, and can increase employment rates (79, 80).

Limiting, long-standing conditions can make paid work difficult, even when reasonable adjustments have been made and when labour laws are favourable to people with disabilities. In these cases, investing in improving health (a so-called health-first approach) can help people become ready to join or rejoin the workforce (31, 81–83). While removing other barriers is important, health status is the main factor explaining most of the employability gap between the short-term and long-term unemployed (84). Therefore, regulations, rehabilitation and training will only go so far if health remains poor.

LABOUR MARKETS AND HEALTH: A VIRTUOUS CYCLE

Promoting health creates a virtuous cycle for achieving labour market goals. When someone loses their job, they are at greater risk of suffering mental ill health, such as depression, which in turn is a barrier to rejoining the labour market (85, 86). Programmes that provide support with job searches and other training schemes for those who have lost their jobs increase the likelihood of re-entry into the labour market and may even increase earnings upon re-entry (29). In fact, one of the reasons for the success of these schemes is that they appear to protect mental health during periods of unemployment (87–89).

The bidirectional relationship between labour market policy and health creates several win-win opportunities. Health and employment ministers can work together to ensure that the workforce is healthy

and productive, thus breaking the cycle of poor health and poverty that creates health inequalities and reduces labour market activity.

HOW THE HEALTH SECTOR CAN TAKE A LEAD

The health sector can lead by example, but this possibility is often overlooked. It is one of the largest employers across Europe, and has the opportunity to implement policies and regulations that improve the health of its workers (90). Such policies might include changing maternity leave, implementing equal pay, reducing in-work poverty by offering a living wage, strengthening employment protections in some countries and providing generous redundancy packages (91, 92). By capitalizing on these synergies, the health sector is better placed to address some of the most pressing challenges facing European societies, including social exclusion, sustainable development and inequalities in income and health.

Conversely, the health sector can also take steps to worsen work quality and access to work. At times, this is driven by external forces. Across Europe, many governments have made deep reductions in health budgets, corresponding to reduced pay for health workers, redundancies, and increasing pressure and work demands on fewer available staff (93, 94).

TOWARDS CROSS-SECTORAL COLLABORATION IN LABOUR MARKET AND HEALTH POLICY

The Health 2020 policy framework has a political mandate. It was adopted by all 53 European Member States in 2012, and can be adapted to the different settings and realities that make up the European Region. It describes how health and well-being can be advanced, sustained and measured through action that creates social cohesion, security, work–life balance, health and a good education. It calls upon the health sector to reach out to the many different actors within and outside government, and provides inspiration and direction to address the complex health challenges of the twenty-first century. The framework confirms values, is based on evidence, and identifies strategic directions and essential actions. It builds on the experiences gained through previous health-for-all policies, and guides the actions of both Member States and the WHO Regional Office.

The framework addresses Europe's big social and health challenges, including inequalities, noncommunicable diseases and infectious disease threats. Health 2020 provides a platform for joint working on the numerous synergies between the health and employment sectors, including in-work poverty, early years development, and labour market protections, where objectives overlap and where win–win areas can be identified. However, fostering an intersectoral conversation between the health and employment sectors will also require deepening of the evidence base.

DISCUSSION

The evidence linking labour markets and health is vast, but our review indicates that there is a lack of policy-relevant work evaluating how labour market policies may affect health. For example, although job insecurity, work quality and the wider working environment are all important determinants of health, there is little evidence documenting how policies or regulations that address these issues affect health. Similarly, employees who experience high levels of job insecurity, high levels of stress and little autonomy, and are exposed to dangerous or toxic work environments without proper protection, are more likely to suffer poor health and die sooner. Finally, there is strong evidence that job loss increases the risk of ill health, thereby reducing the number of disability-free life years and increasing the risk of mortality.

Our research highlights two potential areas for future research and policy:

1. Natural policy experiment research designs
2. Social observatory on health and labour markets.

NATURAL POLICY EXPERIMENT RESEARCH DESIGNS

Much of the literature evaluated relies upon observational designs that address the bidirectional work and health relationship but cannot fully disentangle its links. This can obscure the potential for joined-up policy across sectors. Recent advances in epidemiology and econometrics take advantage of naturally occurring variations in policy implementation such as eligibility, roll-out or geographical reach. Using these designs can enable better studies to ascertain causality as well as influence

a research agenda. Furthermore, there may be potential to partner with countries in the WHO European Region to set up, at low cost, monitoring and surveillance to understand the joint health and labour market impact of policies relevant to both sectors.

This would help those working in health to address key debates relevant to labour market policy. For example, is active or passive labour market policy more beneficial to health and, if so, under what circumstances? Is it better to increase wages through acting on firms, such as setting minimum wages, or to redistribute funds through taxation, such as through tax credits? At present, there is low-quality evidence addressing such questions from a health perspective. There is evidence that passive labour market policies protect health following job loss and may reduce the number of suicides, but so do active labour market policies (95–98). Natural policy experiment studies, referred to above, are a good place to start building such an evidence base for action.

As a result, several labour market policies are being implemented that may have unaccounted-for impacts on health. For example, in 2010 the United Kingdom Government initiated a programme to reassess the work-readiness of people receiving disability insurance. The reassessment procedure was intended to reduce costs and encourage people to (re-)enter the labour market. While these policies may have reduced the number of people receiving disability insurance, they have not increased employment rates and have been associated with increased rates of depression and even suicide (99, 100). It is important, in evaluating the impacts of these policies, to assess effects on both health and labour market outcomes to ascertain the full societal cost–benefit ratio and make informed decisions.

SOCIAL OBSERVATORY ON HEALTH AND LABOUR MARKETS

In many cases, the data needed to evaluate these policies are not always available (101). Across Europe, there are few data sources that combine both health and labour market information to address questions and outcomes relevant to both sectors. This makes it difficult, if not impossible, to propose a cross-sectoral agenda. While the EU Statistics on Living Conditions include such data, the health questionnaires mainly involve self-reported health and chronic conditions,

rather than verified health data. It also leaves some parts of the Europe region uncovered. The WHO European Region, in partnership with Member States and potential collaborating centres, could take the lead in forging such improved surveillance systems. Establishing social observatories could also enable early identification of health risks borne by labour markets, such as mental health, depression and suicide linked to recessions and job loss.

CONCLUSION

It is clear that where and how people work matters for health (41). Labour market policy can improve health by reducing the health risks associated with dangerous working environments, and by addressing the financial strain of unemployment and underemployment. Improving health among workers will also increase productivity and labour market activity. Yet, there are still important gaps in the evidence base. Strengthening the research agenda in this area will foster intersectoral dialogue and collaboration that will allow governments to address avoidable health inequalities across the WHO European Region.

Acknowledgements: We are grateful to the editors and the two anonymous reviewers for their helpful comments and suggestions.

Source of funding: World Health Organization.

Conflict of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decision or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012;126 (Suppl 1):S4–S10.
2. The end of child labour: within reach. Geneva: International Labour Office; 2006.
3. Basu K. Child labor: cause, consequence, and cure, with remarks on international labor standards. *J Econ Lit*. 1999;37(3):1083–119.
4. Margolis BL, Kroes WH, Quinn RP. Job stress: an unlisted occupational hazard. *J Occup Med*. 1974;16(10):659–61.
5. Blau FD, Kahn LM. Institutions and laws in the labor market. In: Ashenfelter OC, Card D, editors. *Handbook*

- of labor economics. Amsterdam: Elsevier; 1999:1399–461.
6. MacLeod WB. Great expectations: law, employment contracts, and labor market performance. In: Card D, Ashenfelter O, editors. *Handbook of labor economics*. Amsterdam: Elsevier; 2011.
 7. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Commun Health*. 1994;48(4):333–7.
 8. Chandola T, Bartley M, Sacker A, Jenkinson C, Marmot M. Health selection in the Whitehall II study, UK. *Soc Sci Med*. 2003;56(10):2059–72.
 9. Virtanen P, Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. *J Epidemiol Commun Health*. 2002;56(8):569–74.
 10. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:449–65.
 11. Jin RL, Shab CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*. 1995;153(5):529–40.
 12. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav*. 2009;74(3):264–82.
 13. Garcy AM, Vagero D. The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: a six year mortality follow-up of the Swedish 1992–1996 recession. *Soc Sci Med*. 2012;74(12):1911–20.
 14. Moser KA, Fox AJ, Jones DR, Goldblatt PO. Unemployment and mortality: further evidence from the OPCS Longitudinal Study 1971–81. *Lancet*. 1986;1(8477):365–7.
 15. Iversen L, Andersen O, Andersen PK, Christoffersen K, Keiding N. Unemployment and mortality in Denmark, 1970–80. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;295(6603):879–84.
 16. Reeves A, Stuckler D. Suicidality, economic shocks, and egalitarian gender norms. *Eur Sociol Rev*. 2016;32(1):39–53.
 17. Montgomery S, Udumyan R, Magnuson A, Osika W, Sundin P-O, Blane D. Mortality following unemployment during an economic downturn: Swedish register-based cohort study. *BMJ Open*. 2013;3(7).
 18. Knabew A, Ratzel S. Scarring or scaring? The psychological impact of past unemployment and future unemployment risk. *Economica*. 2011;78(310):283–93.
 19. Arulampalam W. Is unemployment really scarring? Effects of unemployment experiences on wages. *Econ J*. 2001;111(475):F585–F606.
 20. Gregory M, Jukes R. Unemployment and subsequent earnings: estimating scarring among British men 1984–94. *Econ J*. 2001;111(475):F607–F25.
 21. Browning M, Heinesen E. Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization. *J Health Econ*. 2012;31(4):599–616.
 22. Noelke C, Avendano M. Who suffers during recessions? Economic downturns, job loss, and cardiovascular disease in older Americans. *Am J Epidemiol*. 2015;182(10):873–82.
 23. Ludermir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(9):485–9.
 24. Friedland DS, Price RH. Underemployment: consequences for the health and well-being of workers. *Am J Commun Psychol*. 2003;32(1–2):33–45.
 25. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385(9962):55–71.
 26. Hoynes H, Miller D, Simon D. Income, the earned income tax credit, and infant health. *Am Econ J Econ Policy*. 2015;7(1):172–211.
 27. Catalano R, Hansen HT, Hartig T. The ecological effect of unemployment on the incidence of very low birthweight in Norway and Sweden. *J Health Soc Behav*. 1999;40(4):422–8.
 28. Muntaner C, Chung H, Benach J, Ng E. Hierarchical cluster analysis of labour market regulations and population health: a taxonomy of low- and middle-income countries. *BMC Public Health*. 2012;12:286.
 29. Card D, Kluve J, Weber A. Active labour market policy evaluations: a meta-analysis. *Econ J*. 2010;120(548):F452–F477.
 30. Huppert FA, Cooper CL, editors. *Interventions and policies to enhance wellbeing* (sixth volume of a six-volume set). In: Cooper CL, editor. *Wellbeing: a complete reference guide*. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
 31. Saloniemi A, Romppainen K, Strandh M, Virtanen P. Training for the unemployed: differential effects in white- and blue-collar workers with respect to mental well-being. *Work Employ Soc*. 2014;28(4):533–50.
 32. Rueda S, Smith P, Bekele T, O'Brien K, Husbands W, Li A et al. Is any job better than no job? Labor market experiences and depressive symptoms in people living with HIV. *AIDS Care*. 2015;27(7):907–15.
 33. Grun C, Hauser W, Rhein T. Is any job better than no job? Life satisfaction and re-employment. *J Labor Res*. 2010;31(3):285–306.
 34. Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Commun Health*. 2003;57(2):147–53.
 35. Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991;337(8754):1387–93.
 36. Bratberg E, Monstad K. Worried sick? Worker responses to a financial shock. *Labour Econ*. 2015;33:111–20.

37. Lechmann DSJ, Schnabel C. Absence from work of the self-employed: a comparison with paid employees. *Kyklos*. 2014;67(3):368–90.
38. Ziebarth NR, Karlsson M. The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system. *J Appl Economet*. 2014;29(2):208–30.
39. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Commun Health*. 2000;54(7):502–9.
40. Lallukka T, Mauramo E, Lahelma E, Rahkonen O. Economic difficulties and subsequent disability retirement. *Scand J Public Health*. 2015;43(2):169–75.
41. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661–9.
42. Agell J, Lommerud KE. Minimum wages and the incentives for skill formation. *J Public Econ*. 1997;64(1):25–40.
43. Gunasekara FI, Carter K, Blakely T. Change in income and change in self-rated health: systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Soc Sci Med*. 2011;72(2):193–201.
44. Gunasekara FI, Carter KN, Liu I, Richardson K, Blakely T. The relationship between income and health using longitudinal data from New Zealand. *J Epidemiol Commun Health*. 2012;66(6):e12.
45. Mitchell RJ, Bates P. Measuring health-related productivity loss. *Popul Health Manag*. 2011;14(2):93–8.
46. Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the “top 10” physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med*. 2003;45(1):5–14.
47. Platt J, Prins S, Bates L, Keyes K. Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders. *Soc Sci Med*. 2016;149:1–8.
48. Ferrie JE, Shipley MJ, Newman K, Stansfeld SA, Marmot M. Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship. *Soc Sci Med*. 2005;60(7):1593–602.
49. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Commun Health*. 2002;56(6):450–4.
50. Kalleberg AL. Precarious work, insecure workers: employment relations in transition. *Am Sociol Rev*. 2009;74(1):1–22.
51. Halvorsen K. Impact of re-employment on psychological distress among long-term unemployed. *Acta Sociol*. 1998;41(3):227–42.
52. Lay AM, Saunders R, Lifshen M, Breslin C, LaMontagne A, Tompa E et al. Individual, occupational, and workplace correlates of occupational health and safety vulnerability in a sample of Canadian workers. *Am J Ind Med*. 2016;59(2):119–28.
53. Deaton A. *The great escape: health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 2013.
54. Strauss J, Thomas D. Health, nutrition, and economic development. *J Econ Lit*. 1998;36(2):766–817.
55. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Dev*. 2004;32(1):1–13.
56. Bhargava A, Jamison DT, Lau LJ, Murray CJ. Modeling the effects of health on economic growth. *J Health Econ*. 2001;20(3):423–40.
57. Benzoni L, Chyruk O. The value and risk of human capital. *Annu Rev Financ Econ*. 2015;7:179–200.
58. Warr P, Jackson P. Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychol Med*. 1985;15(4):795–807.
59. Burkhauser RV, Butler JS, Kim YW. The importance of employer accommodation on the job duration of workers with disabilities: a hazard model approach. *Labour Econ*. 1995;2(2):109–30.
60. Nwaru CA, Nygard CH, Virtanen L. Muscular fitness and re-employment among unemployed job seekers in Finland: a three-year follow-up study. *Work*. 2014;49(4):559–65.
61. Hope S, Pearce A, Whitehead M, Law C. Family employment and child socioemotional behaviour: longitudinal findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Commun Health*. 2014;68(10):950–7.
62. Heckman JJ, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children. *Rev Agr Econ*. 2007;29(3):446–93.
63. Heckman JJ. Policies to foster human capital. *Research in Economics*. 2000;54:3–56.
64. Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J et al. The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2003;24(3 Suppl):32–46.
65. Haas SA. Health selection and the process of social stratification: The effect of childhood health on socioeconomic attainment. *J Health Soc Behav*. 2006;47(4):339–54.
66. Cornaglia F, Crivellaro E, McNally S. Mental health and education decisions. *Labour Econ*. 2015;33:1–12.
67. Nexø MA, Borg V, Sejbaek CS, Carneiro IG, Hjarsbech PU, Rugulies R. Depressive symptoms and early retirement intentions among Danish eldercare workers: cross-sectional and longitudinal analyses. *BMC Public Health*. 2015;15:677.

68. Vinnerljung B, Brannstrom L, Hjern A. Disability pension among adult former child welfare clients: a Swedish national cohort study. *Child Youth Serv Rev*. 2015;56:169–76.
69. Dawson C, Veliziotis M, Pacheco G, Webber DJ. Is temporary employment a cause or consequence of poor mental health? A panel data analysis. *Soc Sci Med*. 2015;134:50–8.
70. Huber M, Lechner M, Wunsch C. Workplace health promotion and labour market performance of employees. *J Health Econ*. 2015;43:170–89.
71. Rodrik D. *The globalization paradox: why global markets, states, and democracy can't coexist*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
72. European Commission. *Inclusive labour markets*. In: *Employment, social affairs and inclusion* [website]. 2016 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1134&langId=en>, accessed 27 May 2016).
73. Eurostat: statistics explained [web page]. *Disability statistics – labour market access*. 2014 (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_labour_market_access, accessed 27 May 2016).
74. Maroto M, Pettinicchio D. The limitations of disability antidiscrimination legislation: policymaking and the economic well-being of people with disabilities. *Law Policy*. 2014;36(4):370–407.
75. Polidano C, Vu H. Differential labour market impacts from disability onset. *Health Econ*. 2015;24(3):302–17.
76. Lundborg P, Nilsson M, Vikstrom J. Heterogeneity in the impact of health shocks on labour outcomes: evidence from Swedish workers. *Oxford Econ Pap*. 2015;67(3):715–39.
77. Preston G. *A route out of poverty?: disabled people, work and welfare reform*. London: Child Poverty Action Group; 2006.
78. Weathers RR, Jr, Bailey MS. The impact of rehabilitation and counseling services on the labor market activity of Social Security Disability Insurance (SSDI) beneficiaries. *J Policy Anal Manage*. 2014;33(3):623–48.
79. Reeves A, Karanikolos M, Mackenbach J, McKee M, Stuckler D. Do employment protection policies reduce the relative disadvantage in the labour market experienced by unhealthy people? A natural experiment created by the Great Recession in Europe. *Soc Sci Med*. 2014;121:98–108.
80. McAllister A, Nylen L, Backhans M, Boye K, Thielen K, Whitehead M et al. Do “flexicurity” policies work for people with low education and health problems? A comparison of labour market policies and employment rates in Denmark, The Netherlands, Sweden, and the United Kingdom 1990–2010. *Int J Health Serv*. 2015;45(4):679–705.
81. Lindley J, McIntosh S, Roberts J, Murray CC, Edlin R. Policy evaluation via a statistical control: a non-parametric evaluation of the ‘Want2Work’ active labour market policy. *Econ Model*. 2015;51:635–45.
82. Clayton S, Barr B, Nylen L, Burstrom B, Thielen K, Diderichsen F et al. Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers. *Eur J Public Health* 2012;22(3):434–9.
83. Warren J, Bambra C, Kasim A, Garthwaite K, Mason J, Booth M. Prospective pilot evaluation of the effectiveness and cost-utility of a “health first” case management service for long-term Incapacity Benefit recipients. *J Public Health (Oxf)*. 2014;36(1):117–25.
84. Thomsen SL. Explaining the employability gap of short-term and long-term unemployed persons. *Kyklos*. 2009;62(3):448–78.
85. Wadsworth MEJ, Montgomery SM, Bartley MJ. The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Soc Sci Med*. 1999;48(10):1491–9.
86. Shaw R, Sacker A, Bartley M. Resilience to unemployment’s effects on health. *J Epidemiol Commun Health*. 2008;62:A33.
87. Vuori J, Silvonon J, Vinokur AD, Price RH. The Tyohon Job Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *J Occup Health Psychol*. 2002;7(1):5–19.
88. Vinokur AD, Price RH, Schul Y. Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. *Am J Commun Psychol*. 1995;23(1):39–74.
89. Vinokur AD, Schul Y, Vuori J, Price RH. Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(1):32–47.
90. Suhrcke M, McKee M, Stuckler D, Arce RS, Tsoolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*. 2006;120(11):994–1001.
91. Reeves A, McKee M, Mackenbach J, Whitehead M, Stuckler D. Introduction of a national minimum wage reduced depressive symptoms in low-wage workers: a quasi-natural experiment in the UK. *Health Econ*. 2016 April 4 [epub ahead of print]. doi: 10.1002/hec.3336.
92. Avendano M, Berkman LF, Brugiavini A, Pasini G. The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: evidence from European countries. *Soc Sci Med*. 2015;132:45–53.
93. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*. 2014;115(1):1–8.

-
94. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet*. 2014;383(9918):748–53.
95. Cylus J, Glymour MM, Avendano M. Do generous unemployment benefit programs reduce suicide rates? A state fixed-effect analysis covering 1968–2008. *Am J Epidemiol*. 2014;180(1):45–52.
96. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Brit J Psychiatry*. 2014;204(6):1–2.
97. Reeves A, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S, Barr B et al. Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):404–9.
98. Ferrarini T, Nelson K, Sjoberg O. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *J Epidemiol Commun Health*. 2014;68(7):657–62.
99. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Wickham S et al. Fit-for-work or fit-for-unemployment? Does the reassessment of disability benefit claimants using a tougher work capability assessment help people into work? *J Epidemiol Commun Health*. 2016;70(5):542–8.
100. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Whitehead M. "First, do no harm": are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *J Epidemiol Commun Health*. 2016;70(4):339–45.
101. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med*. 2012;12(4):346–50.

Обзор

ПОЛИТИКА НА РЫНКЕ ТРУДА И ЗДОРОВЬЕ: СТРУКТУРИРОВАННЫЙ ОБЗОР ДВУНАПРАВЛЕННЫХ СВЯЗЕЙ

Aaron Reeves^{1,2}, David Stuckler²

¹ Институт по исследованиям международного неравенства, Лондонская школа экономики и политических наук, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

² Факультет социологии, Оксфордский университет, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Автор, отвечающий за переписку: Aaron Reeves (адрес электронной почты: a.reeves@lse.ac.uk)

АННОТАЦИЯ

От того, где и как люди работают, зависит их здоровье и благополучие. Политика на рынке труда влияет на условия работы и приводит к значительным и зачастую неучтенным последствиям как для здоровья, так и для занятости. Мы провели анализ описательных разделов и тематический обзор 726 статей в поиске не только факторов рынка труда, таких как статус занятости, но и некоторых пробелов в литературе, имеющих отношение к этой политике, в отношении того, каким образом политика на рынке труда может способствовать укреплению здоровья. С целью обеспечения межсекторальных действий мы также рассмотрели литературу, в которой описывается, каким образом сектор здравоохранения может содействовать улучшению результатов на рынке труда. В настоящем обзоре под-

тверждается, что некоторые характеристики рынка труда представляют угрозу здоровью, особенно в случае ограниченного доступа к трудоустройству (включая безработицу, неполную и неофициальную занятость) и неадекватного качества работы (включая вредное производство, низкие зарплаты и неудовлетворенность работой). Мы обнаружили четкое доказательство того, что политика здравоохранения может повлиять на результаты рынка труда, способствуя расширению или сокращению доступа к трудоустройству (особенно для лиц, страдающих хроническими заболеваниями, ограничивающими их трудоспособность) или изменениям в производительности труда. В целом, существует относительно немного фактических и, как правило, неубедительных данных о том,

как конкретные стратегии на рынке труда могут одновременно улучшить результаты работы и состояние здоровья. Существуют факты, указывающие на двунаправленные отношения между занятостью и здоровьем; однако современный уровень знаний не содержит достаточной информации для разработки оптимальных стратегий, направленных на достижение желаемых результатов на рынке труда и в деле укрепления здоровья. В заключительной части данной статьи приводятся некоторые предложения о разработке практического экспериментального исследования политики и создании социальной обсерватории с целью обеспечения взаимодействия данных о политике на рынке труда и стратегиях здравоохранения во всем Европейском регионе ВОЗ.

Ключевые слова: ЗДОРОВЬЕ, ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ КАПИТАЛ, РЫНКИ ТРУДА, НЕПОЛНАЯ ЗАНЯТОСТЬ, БЕЗРАБОТИЦА

ВВЕДЕНИЕ

В 2005–2008 гг. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья четко определила, что состояние здоровья человека определяют «условия, в которых он рождается, растет, живет, работает и стареет» (1). Многие из этих социальных детерми-

нант здоровья имеют отношение к рынку труда: где и как люди работают, и в каких условиях это происходит.

В странах Европейского региона ВОЗ существует постоянная проблема с безработицей среди молодежи, затрагивающей более трети молодых людей

в Испании, Греции и нескольких странах Восточной Европы, и масштабы этой проблемы приобрели характер пандемии. Проблема заключается не только в безработице, но и в неполной занятости – т.е., люди хотели бы работать больше, но не имеют этой возможности. Тем временем продолжаются дебаты, зачастую возглавляемые такими международными учреждениями, как Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Международный валютный фонд (МВФ), о том, как лучше помочь людям снова получить работу и о надлежащей роли государства в защите людей на рынке труда от опасности сокращения и отсутствия гарантий занятости.

Эти проблемы рынка труда имеют критически важное значение для здоровья и преодоления неравенств в отношении здоровья. Вот почему основы политики для Европейского региона ВОЗ Здоровье-2020 направлены на усиление межсекторального сотрудничества между министерствами труда и здравоохранения. Для обеспечения этого, во-первых, необходимо определить области межсекторального сотрудничества, подчеркнув общие выгоды выработки совместной политики в сферах труда и охраны здоровья. В то время как существует значительная база фактических данных о том, каким образом, например, безработица соотносится с плохим здоровьем, гораздо меньше известно о конкретных стратегиях, которые могли бы содействовать улучшению результатов на рынке труда и в сфере здравоохранения.

С целью устранения этого пробела мы провели анализ описательных разделов и тематический обзор фактических данных о том, каким образом политика на рынке труда может способствовать укреплению здоровья. Это включает данные систематических обзоров о взаимосвязи между статусом занятости и здоровьем. Данный обзор позволил также выявить пробелы в наших знаниях о том, каким образом конкретные стратегии рынка труда могут сформировать или изменить взаимосвязь, например, между занятостью и здоровьем. В процессе этого обзора были обнаружены данные о ключевых механизмах возможного воздействия политики рынка труда на состояние здоровья населения. Тем не менее, мы нашли крайне мало данных о том, влияют ли конкретные стратегии на здоровье, и если да, то каким образом. Для обеспечения совместных действий мы также рассмотрели научную литературу в поисках

обратной взаимосвязи, т.е., исследовали, каким образом можно использовать сектор здравоохранения для улучшения результатов на рынке труда.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЫНКОВ ТРУДА И СТРАТЕГИЙ РЫНКА ТРУДА

Прежде чем перейти к результатам обзора, важно дать четкое определение того, что мы имеем в виду под «рынками труда». Рынки труда называются так, поскольку предусматривают коммерческий обмен между работодателями и свободными наемными работниками. Работодатели стремятся нанять лучших работников, зачастую имеющих самую высокую производительность труда и квалификацию, за максимально низкую цену; и наоборот, работники ищут самую лучшую работу, рассматривая такие факторы, как зарплата, транспортное сообщение и чувство удовлетворенности своим трудом.

При отсутствии вмешательств рынки труда могут привести к вредным социальным последствиям, таким как детский труд (2, 3), нищета работающего населения или опасные условия труда (4). Стратегии на рынке труда предусматривают наличие учреждений и нормативно-правовых актов, предназначенных для минимизации этих вредных последствий (5, 6). Они могут кардинально изменить баланс сил между работодателями и работниками. Наиболее распространенные стратегии включают установление размеров заработной платы (напр., минимальной заработной платы), трудовое законодательство (включающее закон об обеспечении занятости) и меры социальной защиты, обеспечивающие замещение доходов и интеграцию безработных или лиц, которым грозит безработица. Иными словами, такие стратегии могут повысить или снизить риск потери работы, травм на производстве, нищеты среди работающих или других производственных опасностей, при одновременном стремлении к повышению качества работы, что потенциально может быть связано с серьезными последствиями для здоровья (5).

Европейские страны приняли разнообразные подходы к урегулированию рынков труда и создали возможности для изучения успехов и неудач. В некоторых странах размер минимальной заработной платы закреплен законодательно, в то время как другие пытаются добиться этой цели путем коллективного договора. В некоторых странах действуют

жесткие меры обеспечения занятости, а в других применяются более гибкие подходы. Несколько стран установили равную оплату труда для мужчин и женщин, а другие позволяют работодателям самостоятельно определять размер заработной платы. Государства-члены также сами решают, какие из этих областей регулировать. Например, в Германии по итогам коллективного договора устанавливается минимальная заработная плата и действуют жесткие гарантии занятости, но не предусмотрена обязательная равная оплата труда для женщин и мужчин.

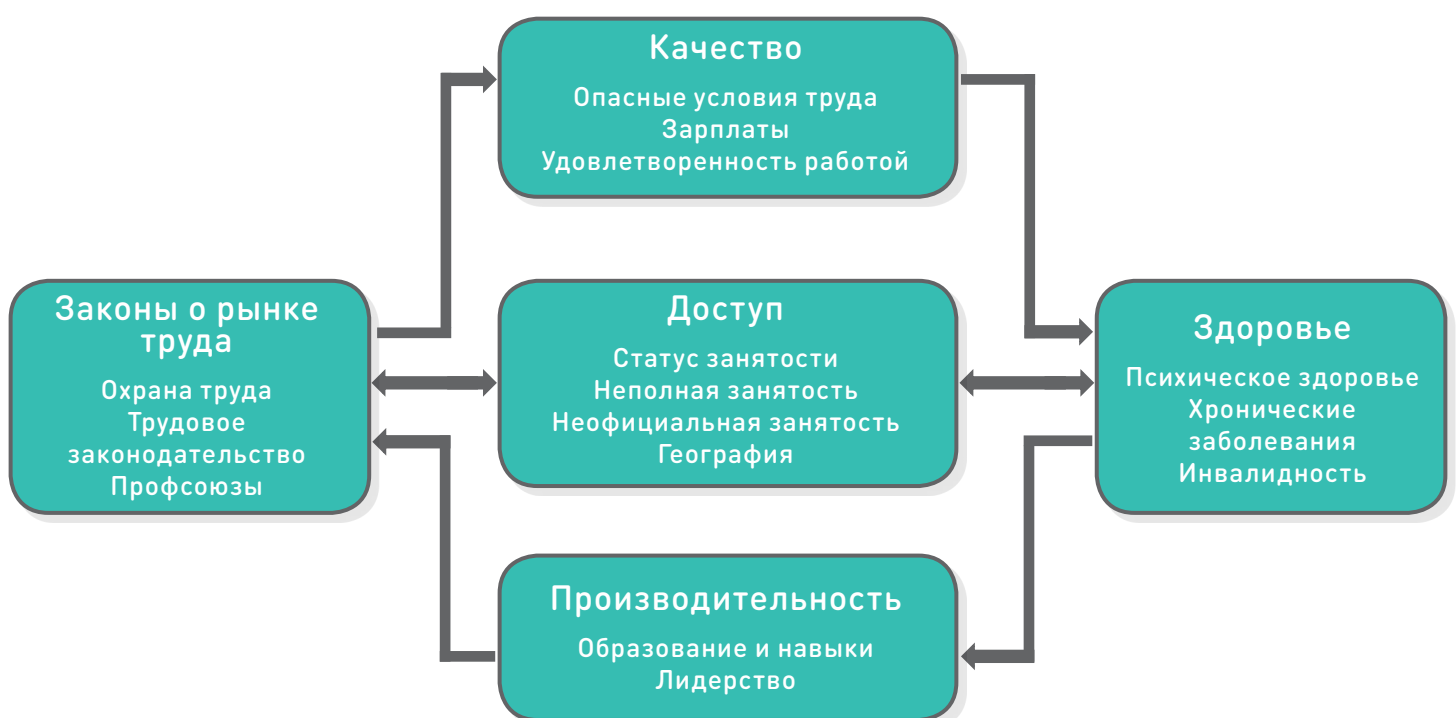
МЕТОДЫ ОБЗОРА

Для изучения взаимосвязи между рынками труда и здоровьем – и, как следствие, чтобы понять, каким образом стратегии на рынке труда могут повлиять на здоровье, – мы провели обзор описательных разделов литературы. Во-первых, мы извлекли из реферативной базы данных Scopus 1949 статей на тему рынков труда и здоровья (введя в строку поиска слова «трудовые рынки» и «здоровье»), ограничив поиск только главами из книг, обзорами и журнальными

статьями, опубликованными на английском языке в областях социологии и медицины. Мы не устанавливали географических ограничений поиска. Задача этого обзора заключается в поиске двунаправленных связей между рынками труда и состоянием здоровья. После извлечения этих документов мы провели обзор их рефератов, чтобы отобрать только те статьи, в которых рассматривался хотя бы один из этих двух вопросов; в результате были выбраны 726 статей, опубликованных с 1963 по 2016 гг. Мы также попытались найти статьи, в которых рассматривались конкретные стратегии на рынке труда, однако в процессе поиска нам удалось найти лишь несколько статей, в которых рассматривались стратегии, а не механизмы, увязывающие эти стратегии с результатами в области охраны здоровья.

На рисунке 1 в обобщенном виде представлены двунаправленные связи между рынками труда и состоянием здоровья (7, 8). От организации рынков труда зависит их воздействие на здоровье, но и состояние здоровья населения также может воздействовать на функционирование рынка труда. Мы изучили каждое направление по очереди, начав с воздействия рынков труда на состояние здоровья населения.

РИСУНОК 1. ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РЫНКАМИ ТРУДА И ЗДОРОВЬЕМ



РЕЗУЛЬТАТЫ

КАК РЫНКИ ТРУДА ВЛИЯЮТ НА ЗДОРОВЬЕ

Стратегия рынка труда может содействовать укреплению здоровья за счет улучшения доступа к работе и повышения качества этой работы (см. рис. 1) (9).

Доступ к работе способствует хорошему здоровью (10–12). Люди, у которых нет работы, но хотят найти ее, значительно чаще болеют, имеют более тяжелые проблемы с психическим здоровьем и чаще преждевременно умирают (в результате самоубийств и по другим причинам) по сравнению с трудоустроенными людьми (13–16); эта взаимосвязь меняется по мере старения людей (17). В странах Европейского региона проживает много людей, неспособных найти работу. Особую обеспокоенность вызывает безработица среди молодежи. Начиная с 2008 г. уровень безработицы среди молодежи (в возрасте 15–24 лет) вырос примерно на 5% и в 2013 г. достиг 21,4%. Безработица, особенно среди молодых людей, может иметь пугающие последствия, поскольку повышает риск безработицы в будущем, низкой заработной платы и плохого психического и физического здоровья (18–20).

Потеря работы также негативно влияет на здоровье (12). Люди, потерявшие работу, чаще страдают от психических заболеваний после этого, и их последствия могут проявляться и в дальнейшей жизни (10). Внезапная и недобровольная потеря работы (среди мужчин) из-за закрытия заводов повышала риск общей смертности (и смертности от конкретных причин, таких как заболевания системы кровообращения и самоубийства), и приводила к госпитализации из-за дорожно-транспортных происшествий, болезней, обусловленных алкоголем, и психических заболеваний (21). Потеря работы во время экономического спада наносит здоровью еще более сильный вред и повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний (22).

Неполная занятость и неофициальная занятость (особенно распространенные в Восточной Европе) также является проявлением неадекватного доступа к работе и может негативно повлиять на здоровье (10, 23). Неполная занятость означает, что люди получают недостаточную оплату за свой труд или ра-

ботают неполный день (24). Это зачастую приводит к нищете среди работающего населения, т.е., работа не приносит достаточного дохода, чтобы обеспечить адекватные жизненные стандарты, что в свою очередь, может повлиять на состояние здоровья (1). Так называемая неофициальная занятость означает, что люди работают сферах, не контролируемых правительством. Неофициальная занятость может быть сопряжена с производственными опасностями и может (хотя и не всегда) быть связана с противозаконной деятельностью. Например, работники секс-бизнеса подвергаются гораздо более высокому риску заражения ВИЧ, другими инфекциями, передающимися половым путем, и насилия по сравнению с лицами, работающими в официальном секторе (25). Недостаточный доступ к работе (включая безработицу, неполную или неофициальную занятость) приносит вред не только самим работникам, но и здоровью членов их семей (26–28).

Ведутся серьезные дискуссии о том, как расширить доступ к работе, и в основном они разворачиваются вокруг одного вопроса: стоит ли проводить так называемую активную или пассивную политику на рынке труда. Пассивная политика на рынке труда обычно направлена на замещение доходов, например за счет страхования от безработицы, в то время как активные программы предусматривают услуги по поиску другой работы и другие мероприятия, такие как переобучение и создание рабочих мест, чтобы расширить доступ к работе. В настоящее время ОЭСР и МВФ отдают предпочтение второму варианту. Однако существует значительное разнообразие методов практической реализации таких программ, и фактические данные об их эффективности довольно разнородны (29). Активные программы на рынке труда могут помочь людям найти работу, но успех этих программ зависит от того, кто осуществляет эти услуги (государственный или частный сектор), от типов предлагаемых услуг (помощь в поиске работы или устройство на работу) и от направленности этих услуг на конкретные целевые группы (29). Участие в этих программах может содействовать улучшению здоровья, но такое улучшение может произойти только среди соискателей работы, имеющих высокий социально-экономический статус, поскольку они с большей вероятностью примут участие в программе, что, таким образом, может привести к усилению неравенства (30, 31).

Если говорить о пользе для здоровья, то качество работы так же важно, как и доступ к работе. Неквалифицированный труд, отсутствие самостоятельности при выполнении работы и низкая оплата труда могут оказать такое же разрушительное воздействие на здоровье, как и безработица (32, 33). Обнаружено, что низкое качество работы, в частности условия работы, при которых люди не применяют свои навыки и не имеют самостоятельности, приводит к продолжительным периодам повышенного стресса. В результате этого низкое качество работы лишь повышает риск ухудшения психического здоровья, повышения кровяного давления и ишемической болезни сердца (34, 35).

Однако существуют данные о том, что некоторые характеристики ситуации, которая ассоциируется с низкой гарантией занятости, могут способствовать повышению производительности труда. Например, в ходе исследования в Норвегии было отмечено, что сокращение гарантий занятости также привело к снижению числа дней пропуска работы по болезни (36). Результаты других аналогичных исследований показывают, что негарантированная занятость способствует сокращению числа дней пропуска работы по болезни без ущерба для здоровья (37, 38). И все же, в этих аналитических исследованиях зачастую игнорируются долгосрочные последствия отсутствия гарантий занятости для здоровья, – которые на самом деле могут привести к росту расходов для работодателей, – и не учитываются факты, указывающие на то, что работники, не имеющие таких гарантий, зачастую могут выходить на работу даже будучи больными (39).

Стратегии рынка труда могут создать условия, приводящие к нищете, например в случае низкой оплаты труда работников. Это может ослабить функционирование рынка труда, поскольку вынуждает людей уходить с рынка труда раньше положенного времени (40, 41). Более высокая заработная плата может содействовать повышению производительности, снижению числа пропуска рабочих дней по болезни и развитию человеческого капитала, особенно среди низкооплачиваемых работников (42–44). В ходе некоторых исследований было обнаружено, что плохие условия труда, высокий уровень стресса и низкий уровень самостоятельности связаны с ухудшением здоровья работников, что приводит к снижению производительности и адаптируемости

среди участников рынка труда. Это, в свою очередь, приводит к сокращению рабочего времени и производительности, увеличению числа рабочих дней, пропущенных по болезни, и риску досрочного выхода на пенсию (45, 46). Эти проблемы особенно серьезны среди женщин и представителей этнических меньшинств, которые чаще получают низкую заработную плату, реже имеют гарантии трудоустройства и зачастую работают в плохих условиях (47).

Негарантированная занятость, которую зачастую описывают, как опасную, нестабильную или непредсказуемую работу, также повышает риск ухудшения психического здоровья и низкой субъективной оценке состояния собственного здоровья, и связана с повышенной опасностью преждевременной смертности (48–50). Повторное устройство на работу, например, не приводит к улучшению здоровья, если эта работа нестабильна (51). Следует отметить, что существует социальная градация качества работы: на работе с плохими условиями чаще всего заняты люди, работающие по временным или срочным трудовым договорам. Таким образом, решение проблемы неравенства в качестве работы может содействовать сокращению неоправданного неравенства в отношении здоровья, – а это одна из ключевых целей политики Здоровье-2020 (1, 52).

КАКИМ ОБРАЗОМ УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЛУЧШАЕТ РЕЗУЛЬТАТЫ НА РЫНКЕ ТРУДА

Здоровье не только подвергается воздействию рынков труда, но и может повлиять на производительность труда и способствовать изменению доступа к работе (см. рис. 1).

Здоровая рабочая сила является национальным достоянием и мощным двигателем экономического роста, который, в свою очередь, приводит к существенному укреплению здоровья (53). Здоровье представляет собой одну из форм человеческого капитала и связано с производительностью труда и созданием экономической стоимости, которая способствует росту и экономическому развитию (54–57). Хорошее здоровье дает людям возможность получать и сохранять работу (58–60), а это содействует социальной интеграции, участию в общественной жизни, развитию новых навыков и снижению уровня бедности за счет обеспечения финансовой безопасности отдельных лиц и их семей.

Здоровье может стимулировать активность на рынке труда, особенно среди молодежи, обеспечивая людям возможность получения образования и работы, повышения и поддержания квалификации, а также содействуя всестороннему росту (61).

Инвестиции в здоровье жизненно важны для формирования квалифицированной и продуктивной рабочей силы. Начиная с детского возраста, плохое здоровье может привести к снижению образовательного уровня и повышает риск преждевременного ухода из школы (62–66). Это прослеживается и во взрослой жизни, приводя к снижению производительности и уменьшению перспектив трудоустройства, одновременно повышая риск ухода с рынка труда (67, 68). Для повышения уровня образования и расширения возможностей трудоустройства молодых людей в первую очередь требуется, чтобы они были здоровы. Однако одних только инвестиций в здоровье в детском возрасте недостаточно. Инвестиции в здоровье взрослых трудоспособного возраста – как занятых, так и безработных – также может расширить существующее предложение на рынке труда, содействуя закреплению на рынке труда, особенно среди работников старшего возраста. (69, 70). Планы по укреплению здоровья людей трудоспособного возраста позволят им сохранять и повышать квалификацию, таким образом повышая производительность труда и усиливая способность к адаптации к меняющимся условиям рынка. Такая гибкость очень важна в условиях социальной разобщенности, которая зачастую становится следствием периодов роста торговой и экономической интеграции (71).

Европейская комиссия определяет рынки труда, как «доступные», когда все люди трудоспособного возраста имеют возможность участвовать в оплачиваемом труде (72). Очень немногие рынки труда соответствуют (или совсем не соответствуют) этому критерию. Например, люди с инвалидностью зачастую не имеют возможности устроиться на оплачиваемую работу. В 2011 г. во всех странах Европейского союза (ЕС) менее 50% людей с физическими недостатками были трудоустроены, что на 20% ниже по сравнению с людьми, не имевшими таких проблем со здоровьем (73). Это представляет собой серьезную потерю в сфере трудовых ресурсов и производительности труда. Наличие физических недостатков снижает шансы на получение оплачи-

ваемой работы. Для решения этой проблемы многие государства-члены поощряют компании к внесению необходимых изменений в свои правила, чтобы расширить возможности инвалидов для участия на рынке труда. Там, где эти стратегии были реализованы, уже появились данные о том, что это расширило доступность оплачиваемой работы для лиц с физическими ограничениями (74). Такие физические ограничения снижают активность на рынке труда больше всего среди социально незащищенных лиц, поэтому такие изменения могут содействовать расширению доступа к оплачиваемой работе для этих в высшей степени изолированных групп (75, 76).

Физические барьеры на пути к трудоустройству являются не единственными препятствиями для получения оплачиваемой работы. Существуют и другие сложности (77). Людям с инвалидностью зачастую не хватает образования, что сокращает их доступ к оплачиваемой работе. Наличие планов реабилитации и обучения инвалидов повышает готовность к работе и уровень занятости среди лиц с хроническими заболеваниями, ограничивающими профессиональные возможности (78). Еще одним препятствием является повышенный риск потери работы для людей с хроническими заболеваниями. Изменений здесь можно добиться за счет принятия соответствующих стратегий. Положения о защите занятости, которые повышают стоимость сокращения штатов, снижают риск потери работы для инвалидов и могут повысить уровни занятости (79, 80).

Ограничивающие, хронические заболевания могут усложнить возможность оплачиваемой работы даже в случае принятия разумных изменений и действия законов о труде, поощряющих трудоустройство инвалидов. В таких случаях инвестиции в укрепление здоровья (так называемый подход «здоровье в первую очередь») могут помочь людям подготовиться к вступлению или повторному вступлению в ряды рабочей силы (31, 81–83). Хотя устранение других барьеров имеет большое значение, состояние здоровья является главным фактором, объясняющим большинство случаев различия в возможностях трудоустройства между длительно и временно безработными лицами (84). Таким образом, нормативно-правовые акты, программы реабилитации и профессионального обучения не достигнут многого, если состояние здоровья не будет улучшаться.

РЫНКИ ТРУДА И ЗДОРОВЬЕ: БЛАГОТВОРНЫЙ ЦИКЛ

Меры по укреплению здоровья создают благотворный цикл в деле достижения целей рынков труда. Когда человек теряет работу, он подвергается повышенному риску ухудшения психического здоровья, например развития депрессии, что, в свою очередь, создает препятствия для возвращения на рынок труда (85, 86). Программы по оказанию поддержки в поисках работы и планы профессиональной подготовки для лиц, потерявших работу, повышают вероятность возвращения на рынок труда и даже повышения заработной платы после этого (29). На самом деле, одной из причин успеха таких программ является то, что они помогают сохранить психическое здоровье в периоды безработицы (87–89).

Двунаправленные связи между стратегиями на рынке труда и здоровьем создают несколько взаимовыгодных возможностей. Министерства здравоохранения и труда могут проводить совместную работу, обеспечивая здоровье и производительность рабочей силы, таким образом, разрывая порочный круг плохого здоровья и нищеты, приводящий к неравенству в отношении здоровья и снижению активности на рынке труда.

КАКИМ ОБРАЗОМ СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОЖЕТ ВОЗГЛАВИТЬ ЭТО ДВИЖЕНИЕ

Сектор здравоохранения может играть ведущую роль, показывая пример другим секторам, но эту возможность часто упускают. Данный сектор является одним из крупнейших работодателей в Европе и имеет возможности для реализации стратегий и законов, направленных на улучшение здоровья своих работников (90). Такие стратегии могут включать изменение продолжительности отпуска по беременности и родам, введение равной оплаты труда, снижение уровня бедности среди работающих за счет введения прожиточного минимума, усиление защиты занятости в некоторых странах и выплату щедрой компенсации при сокращении штатов (91, 92). Максимально используя эти взаимодополняющие компоненты, сектор здравоохранения имеет лучшие возможности для решения некоторых наиболее острых проблем, с которыми сталкиваются европейские страны, включая социальную изоляцию, устойчивое развитие и неравенство в доходах и состоянии здоровья.

И наоборот, сектор здравоохранения может также предпринять шаги, которые ухудшат качество работы и доступ к работе. Иногда на это влияют внешние силы. По всей Европе многие правительства резко сократили бюджеты здравоохранения, что привело к снижению оплаты труда медицинских работников, сокращениям штатов и усилению рабочих требований и давления на сократившийся персонал (93, 94).

НА ПУТИ К МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЙ РЫНКА ТРУДА И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основы политики Здоровье-2020 содержат политический мандат. Документ был принят всеми 53 государствами-членами Европейского региона в 2012 г. и может быть адаптирован к разным условиям и реалиям стран Европейского региона. В этом документе описано, как можно повышать, поддерживать и оценивать уровень здоровья и благополучия с помощью таких мер, благодаря которым создаются условия для социальной сплоченности, безопасности, разумного сочетания работы и жизни, хорошего здоровья и хорошего образования. Документ обращен ко многим различным заинтересованным субъектам, действующим как в системе государственного управления, так и вне ее, побуждая их к преодолению комплексных проблем охраны здоровья в XXI веке и направляя эту деятельность. В нем вновь подтверждаются ценности и определяются стратегические направления и необходимые действия, основанные на фактических данных. Основы политики, опирающиеся на опыт предыдущей стратегии «Здоровье для всех», служат руководством к действию для государств-членов и Европейского регионального бюро ВОЗ.

В документе рассматриваются крупнейшие проблемы Европы в социальном секторе и сфере здравоохранения, включая неравенства, угрозы неинфекционных и инфекционных заболеваний. Основы политики Здоровье-2020 предлагают платформу для совместных действий в секторах здравоохранения и труда по многим взаимодополняющим направлениям, включая преодоление нищеты среди работающего населения, развитие в раннем возрасте и защиту на рынке труда там, где задачи пересекаются и где можно определить области взаимовыгодной деятельности. Однако для формирования межсекторального обсуждения этих вопросов между секто-

рами здравоохранения и труда также потребуется углубление доказательной базы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Имеется огромное количество данных о взаимосвязи между рынком труда и здоровьем, однако результаты нашего обзора указывают на отсутствие политически актуальных мер по оценке того, каким образом стратегии рынка труда могут повлиять на здоровье. Например, несмотря на то, что отсутствие гарантий занятости, качество работы и более широкие условия труда являются важными детерминантами здоровья, существует совсем немного фактов, документально подтверждающих, каким образом стратегии или нормативно-правовые акты, регулирующие эти вопросы, влияют на здоровье. Аналогичным образом, работники, страдающие от почти полного отсутствия гарантий занятости, сильного стресса и ограниченной самостоятельности на работе, работающие в опасных или вредных для здоровья условиях без надлежащей защиты, чаще испытывают проблемы со здоровьем и умирают раньше. И, наконец, существует множество фактических данных о том, что потеря работы повышает риск ухудшения здоровья, таким образом, способствуя снижению числа лет без инвалидности и повышая риск смертности.

В нашем исследовании определены две потенциальных области для будущих исследований и формирования политики:

1. Дизайн практического экспериментального исследования политики.
2. Создание социальной обсерватории для наблюдения за здоровьем и рынками труда.

ДИЗАЙН ПРАКТИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЛИТИКИ

Большая часть проанализированной литературы основывалась на результатах наблюдательных исследований, в которых рассматривалась двунаправленная деятельность и связь со здоровьем, но которым так и не удалось полностью установить эту связь. Из-за этого можно не заметить потенциальные возможности для выработки совместной межсекторальной политики. Недавние достижения в сфере эпидемиологии и эконометрики были основаны на

естественных вариациях при реализации политики, таких как критерии соответствия, развертывание или географический охват. Использование таких дизайнов исследований позволит провести более эффективные исследования для установления причинно-следственных связей, а также повлияет на планы исследований. Более того, может возникнуть возможность установления партнерских отношений со странами Европейского региона ВОЗ для создания недорогих систем мониторинга и надзора, чтобы понять взаимное воздействие стратегий здравоохранения и рынка труда, актуальных для обоих секторов.

Это поможет специалистам, работающим в здравоохранении, найти ответ в ходе основных дискуссий в отношении стратегии на рынках труда. Например, являются ли активные или пассивные стратегии рынка труда более выгодными для здоровья, и если это так, то при каких обстоятельствах? Каким образом лучше повысить заработную плату: за счет воздействия на компании, например установив минимальную заработную плату, или за счет перераспределения средств от налогообложения, например с помощью налогового кредитования? В настоящее время существуют не очень надежные данные, в которых эти вопросы рассматриваются с точки зрения здравоохранения. Существуют данные о том, что пассивные стратегии рынка труда направлены на защиту здоровья в случае потери работы и могут содействовать снижению числа самоубийств, но этим же характеризуются и активные стратегии рынка труда (95–98). Практические экспериментальные исследования политики, упоминавшиеся выше, могут стать хорошей отправной точкой для сбора доказательной базы с целью организации ответных действий.

В результате этого сейчас реализуются несколько стратегий рынка труда, которые могут оказывать незамеченное воздействие на здоровье. Например, в 2010 г. правительство Соединенного Королевства инициировало программу для переоценки готовности к работе людей, получающих пособие по инвалидности. Процедура переоценки была призвана снизить расходы и побудить людей обратиться или вернуться на рынок труда. И хотя эти стратегии, вероятно, способствовали сокращению числа людей, получавших пособие по инвалидности, они не привели к росту уровня занятости и ассоциировались с повышением уровня депрессии и даже числа само-

убийств (99, 100). Поэтому при оценке воздействия подобных стратегий важно оценивать их эффект для здоровья и результатов на рынке труда, чтобы в полной мере установить соотношение выгоды и затрат для общества и принимать решения на основе полученной информации.

СОЗДАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОБСЕРВАТОРИИ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЬЕМ И РЫНКАМИ ТРУДА

Во многих случаях данные, необходимые для оценки этих стратегий, не всегда имеются в наличии (101). В странах Европы не так много источников данных, которые бы объединяли информацию о здоровье и рынках труда с целью реагирования на вопросы и результаты, касающиеся обоих секторов. Это усложняет, если вообще не делает невозможным, разработку межсекторальной повестки дня. Хотя статистика ЕС об условиях жизни включает такие данные, анкеты на темы здоровья, как правило, содержат только субъективные ответы о состоянии здоровья и хронических заболеваниях самих респондентов, а не проверенные данные по показателям здоровья. Кроме того, некоторые европейские страны не охвачены этой статистикой. Европейский регион ВОЗ в партнерстве с государствами-членами и потенциальными сотрудничающими центрами может возглавить создание таких усовершенствованных систем надзора. Создание социальных обсерваторий также позволит на ранних стадиях выявлять риски для здоровья, обусловленные политикой рынков труда, такие как ухудшение психического здоровья, депрессия и самоубийства, связанные с экономическим спадом и потерей работы.

ВЫВОД

Совершенно очевидно, что здоровье и благополучие людей зависят от того, где и как люди работают (41). Политика на рынке труда может способствовать улучшению здоровья путем снижения рисков, связанных с опасными условиями труда, и решения проблем, вызванных безработицей или неполной занятостью. Укрепление здоровья работающего населения также позволит повысить производительность и активность на рынке труда. И все же, в доказательной базе до сих пор существуют значительные пробелы. Усиление исследовательской повестки дня в этой области будет способствовать

межсекторальному диалогу и сотрудничеству, которые помогут правительствам в деле преодоления неоправданных неравенств в отношении здоровья во всем Европейском регионе ВОЗ.

Выражение признательности: мы благодарны редакторам и двум анонимным рецензентам за их полезные комментарии и предложения.

Источник финансирования: Всемирная организация здравоохранения.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012;126 (Suppl 1):S4–S10.
2. Прекращение детского труда. Цель близка. Женева: Международная организация труда; 2006.
3. Basu K. Child labor: cause, consequence, and cure, with remarks on international labor standards. *J Econ Lit*. 1999;37(3):1083–119.
4. Margolis BL, Kroes WH, Quinn RP. Job stress: an unlisted occupational hazard. *J Occup Med*. 1974;16(10):659–61.
5. Blau FD, Kahn LM. Institutions and laws in the labor market. In: Ashenfelter OC, Card D, editors. *Handbook of labor economics*. Amsterdam: Elsevier; 1999:1399–461.
6. MacLeod WB. Great expectations: law, employment contracts, and labor market performance. In: Card D, Ashenfelter O, editors. *Handbook of labor economics*. Amsterdam: Elsevier; 2011.
7. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Commun Health*. 1994;48(4):333–7.
8. Chandola T, Bartley M, Sacker A, Jenkinson C, Marmot M. Health selection in the Whitehall II study, UK. *Soc Sci Med*. 2003;56(10):2059–72.
9. Virtanen P, Vahtera J, Kivimaki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. *J Epidemiol Commun Health*. 2002;56(8):569–74.
10. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:449–65.
11. Jin RL, Shab CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*. 1995;153(5):529–40.

12. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav.* 2009;74(3):264–82.
13. Garcy AM, Vagero D. The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: a six year mortality follow-up of the Swedish 1992–1996 recession. *Soc Sci Med.* 2012;74(12):1911–20.
14. Moser KA, Fox AJ, Jones DR, Goldblatt PO. Unemployment and mortality: further evidence from the OPCS Longitudinal Study 1971–81. *Lancet.* 1986;1(8477):365–7.
15. Iversen L, Andersen O, Andersen PK, Christoffersen K, Keiding N. Unemployment and mortality in Denmark, 1970–80. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987;295(6603):879–84.
16. Reeves A, Stuckler D. Suicidality, economic shocks, and egalitarian gender norms. *Eur Sociol Rev.* 2016;32(1):39–53.
17. Montgomery S, Udumyan R, Magnuson A, Osika W, Sundin P-O, Blane D. Mortality following unemployment during an economic downturn: Swedish register-based cohort study. *BMJ Open.* 2013;3(7).
18. Knabew A, Ratzel S. Scarring or scaring? The psychological impact of past unemployment and future unemployment risk. *Economica.* 2011;78(310):283–93.
19. Arulampalam W. Is unemployment really scarring? Effects of unemployment experiences on wages. *Econ J.* 2001;111(475):F585–F606.
20. Gregory M, Jukes R. Unemployment and subsequent earnings: estimating scarring among British men 1984–94. *Econ J.* 2001;111(475):F607–F25.
21. Browning M, Heinesen E. Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization. *J Health Econ.* 2012;31(4):599–616.
22. Noelke C, Avendano M. Who suffers during recessions? Economic downturns, job loss, and cardiovascular disease in older Americans. *Am J Epidemiol.* 2015;182(10):873–82.
23. Ludermir AB, Lewis G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38(9):485–9.
24. Friedland DS, Price RH. Underemployment: consequences for the health and well-being of workers. *Am J Commun Psychol.* 2003;32(1–2):33–45.
25. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet.* 2015;385(9962):55–71.
26. Hoynes H, Miller D, Simon D. Income, the earned income tax credit, and infant health. *Am Econ J Econ Policy.* 2015;7(1):172–211.
27. Catalano R, Hansen HT, Hartig T. The ecological effect of unemployment on the incidence of very low birthweight in Norway and Sweden. *J Health Soc Behav.* 1999;40(4):422–8.
28. Muntaner C, Chung H, Benach J, Ng E. Hierarchical cluster analysis of labour market regulations and population health: a taxonomy of low- and middle-income countries. *BMC Public Health.* 2012;12:286.
29. Card D, Kluve J, Weber A. Active labour market policy evaluations: a meta-analysis. *Econ J.* 2010;120(548):F452–F477.
30. Huppert FA, Cooper CL, editors. Interventions and policies to enhance wellbeing (sixth volume of a six-volume set). In: Cooper CL, editor. *Wellbeing: a complete reference guide.* Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
31. Saloniemä A, Romppainen K, Strandh M, Virtanen P. Training for the unemployed: differential effects in white- and blue-collar workers with respect to mental well-being. *Work Employ Soc.* 2014;28(4):533–50.
32. Rueda S, Smith P, Bekele T, O'Brien K, Husbands W, Li A et al. Is any job better than no job? Labor market experiences and depressive symptoms in people living with HIV. *AIDS Care.* 2015;27(7):907–15.
33. Grun C, Hauser W, Rhein T. Is any job better than no job? Life satisfaction and re-employment. *J Labor Res.* 2010;31(3):285–306.
34. Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Commun Health.* 2003;57(2):147–53.
35. Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet.* 1991;337(8754):1387–93.
36. Bratberg E, Monstad K. Worried sick? Worker responses to a financial shock. *Labour Econ.* 2015;33:111–20.
37. Lechmann DSJ, Schnabel C. Absence from work of the self-employed: a comparison with paid employees. *Kyklos.* 2014;67(3):368–90.
38. Ziebarth NR, Karlsson M. The effects of expanding the generosity of the statutory sickness insurance system. *J Appl Economet.* 2014;29(2):208–30.
39. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Commun Health.* 2000;54(7):502–9.
40. Lallukka T, Mauramo E, Lahelma E, Rahkonen O. Economic difficulties and subsequent disability retirement. *Scand J Public Health.* 2015;43(2):169–75.
41. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008;372(9650):1661–9.

42. Agell J, Lommerud KE. Minimum wages and the incentives for skill formation. *J Public Econ*. 1997;64(1):25–40.
43. Gunasekara FI, Carter K, Blakely T. Change in income and change in self-rated health: systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Soc Sci Med*. 2011;72(2):193–201.
44. Gunasekara FI, Carter KN, Liu I, Richardson K, Blakely T. The relationship between income and health using longitudinal data from New Zealand. *J Epidemiol Commun Health*. 2012;66(6):e12.
45. Mitchell RJ, Bates P. Measuring health-related productivity loss. *Popul Health Manag*. 2011;14(2):93–8.
46. Goetzl RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the “top 10” physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med*. 2003;45(1):5–14.
47. Platt J, Prins S, Bates L, Keyes K. Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders. *Soc Sci Med*. 2016;149:1–8.
48. Ferrie JE, Shipley MJ, Newman K, Stansfeld SA, Marmot M. Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship. *Soc Sci Med*. 2005;60(7):1593–602.
49. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Commun Health*. 2002;56(6):450–4.
50. Kalleberg AL. Precarious work, insecure workers: employment relations in transition. *Am Sociol Rev*. 2009;74(1):1–22.
51. Halvorsen K. Impact of re-employment on psychological distress among long-term unemployed. *Acta Sociol*. 1998;41(3):227–42.
52. Lay AM, Saunders R, Lifshen M, Breslin C, LaMontagne A, Tompa E et al. Individual, occupational, and workplace correlates of occupational health and safety vulnerability in a sample of Canadian workers. *Am J Ind Med*. 2016;59(2):119–28.
53. Deaton A. *The great escape: health, wealth, and the origins of inequality*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 2013.
54. Strauss J, Thomas D. Health, nutrition, and economic development. *J Econ Lit*. 1998;36(2):766–817.
55. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Dev*. 2004;32(1):1–13.
56. Bhargava A, Jamison DT, Lau LJ, Murray CJ. Modeling the effects of health on economic growth. *J Health Econ*. 2001;20(3):423–40.
57. Benzoni L, Chyruk O. The value and risk of human capital. *Annu Rev Financ Econ*. 2015;7:179–200.
58. Warr P, Jackson P. Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychol Med*. 1985;15(4):795–807.
59. Burkhauser RV, Butler JS, Kim YW. The importance of employer accommodation on the job duration of workers with disabilities: a hazard model approach. *Labour Econ*. 1995;2(2):109–30.
60. Nwaru CA, Nygard CH, Virtanen L. Muscular fitness and re-employment among unemployed job seekers in Finland: a three-year follow-up study. *Work*. 2014;49(4):559–65.
61. Hope S, Pearce A, Whitehead M, Law C. Family employment and child socioemotional behaviour: longitudinal findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Commun Health*. 2014;68(10):950–7.
62. Heckman JJ, Masterov DV. The productivity argument for investing in young children. *Rev Agr Econ*. 2007;29(3):446–93.
63. Heckman JJ. Policies to foster human capital. *Research in Economics*. 2000;54:3–56.
64. Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J et al. The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2003;24(3 Suppl):32–46.
65. Haas SA. Health selection and the process of social stratification: The effect of childhood health on socioeconomic attainment. *J Health Soc Behav*. 2006;47(4):339–54.
66. Cornaglia F, Crivellaro E, McNally S. Mental health and education decisions. *Labour Econ*. 2015;33:1–12.
67. Nexø MA, Borg V, Sejbaek CS, Carneiro IG, Hjarsbech PU, Rugulies R. Depressive symptoms and early retirement intentions among Danish eldercare workers: cross-sectional and longitudinal analyses. *BMC Public Health*. 2015;15:677.
68. Vinnerljung B, Brannstrom L, Hjern A. Disability pension among adult former child welfare clients: a Swedish national cohort study. *Child Youth Serv Rev*. 2015;56:169–76.
69. Dawson C, Veliziotis M, Pacheco G, Webber DJ. Is temporary employment a cause or consequence of poor mental health? A panel data analysis. *Soc Sci Med*. 2015;134:50–8.
70. Huber M, Lechner M, Wunsch C. Workplace health promotion and labour market performance of employees. *J Health Econ*. 2015;43:170–89.
71. Rodrik D. *The globalization paradox: why global markets, states, and democracy can't coexist*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
72. European Commission. *Inclusive labour markets*. In: *Employment, social affairs and inclusion*

- [website]. 2016 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1134&langId=en>, accessed 27 May 2016).
73. Eurostat: statistics explained [web page]. Disability statistics – labour market access. 2014 (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_labour_market_access, accessed 27 May 2016).
 74. Maroto M, Pettinicchio D. The limitations of disability antidiscrimination legislation: policymaking and the economic well-being of people with disabilities. *Law Policy*. 2014;36(4):370–407.
 75. Polidano C, Vu H. Differential labour market impacts from disability onset. *Health Econ*. 2015;24(3):302–17.
 76. Lundborg P, Nilsson M, Vikstrom J. Heterogeneity in the impact of health shocks on labour outcomes: evidence from Swedish workers. *Oxford Econ Pap*. 2015;67(3):715–39.
 77. Preston G. *A route out of poverty?: disabled people, work and welfare reform*. London: Child Poverty Action Group; 2006.
 78. Weathers RR, Jr, Bailey MS. The impact of rehabilitation and counseling services on the labor market activity of Social Security Disability Insurance (SSDI) beneficiaries. *J Policy Anal Manage*. 2014;33(3):623–48.
 79. Reeves A, Karanikolos M, Mackenbach J, McKee M, Stuckler D. Do employment protection policies reduce the relative disadvantage in the labour market experienced by unhealthy people? A natural experiment created by the Great Recession in Europe. *Soc Sci Med*. 2014;121:98–108.
 80. McAllister A, Nylen L, Backhans M, Boye K, Thielen K, Whitehead M et al. Do “flexicurity” policies work for people with low education and health problems? A comparison of labour market policies and employment rates in Denmark, The Netherlands, Sweden, and the United Kingdom 1990–2010. *Int J Health Serv*. 2015;45(4):679–705.
 81. Lindley J, Mcintosh S, Roberts J, Murray CC, Edlin R. Policy evaluation via a statistical control: a non-parametric evaluation of the ‘Want2Work’ active labour market policy. *Econ Model*. 2015;51:635–45.
 82. Clayton S, Barr B, Nylen L, Burstrom B, Thielen K, Diderichsen F et al. Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers. *Eur J Public Health* 2012;22(3):434–9.
 83. Warren J, Bambra C, Kasim A, Garthwaite K, Mason J, Booth M. Prospective pilot evaluation of the effectiveness and cost-utility of a “health first” case management service for long-term Incapacity Benefit recipients. *J Public Health (Oxf)*. 2014;36(1):117–25.
 84. Thomsen SL. Explaining the employability gap of short-term and long-term unemployed persons. *Kyklos*. 2009;62(3):448–78.
 85. Wadsworth MEJ, Montgomery SM, Bartley MJ. The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Soc Sci Med*. 1999;48(10):1491–9.
 86. Shaw R, Sacker A, Bartley M. Resilience to unemployment’s effects on health. *J Epidemiol Commun Health*. 2008;62:A33.
 87. Vuori J, Silvonon J, Vinokur AD, Price RH. The Tyohon Job Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *J Occup Health Psychol*. 2002;7(1):5–19.
 88. Vinokur AD, Price RH, Schul Y. Impact of the JOBS intervention on unemployed workers varying in risk for depression. *Am J Commun Psychol*. 1995;23(1):39–74.
 89. Vinokur AD, Schul Y, Vuori J, Price RH. Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(1):32–47.
 90. Suhrcke M, McKee M, Stuckler D, Arce RS, Tsolova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*. 2006;120(11):994–1001.
 91. Reeves A, McKee M, Mackenbach J, Whitehead M, Stuckler D. Introduction of a national minimum wage reduced depressive symptoms in low-wage workers: a quasi-natural experiment in the UK. *Health Econ*. 2016 April 4 [epub ahead of print]. doi: 10.1002/hec.3336.
 92. Avendano M, Berkman LF, Brugiavini A, Pasini G. The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: evidence from European countries. *Soc Sci Med*. 2015;132:45–53.
 93. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*. 2014;115(1):1–8.
 94. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece’s health crisis: from austerity to denialism. *Lancet*. 2014;383(9918):748–53.
 95. Cylus J, Glymour MM, Avendano M. Do generous unemployment benefit programs reduce suicide rates? A state fixed-effect analysis covering 1968–2008. *Am J Epidemiol*. 2014;180(1):45–52.
 96. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Brit J Psychiatry*. 2014;204(6):1–2.
 97. Reeves A, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S, Barr B et al. Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):404–9.

-
98. Ferrarini T, Nelson K, Sjoberg O. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries. *J Epidemiol Commun Health*. 2014;68(7):657–62.
99. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Wickham S et al. Fit-for-work or fit-for-unemployment? Does the reassessment of disability benefit claimants using a tougher work capability assessment help people into work? *J Epidemiol Commun Health*. 2016;70(5):542–8.
100. Barr B, Taylor-Robinson D, Stuckler D, Loopstra R, Reeves A, Whitehead M. “First, do no harm”: are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *J Epidemiol Commun Health*. 2016;70(4):339–45.
101. McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med*. 2012;12(4):346–50.

Review

STRUCTURED REVIEW OF THE EVIDENCE ON INTERSECTION OF HOUSING AND HEALTH POLICY IN THE WHO EUROPEAN REGION

Amy Clair, David Stuckler

Department of Sociology, University of Oxford, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Corresponding author: Amy Clair (email: amy.clair@sociology.ox.ac.uk)

ABSTRACT

A central challenge in promoting good health is to ensure access to adequate housing for all. The United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights defines adequate housing as not only simple shelter, but a secure, affordable, accessible and fully equipped home. While there is potential for the housing sector to promote, or to harm, people's health, housing policies are often made with little regard to their potential health impact. To better

promote joined-up intersectoral action across health and housing policy, this paper reports a structured and thematic review of literature relevant to the WHO European Region. Eighty documents met the study inclusion criteria. The paper summarizes the impacts on health of physical housing quality, affordability and stability, and location, as well as the role of health in achieving desirable housing outcomes. Individuals who are especially vulner-

able to housing impacts on health are those who spend greater quantities of time in their household, including self-employed persons who work at home, older persons, carers, children and persons with disabilities. The paper concludes with directions for future research and policy, with a view towards joined-up intersectoral action, such as policies that establish minimum housing standards and ensure housing affordability.

Keywords: HEALTH 2020, HOUSING, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

INTRODUCTION

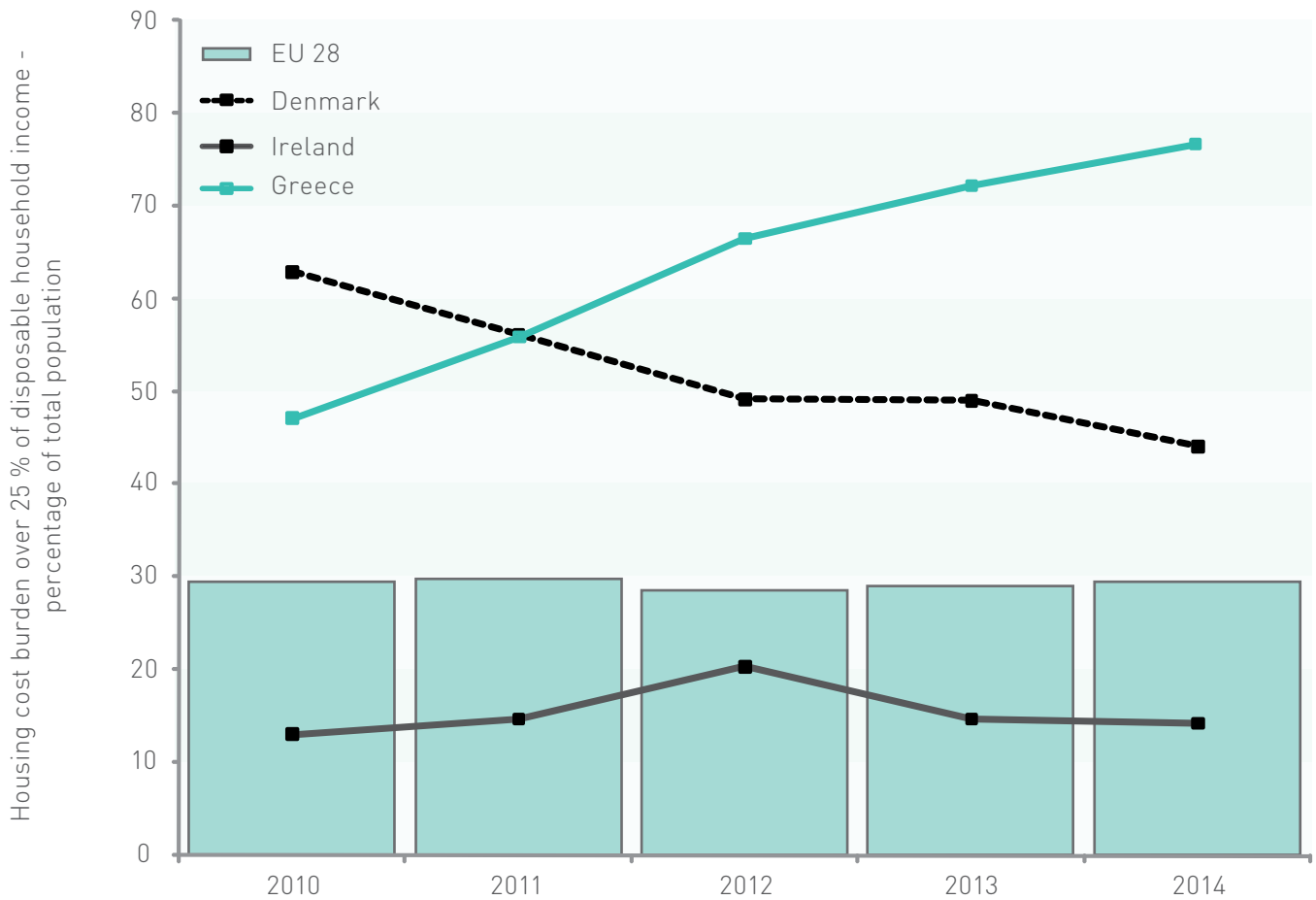
Housing affects every person's health, for better or for worse (1). Whether or not housing is affordable, good quality, and in locations with access to health care and other services, are all critical determinants of health (2–5). The United Nations (UN) Committee on Economic, Social and Cultural Rights defines adequate housing as not only simple shelter, but a secure, affordable, accessible and fully equipped home (3, 6). However, recent estimates show that over one third of people in Europe are facing burdensome housing costs (see Fig. 1) (7). The proportion is even higher in some nations such as Greece, where three quarters of the population reported burdensome housing costs in 2014 (7). Similarly, recent work mapping the scale of housing precariousness in Europe has demonstrated that nearly half of all European households experience at least one component of housing precariousness (affordability, temporariness, accessibility, quality

and facilities) that poses a risk to their health (authors' observations).

At a time when budgets are under pressure, and housing prices are escalating in many European nations (see Fig. 2) (8), it is critical to understand what policies and programmes can help ensure adequate housing as well as promoting good health (9). The Health 2020 strategy of the WHO European Region provides a political mandate for action on the social determinants of health, including housing (10). It calls for improving access to adequate housing as a means of improving health at the individual level as well as achieving success at the country level (9).

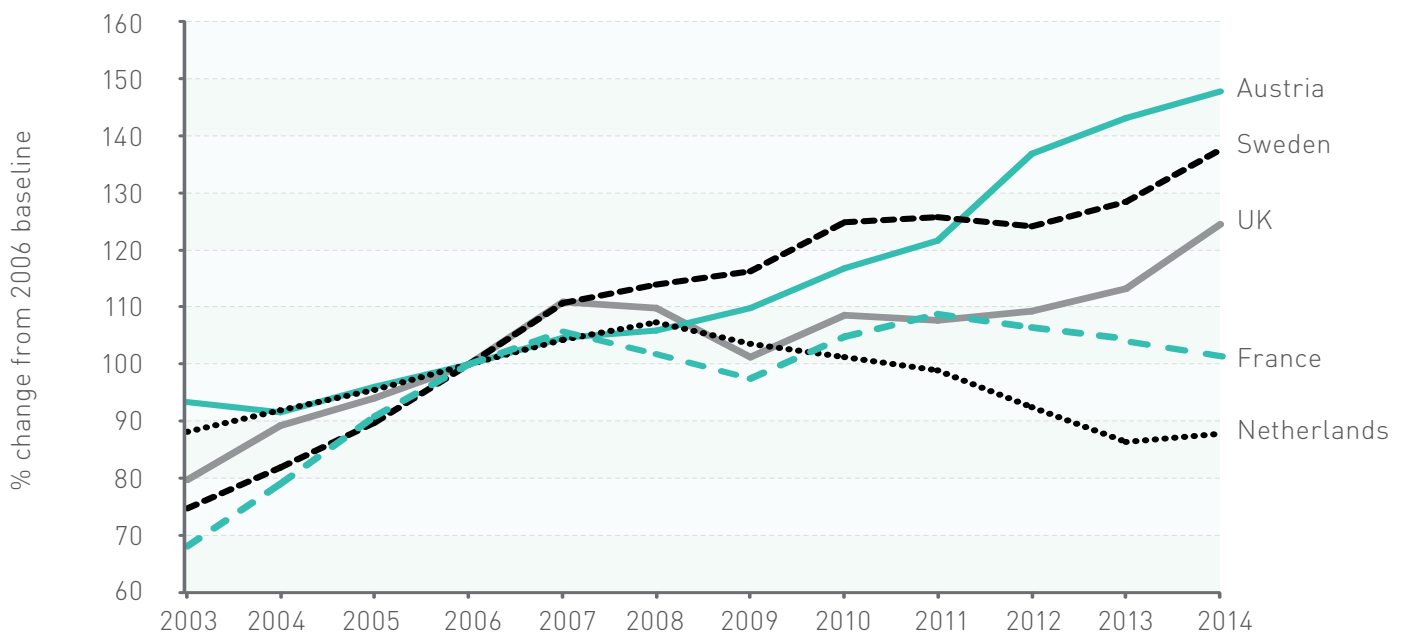
Despite clear recognition that housing is a determinant of health, there is relatively little understanding of what to do about it, for example, knowledge of which housing policies are cost-effective and provide mutual health and shelter benefits.

FIG. 1. THE BURDEN OF HOUSING COST ACROSS EUROPE



Source: data from Eurostat (7).

FIG. 2. HOUSING PRICES IN EUROPE



UK: United Kingdom

Source: data from HYPOSTAT (8).

To develop this understanding, however, it is first important to identify the main mechanisms by which housing impacts health, and to take stock of the knowledge about policies that can address them.

To plug this gap, this study has performed a narrative and thematic review of the literature on the bidirectional relationship between housing and health. It concludes with directions for future research and policy, with a view towards joined-up intersectoral action.

METHODS

Google Scholar and Scopus were searched using terms including “health and housing”, “housing quality and health”, and “housing arrears and health”. A so-called

snowball search was also conducted, based on articles cited in the first set of identified papers that were deemed to be relevant. Articles were limited to those in English and those applicable to the WHO European Region. Papers dealing with specific or complex situations, such as institutionalized populations, were also excluded because these situations require their specific requirements to be dealt with and have been addressed elsewhere. Although the regional focus was Europe, it should be noted that the majority of papers were based on analyses of western European housing.

This approach yielded a final set of 80 documents; an additional set of unpublished authors’ observations was also included in the report. The themes identified in these papers were used to develop the conceptual framework depicted in Fig. 3.

FIG.3. HOW HOUSING IMPACTS PEOPLE’S HEALTH



HOW THE HOUSING SECTOR CONTRIBUTES TO GOOD HEALTH

The literature search identified several themes, or clusters of topics, which were used to structure the findings. Fig. 3 shows the main mechanisms through which housing impacts health. These include: physical qualities, affordability and stability, and location. As with the UN definition of adequate housing (6), this framework incorporates the understanding that housing is important not only for physical shelter but also for psychological security and access to other essential needs, such as employment and health care (11). There are also close similarities to definitions of housing precariousness in the literature (authors' observations) (12, 13). This framework was used to guide the structure of the findings of the literature review: the focus is on those areas that can best be addressed by housing policy, with each theme taken in turn.

Before turning to the review itself, however, one general challenge should be noted. In contrast to the labour market, there are scant comparative data available for the WHO European Region to describe the housing situation of the region's residents. Those living with the most severe housing difficulties, the homeless, are missing from most surveys, while definitions of homelessness vary across nations (14, 15). More generally, however, there is poor surveillance of housing affordability, accessibility, location and other physical attributes that are highly relevant to health. The main European Union (EU) surveys, such as the EU Statistics Income and Living Conditions, exclude homeless people because of the household survey methodology employed, and, apart from isolated waves in 2007 and 2012, these surveys do not capture detailed housing-related data.

THE IMPACT OF PHYSICAL QUALITIES OF HOUSING

Perhaps the most visible, as well as the most thoroughly researched, element of the influence of housing on health is the association between the physical qualities of housing and health. Cold, damp homes with poor ventilation are major risk factors for asthma (3), particularly in children (5). These adverse conditions also correlate with other health problems, including headaches, raised blood pressure, diarrhoea, mental health problems, and aches and pains (3).

Cold, inadequately heated homes are also associated with an increased death rate, particularly among older populations, during the winter compared with the rest of the year (3). These so-called excess winter deaths accounted for over 2 million deaths between 2002–2003 and 2010–2011, with high levels in eastern and southern European countries (16). Country climate does not explain the increased rates: indeed, higher death rates are found in more temperate nations (16, 17), indicating that housing policies and housing quality can and do mitigate this risk. Related to this, some health conditions require the provision of longer periods of heating at higher temperatures, owing to lack of mobility or to the particular symptoms of the condition, making the ability to adequately and affordably heat the home even more important (10, 18).

Excessive heat also poses threats to health, especially in warm climates, but can be ameliorated by adequate cooling facilities (3, 19). For example, the 1995 heat-wave in Chicago caused over 600 heat-related deaths (20) and the 2003 heat-wave in France caused nearly 15 000 excess deaths (21). In both cases, those who were unable to cool themselves adequately, in many cases due to housing issues such as exposure to direct sunlight and lack of cooling facilities, were at greater risk of serious health problems and, in the worst cases, premature death.

Several interventions have been found to improve housing quality and mitigate these harms (19, 22). For example, in Glasgow, low-quality houses had structural improvements to their kitchens and heating. Follow-up evaluation found that these improvements were linked to general improvements in overall physical and mental health, as measured using the Short-Form Health Survey (19, 23).

Building and decorative materials can also pose threats to health. Lead in paint or water pipes, even at low levels of exposure, can create risks of cognitive, cardiovascular, developmental, neurological and behavioural defects (24). Adherence to EU standards on water safety varies considerably across countries (3, 25, 26). Where data are available, the use of lead pipes has been shown to vary from 0% in Denmark to around 50% in Ireland (25). Other toxicity issues, such as the presence of radon (a radioactive gas emanating from the ground and associated with lung cancers), also vary across countries and

neighbourhoods. In France, radon is estimated to be responsible for 1234 deaths every year (24).

Housing also differs according to the presence or lack of safety features. One example is fire safety, including smoke detectors. In Europe, there is evidence that the lack of smoke detectors is a significant cause of deaths and injury, accounting for 0.9 deaths per 100 000 population (24).

The quality of housing matters for everyone but particularly for those who spend greater time at home (22), including self-employed persons, those with ill health or disability, carers, children, and older people (11, 27, 28). For older people and those with mobility needs, the safety and appropriateness of housing is another important feature, with minimizing injuries due to falls being a particular concern (29, 30). One attempt to minimize quality problems has been the Decent Homes Standard in the United Kingdom, which resulted in a significant improvement in the number of so-called decent homes (31–34).

THE IMPACT OF HOUSING AFFORDABILITY AND STABILITY

It is not only the physical aspects of housing that are important for health. A sense of home is central to people's sense of security and stability. Antonovsky argues that a "sense of coherence", that is, that life is as predictable and fair, is essential for good health (35–37). This is a similar concept to ontological security, which relates to a sense of security and continuity derived from stability in life (38, 39). Uncertainty regarding continued residence, whether due to unaffordability or reliance on short-term rental contracts, can have deleterious effects on health (36).

When people worry or feel anxious about their ability to afford their homes, they experience greater stress levels and worse self-reported health status (11, 19, 39). Fear of foreclosure, eviction or even homelessness is a primary concern. Unaffordable housing, that is, housing that requires a large proportion (usually exceeding 30–35%) of net income, is an independent risk factor for poor mental health, even after adjusting for unemployment and other financial difficulties (4). A recent longitudinal study of 27 European countries found that the impact of falling into housing payment arrears was associated with the same degree of negative impact on mental health as job loss (9).

In Sweden, severe insecurity, in the form of eviction, has been found to increase the likelihood of suicide by fourfold (40). In the United Kingdom, research has found that frequent house moves caused by the ending of short-term rental contracts impacts children's health and well-being (41). The ending of such contracts is now one of the main causes of homelessness in the United Kingdom (42).

The scale of the problem is enormous: across the EU 28 countries, over 11% of the population reported burdensome housing costs (7). As shown in Fig. 2, some European countries have experienced significant increases in housing costs during the last decade. In Austria, for example, house prices rose by almost 50% between 2006 and 2014 (8). However, some countries have managed to limit the increases in housing costs, potentially providing insight for other nations.

In the worst case, people who cannot afford homes face foreclosure, eviction or even homelessness. People who experience homelessness, even for a short spell, have elevated risks of respiratory, musculoskeletal and mental health problems, and increased rates of chronic conditions such as HIV and AIDS, and diabetes (2, 3). Health conditions that require monitoring, such as diabetes and anaemia, are often poorly controlled when sufferers are homeless, exacerbating the impact of the disease (2, 43). Homeless shelters, where available, may increase the spread of disease (particularly tuberculosis) because of crowding (3, 44). Homeless persons die as much as 30 years earlier than non-homeless people (2, 3). In Glasgow for example, a 5-year case–control study found that homeless people were twice as likely to die as someone with similar characteristics who was not homeless (45).

Homelessness is also costly to society – individuals often need expensive health care and cycle through costly social institutions, such as prisons. In England, single homeless people were found to be five times more likely to use accident and emergency services and over three times more likely to be admitted to hospital compared with the general population (46). As a result, homeless persons are estimated to cost the health service over £85 million per year, approximately 1.5 times more than non-homeless populations (46).

Inadequate housing can increase pressure on inpatient care and staff. In England, the lack of adequate

accommodation for older patients can cause delays in hospital discharges, leading to bed shortages (47). Similarly, high house prices in certain areas can make it difficult to employ health care workers, creating staffing shortages (48). This has potential knock-on effects for the skills mix, as lower-paid workers move from expensive areas.

THE IMPACT OF HOUSING LOCATION

Housing location shapes people's exposure to important health influences. By location, we broadly refer to the physical location of home as well as the characteristics of the neighbourhood. Neighbourhood characteristics, such as crime levels, transport access, access to essential public services, amount of green space and access to work (26, 38), are major social determinants of health.

A few examples of neighbourhood influences are given. In England and Wales, analysis of longitudinal data has found that crime is negatively related to mental health, with anxiety and depression being more prevalent in areas with higher crime levels (49). Poor, unaffordable or inaccessible public transport links may encourage car use, resulting in lower levels of physical activity and limiting job opportunities and access to services (38). Traffic noise also has health impacts by potentially affecting mental and physical health (24).

Ensuring that children have access to safe places to exercise and play is becoming increasingly important as concerns about childhood obesity grow (50, 51). Lack of services and community involvement may also contribute to isolation and loneliness, which are significant determinants of health themselves, particularly among older populations (52, 53). This combination of risks is often seen in deprived neighbourhoods (11). Similarly, research in Norway has shown that air pollution (and its associated mortality) is higher in more deprived neighbourhoods (54).

HOW HEALTH INFLUENCES HOUSING

The relationship between housing and health is bidirectional. Health plays an important role in selection into (and out of) housing (1, 55, 56). Homelessness is a classic example (22). While many of the health conditions suffered by homeless people are caused by homelessness itself, health issues also contribute towards many people becoming homeless (57, 58).

Ill and disabled people often face disadvantages (and sometimes discrimination) in the housing market. As social housing, allocated by need, has become more residualized¹ in many nations, due in part to EU competition law (59), people with ill health increasingly have to access housing through the private sector (22, 60). In the private sector, people with long-standing illness or disabilities may be considered less desirable tenants and mortgagees owing to concerns about their future income, making them more vulnerable to inappropriate housing and housing problems (22).

Poor health can make it more difficult for people to maintain their homes in good repair. People suffering from depression have been shown to be more likely to live in inadequate and poorly maintained housing compared with those who do not suffer from mental ill health. In turn, this can exacerbate existing health problems, creating a vicious cycle (61).

Ensuring that depression is quickly identified and treated will reduce such problems. Given the shift towards care in the community in some countries, and away from institutionalized care for people with additional needs (including mental health problems), housing has increased importance for the health and potential recovery of these individuals (28, 60).

TOWARDS CROSS-SECTORAL COLLABORATION IN HOUSING AND HEALTH POLICY

Housing policy is a clear health determinant, and good health is critical to achieving housing goals. This review has identified three major pathways for intersectoral action that would deliver mutual benefit to both sectors.

ESTABLISHING MINIMUM HOUSING STANDARDS

A starting point would be to ensure housing standards across all tenures. While this may seem obvious, there are major gaps in minimum housing standards across

¹ "Residualized" is a term frequently used in the social housing literature referring to the shrinkage that has occurred in the sector, resulting in a "safety-net" service for those most in need, rather than a service available to the broader population.

the WHO European Region. In the United Kingdom, recent efforts to enforce such standards in the private rented sector were blocked in the House of Commons. Opposition politicians attempted to include an amendment in the Housing and Planning Bill that would require homes in the private rented sector to be “fit for human habitation”. However, this was blocked by predominantly Conservative politicians on the grounds that it would create unnecessary regulation and increase costs for landlords (62, 63). Attempts to ensure housing standards would be analogous to efforts to create a so-called social protection floor in employment to ensure that no one becomes ill because they lose their job. Similarly, we argue that substandard housing should not be a cause of ill health.

Many actors have a role to play. The health sector and home builders/providers could work together to ensure that homes are built to minimize issues that are detrimental to health, such as poor ventilation and damp. There is also a role for government policy, which could legislate to ensure minimum housing standards, therefore protecting the health of those in older housing as well as those living in new builds.

One template from which to develop a joined-up healthy housing programme is the United Kingdom Decent Homes Standard (see Box 1) (31–33). This helped to decrease the percentage of non-decent homes from 38.9% to 29.2% between 2001 and 2007 (31). The consequences for health, however, have not been adequately evaluated.

CURBING THE RISE IN HOUSE PRICES

The second critical area for joined-up action is in improving housing affordability. As much of Europe faces a housing affordability crisis, it has been argued that European policy-makers have not given the issue enough attention (65).

A recent approach to tackling housing affordability is the policy on rent control introduced in Berlin, Germany, in 2015, which restricted rents on new contracts (66). Rent controls are controversial, yet they do appear to stabilize rising rental prices. Alternatives, such as providing housing benefit support (subsidies to low-income groups), have transferred costs to government while continuing to enable rising house prices (67). Recent attempts in the United Kingdom

BOX 1. DECENT HOMES STANDARD, FITNESS STANDARD (64)

- Free from serious disrepair
- Structurally stable
- Free from dampness prejudicial to the health of occupants
- Adequate provision for lighting, heating and ventilation
- Adequate piped supply of whole-house water
- Effective system for drainage of foul, waste and surface water
- Suitably located toilet for exclusive use of occupants
- Bath or shower and wash hand basin, with hot and cold water
- Satisfactory facilities for preparation and cooking of food, including a sink with hot and cold water

to reduce expenditure on housing benefit by limiting payments have negatively impacted mental health (68). Again, tackling problems in the rental market is only part of the problem. House purchase prices are also of concern. It is likely that policy-makers are going to have to be more creative if they are to solve the problem of affordability. Alternative options should be considered, such as land value taxes and challenging the dominance of home ownership as the tenure of preference in many countries.

CHALLENGING A DOMINANT CULTURE OF HOME OWNERSHIP

A deeper and more controversial challenge is addressing the dominant culture of home ownership in many nations. The consequences of deliberate steps to promote ownership, as done in many Anglo-Saxon countries in the early 1980s, are not well understood. However, it appears that nations with lower rates of ownership, such as the Netherlands, have better stemmed rising house prices and avoided the harmful effects observed when the housing bubbles collapsed in the great recessions of 2008–2010 (8). Reconsidering the preference of one type of tenure over another may help to diminish the intergenerational inequality in housing, in which young people are increasingly finding themselves “trapped” in expensive private rented homes, many of which are owned by older people (see Box 2) (71–74).

BOX 2. HOUSING AND THE LIFE-COURSE

The Sustainable Development Goals and Health 2020 policies aim to ensure good health for all individuals over the life-course (10, 69). As the role of housing varies across the life-course, ensuring healthy housing transitions is central to this goal. Children and young people have little, if any, say in where they live, despite their health being particularly vulnerable to the physical conditions of their home (5). Young adults may face challenges when attempting to move from their childhood home in areas where prices are high or waiting lists long, potentially affecting their employment transitions and mental health (70–74). Older people may struggle to adapt their homes or find suitable accommodation as their health declines, potentially exacerbating existing problems, with impacts on health services and falls being particular concerns (29, 30). As Europe experiences a demographic shift towards an ageing population, such issues are likely to become increasingly pertinent (75).

CONCLUSIONS

There is an urgent need to develop a better understanding of the impact of housing reforms on health and health inequalities, with policy variation within Europe providing an excellent opportunity to use natural experiment methods. As shown in Fig. 2, there is a wide range of European experience in trends controlling or exacerbating the challenges of escalating house prices (8). Why this is happening and what can be learnt are critical subjects for future enquiry. Why some countries are finding it so difficult to introduce minimum housing standards should also be investigated. In the aftermath of the failure in the United Kingdom to introduce the requirement for private rented homes to be “fit for human habitation”, as well as other changes such as tighter rules on eviction, attention was drawn to the number of politicians voting on housing matters who are themselves private landlords (76–80). These vested interests may be influencing the debate on housing against the interests of tenants. The goals of Health 2020 (10) provide the imperative to investigate these issues in order to better understand and improve the influence of housing on health.

Acknowledgements: None

Source of funding: This work was supported by the European Research Council (grant number 313590-HRES; AC and DS) and a Wellcome Trust Investigator Award (DS).

Conflict of interests: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decision or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Smith SJ, Easterlow D, Munro M, Turner KM. Housing as health capital: how health trajectories and housing paths are linked. *J Soc Issues*. 2003;59(3):501–25. doi:10.1111/1540-4560.00075.
2. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ*. 2001;164(2):229–33.
3. Shaw M. Housing and public health. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:397–418.
4. Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychol Med*. 2007;37(7):1027. doi:10.1017/S0033291706009767.
5. Beasley R, Semprini A, Mitchell EA. Risk factors for asthma: is prevention possible? *Lancet*. 2015;386:1075–85. doi:10.1016/S0140-6736(15)00156-7.
6. Office of the High Commissioner for Human Rights. General comment No. 4: The right to adequate housing (Art. 11 (1) of the Covenant), 13 December 1991. New York: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR); 1991 [E/1992/23; <http://www.refworld.org/docid/47a7079a1.html>, accessed 20 May 2016].
7. Eurostat. Housing cost overburden rate by age, sex and poverty status. Brussels: European Commission; 2016 [<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>, accessed 27 May 2016].
8. European Mortgage Federation – European Covered Bond Council. HYPOSTAT 2015. A review of Europe’s mortgage and housing markets. Brussels: European Mortgage Federation; 2015 [http://www.hypo.org/PortalDev/Objects/6/Files/Hypostat_2015.pdf, accessed 21 May 2016].
9. Clair A, Reeves A, Loopstra R, McKee M, Dorling D, Stuckler D. The impact of the housing crisis on self-reported health in Europe: multilevel longitudinal modelling of 27 EU countries. *Eur J Public Health*. 2016; 23 May [online]. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw071>.
10. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office

- for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf, accessed 20 May 2016).
11. Easterlow D, Smith SJ, Mallinson S. Housing for health: the role of owner occupation. *Hous Stud.* 2000;15(3):367–86. doi:10.1080/02673030050009230.
 12. Beer A, Bentley R, Baker E, Mallett S, Kavanagh A, LaMontagne T. Neoliberalism, economic restructuring and policy change: precarious housing and precarious employment in Australia. *Urban Stud.* 2015;[online]:1–17. doi:10.1177/0042098015596922.
 13. Wood GA, Smith SJ, Cigdem M, Ong R. Life on the edge: a perspective on precarious home ownership in Australia and the UK. *Int J Hous Policy.* 2015:1–26 [online]. doi:10.1080/14616718.2015.1115225 (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616718.2015.1115225>, accessed 20 May 2016).
 14. Busch-Geertsma V, Benjaminsen L, Hrast MF, Pleace N. Extent and profile of homelessness in European Member States: a statistical update. Brussels: European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL; 2014 (http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/feantsa-studies_04-web2.pdf, accessed 20 May 2016).
 15. Gosme L. Key steps towards a European Union homelessness policy. *J Eur Soc Policy.* 2014;24(3):289–99. doi:10.1177/0958928714525816.
 16. Fowler T, Southgate RJ, Waite T, Harrell R, Kovats S, Bone A et al. Excess winter deaths in Europe: a multi-country descriptive analysis. *Eur J Public Health.* 2015;25(2):339–45. doi:10.1093/eurpub/cku073.
 17. Healy J. Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *J Epidemiol Community Health.* 2003;57:784–9. doi:10.1136/jech.57.10.784.
 18. McKee CM. Deaths in winter: can Britain learn from Europe? *Eur J Epidemiol.* 1989;5(2):178–82. doi:10.1007/BF00156826.
 19. Thomson H, Thomas M, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD008657. doi:10.1002/14651858.CD008657.pub2.
 20. Dematte J, O'Mara K, Buescher J, Whitney CG, Forsythe S, McNamee T et al. Near-fatal heat stroke during the 1995 heat wave in Chicago. *Ann Intern Med.* 1998;129(3):173–81.
 21. Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A, Mandereau-Bruno L, Croisier A, Cochet C et al. August 2003 heat wave in France: risk factors for death of elderly people living at home. *Eur J Public Health.* 2006;16(6):583–91. doi:10.1093/eurpub/ckl063.
 22. Smith SJ. Health status and the housing system. *Soc Sci Med.* 1990;31(7):753–62.
 23. Egan M, Kearns A, Katikireddi SV, Curl A, Lawson K, Tannahill C. Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities. *Soc Sci Med.* 2016;152:41–9. doi:10.1016/j.socscimed.2016.01.026.
 24. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf, accessed 21 May 2016).
 25. Hayes CR, Skubala ND. Is there still a problem with lead in drinking water in the European Union. *J Water Health.* 2009;7(4):569–80. doi:10.2166/wh.2009.110.
 26. Gibson M, Petticrew M, Bambra C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health Place.* 2011;17:175–84. doi:10.1016/j.healthplace.2010.09.011.
 27. Costa-Font J. Housing assets and the socio-economic determinants of health and disability in old age. *Health Place.* 2008;14(3):478–91. doi:10.1016/j.healthplace.2007.09.005.
 28. Windle GS, Burholt V, Edwards RT. Housing related difficulties, housing tenure and variations in health status: evidence from older people in Wales. *Health Place.* 2006;12:267–78.
 29. McClure RJ, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD004441. doi:10.1002/14651858.CD004441.pub2.
 30. WHO global report on falls prevention in older age: epidemiology of falls. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf, accessed 21 May 2016).
 31. House of Commons Communities and Local Government Committee. Beyond decent homes: Government response to the Committee's fourth report of session 2009–10. Special report of session 2010–11. London: The Stationery Office; 2010 (HC746; <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201011/cmselect/cmcomloc/746/746.pdf>, accessed 21 May 2016).
 32. Department of the Environment, Transport and the Regions. Quality and choice: a decent home for all. The Housing Green Paper. Norwich: Her Majesty's Stationery Office; 2000 (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120919132719/http://www.communities.gov.uk/documents/housing/pdf/138019.pdf>, accessed 21 May 2016).
 33. The Decent Homes Standard. London: Department for Communities and Local Government; 2004

- (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120919132719/http://www.communities.gov.uk/index.asp?id=1153927>, accessed 21 May 2016).
34. House of Commons. ODPM: Housing Local Government and the Regions Committee. Decent homes: Fifth report of session 2003–04. Volume I: Report. London: The Stationery Office Limited; 2004 [HC46-1; <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmodpm/46/46.pdf>, accessed 21 May 2016].
35. Antonovsky A. Health, stress and coping. Michigan: Jossey-Bass; 1979.
36. Hiscock R, Kearns A, Macintyre S, Ellaway A. Ontological security and psycho-social benefits from the home: qualitative evidence on issues of tenure. *Housing, Theory Soc.* 2001;18:50–66.
37. Eriksson M, Lindström B. 'Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:376–81.
38. Jones-Rounds ML, Evans GW, Braubach M. The interactive effects of housing and neighbourhood quality on psychological well-being. *J Epidemiol Community Health.* 2014;68(2):171–5. doi:10.1136/jech-2013-202431.
39. Pollack CE, Griffin BA, Lynch J. Housing affordability and health among homeowners and renters. *Am J Prev Med.* 2010;39(6):515–21.
40. Rojas Y, Stenberg S. Evictions and suicide: a follow-up study of almost 22,000 Swedish households in the wake of the global financial crisis. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(4):409–13. doi:10.1136/jech-2015-206419.
41. Shelter. Growing up renting. London: Shelter; 2013.
42. Statutory homelessness in England: October to December 2015. London: Department for Communities and Local Government; 2016 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/509763/Statutory_Homelessness_Statistical_Release_October_to_December_2015.pdf, accessed 21 May 2016).
43. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2009;38(3):877–83. doi:10.1093/ije/dyp160.
44. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V, Gogolishvili D, Gliberman J, Rueda S et al. Housing status, medical care, and health outcomes among people living with HIV/AIDS: a systematic review. *Am J Public Health.* 2016;106(1):e1–e23. doi:10.2105/AJPH.2015.302905.
45. Morrison D. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2009;38(3):877–83. doi:10.1093/ije/dyp160.
46. Evidence review of the costs of homelessness. London: Department for Communities and Local Government; 2012 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/7596/2200485.pdf, accessed 21 May 2016).
47. Harding E. Viewpoint 55. Under one roof? Housing and public health in England. London: Housing Learning and Improvement Network; 2013 (https://www.adass.org.uk/AdassMedia/stories/Policy%20Networks/Housing/Key%20Documents/HLIN_Viewpoint55_PublicHealth.pdf, accessed 21 May 2016).
48. United Kingdom Parliament. Department for Communities and Local Government. Private rented sector. Daily Hansard debate, 4 March 2014: columns 823–57 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201314/cmhansrd/cm140304/debtext/140304-0003.htm>, accessed 21 May 2016).
49. Dustmann C, Fasani F. The effect of local area crime on mental health. *Econ J.* 22 April 2015 [epub ahead of print]. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/econj.12205>.
50. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf, accessed 21 May 2016).
51. Regional Committee for Europe 64th session, Copenhagen, Denmark, 15–18 September 2014. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 [EUR/RC64/12; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1, accessed 21 May 2016).
52. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2012;74(6):907–14. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.028.
53. Nummela O, Seppänen, Uutela A. The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): a longitudinal study among aging people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53(2):163–7. doi:10.1016/j.archger.2010.10.023.
54. Næss Ø, Piro FN, Nafstad P, Smith GD, Leyland AH. Air pollution, social deprivation, and mortality: a multilevel cohort study. *Epidemiology.* 2007;18(6):686–94.
55. Reinprecht C. Social housing in Austria. In: Scanlon K, Whitehead C, Fernández Arrigoitia M, editors. Social housing in Europe. Chichester: Wiley; 2014: 61–73.
56. Smith SJ. Health status and the housing system. *Soc Sci Med.* 1990;31(7):753–62.
57. Anderson I, Christian J. Causes of homelessness in the UK: a dynamic analysis. *J Community Appl Soc Psychol.* 2003;13:105–18. doi:10.1002/casp.714.
58. Philippot P, Lecocq C, Sempoux F, Nachtergaele H, Galand B. Psychological research on homelessness in Western Europe: a review from 1970 to 2001. *J Soc Issues.* 2007;63(3):483–503. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00520.x.

59. Scanlon K, Whitehead C, Fernández Arrigoitia M. Introduction. In: Scanlon K, Whitehead C, Fernández Arrigoitia M, editors. *Social housing in Europe*. Chichester: Wiley; 2014: 1–20.
60. Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Heal Soc Care Community*. 2008;16(1):1–15. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00723.x.
61. Corman H, Curtis MA, Noonan K, Reichman NE. Maternal depression as a risk factor for children's inadequate housing conditions. *Soc Med*. 2016;149:76–83. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.054.
62. United Kingdom Parliament. Daily Hansard debate, 12 January 2016: column 761 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmhansrd/cm160112/debtext/160112-0003.htm>, accessed 21 May 2016).
63. United Kingdom Parliament. Public Bill Committee. Housing and Planning Bill (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmpublic/housingplanning/151210/pm/151210s01.htm>, accessed 21 May 2016).
64. United Kingdom Government. *Local Government and Housing Act 1989*. London: House of Commons; 1989 (<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/42/content>, accessed 21 May 2016).
65. Habitat for Humanity. *Housing review 2015*. Bratislava: Habitat for Humanity Europe; 2015 (https://www.habitat.org/sites/default/files/housing_review_2015_full_report_final_small_reduced.pdf, accessed 21 May 2016).
66. Russell R. Berlin becomes first German city to make rent cap a reality. *The Guardian*. 1 June 2015 (<http://www.theguardian.com/world/2015/jun/01/rent-cap-legislation-in-force-berlin-germany>, accessed 21 May 2016).
67. United Kingdom Government. Department for Work and Pensions. *Autumn Statement 2015. Expenditure and caseload forecasts* (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/500456/outturn-and-forecast-autumn-statement-2015.xlsx, accessed 21 May 2016).
68. Reeves A, Clair A, McKee M, Stuckler D. Reductions in housing benefit increases depression risk in low-income UK households. *Am J Epidemiol*. (in press).
69. *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York: United Nations; 2015 (A/RES/70/1; <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>, accessed 21 May 2016).
70. Filandri M, Bertolini S. Young people and home ownership in Europe. *Int J Hous Policy*. 2016;16(2):144–64. doi:10.1080/14616718.2015.1130606.
71. *Young people's housing transitions*. York: Joseph Rowntree Foundation; 2008 (<http://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/2328.pdf>, accessed 21 May 2016).
72. Mandic S. Home-leaving and its structural determinants in Western and Eastern Europe: an exploratory study. *Hous Stud*. 2008;23(4):615–37. doi:10.1080/02673030802112754.
73. McKee K. Young people, homeownership and future welfare. *Hous Stud*. 2012;27(6):853–62. doi:10.1080/02673037.2012.714463.
74. Rugg J, Quiltgars D. Young people and housing: a review of the present policy and practice landscape. *Youth & Policy*. 2015;114:5–16.
75. Costa-Font J, Elvira D, Mascarilla-Miró O. "Ageing in place"? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Stud*. 2009;46(2):295–316. doi:10.1177/0042098008099356.
76. Palmer E. Tory MPs who blocked bill banning "revenge evictions" are private landlords. *International Business Times*. 29 November 2014 (<http://www.ibtimes.co.uk/tory-mps-who-blocked-bill-banning-revenge-evictions-are-private-landlords-1477218>, accessed 16 May 2016).
77. Hollander G. Quarter of Tory MPs are landlords, says research. *Inside Housing*. <http://www.insidehousing.co.uk/quarter-of-tory-mps-are-landlords-says-research/6524104.article>, accessed 21 May 2016).
78. Dorling D. Policy, politics, health and housing in the UK. *Policy Polit*. 2015;43(2):163–80. doi:10.1332/030557315X14259845316193.
79. Clarke A, Morris S, Williams P. *How do landlords address poverty? A poverty-focused review of the strategies of local authorities, landlords and letting agents in England*. York: Joseph Rowntree Foundation; 2015 (<http://www.cchpr.landecon.cam.ac.uk/Projects/Start-Year/2013/Poverty-Focused-Review/How-do-landlords-address-poverty>, accessed 21 May 2016).
80. Bengtsson H, Hartley E, Syal R. Number of MPs who earn from renting out property rises by a third. *The Guardian*. 6 May 2015 (<http://www.theguardian.com/politics/2015/may/06/number-of-mps-who-earn-from-renting-out-property-rises-by-a-third>, accessed 21 May 2016).

Обзор

СТРУКТУРИРОВАННЫЙ ОБЗОР ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ О ПЕРЕСЕЧЕНИИ ЖИЛИЩНОЙ ПОЛИТИКИ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

Amy Clair, David Stuckler

Факультет социологии, Оксфордский университет, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Автор, отвечающий за переписку: Amy Clair (адрес электронной почты: amy.clair@sociology.ox.ac.uk)

АННОТАЦИЯ

Одной из основных задач в деле укрепления здоровья является обеспечение доступа к качественному жилью для всех. Комитет Организации Объединенных Наций по экономическим, социальным и культурным правам определяет достаточное жилище не просто как наличие крыши над головой, но как безопасное, доступное по цене, удобно расположенное и полностью оборудованное жилье. И хотя существует потенциальная возможность того, что жилищный сектор может как содействовать укреплению здоровья людей, так и нанесе-

нию ущерба здоровью, жилищные стратегии зачастую разрабатываются практически без учета их потенциального воздействия на здоровье. В интересах усиления совместных межсекторальных действий в рамках жилищной политики и политики здравоохранения, в настоящей статье предлагается структурный и тематический обзор литературы, актуальной для Европейского региона ВОЗ. Восемьдесят документов соответствовали критериям включения в исследование. В статье обобщаются данные о воздействии на здоровье физического качества жилья,

его доступности и стабильности, и местоположения, а также роль здоровья для обеспечения желаемых жилищных условий. Особенно сильно уязвимы к воздействию жилищных условий на здоровье люди, которые проводят большое количество времени дома, включая самозанятых лиц, работающих на дому, пожилых людей, лиц, ухаживающих за больными, детей и инвалидов. В выводах статьи предлагаются направления будущих исследований и стратегий, которые обеспечивают минимальные жилищные стандарты и доступность жилья.

Ключевые слова: ЗДОРОВЬЕ-2020, ЖИЛИЩЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

ВВЕДЕНИЕ

Состояние жилья влияет на здоровье каждого человека – в лучшую, или в худшую сторону (1). Доступность по цене, хорошее качество, удобное расположение с доступом к медицинским и другим услугам – все это является критически важными детерминантами здоровья (2–5). Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам определяет достаточное жилище не просто как наличие крыши над головой, но как безопасное, доступное по цене, удобно расположенное и полностью оборудованное жилье. (3, 6). Однако результаты недавних оценок показывают, что

более трети людей в Европе несут обременительные расходы по оплате жилья (см. рис. 1) (7). Эта пропорция еще выше в некоторых странах, например в Греции, где три четверти населения сообщали об очень высоких расходах на оплату жилья в 2014 г. (7). В подтверждение этого, результаты недавно проведенного картирования масштабов жилищной неустроенности в Европе показали, что почти половина европейских домохозяйств испытывают как минимум одну из перечисленных ниже проблем (доступность по цене, временный характер, удобный доступ, качества и коммунальные удобства), что представляет риск для их здоровья (по мнению авторов).

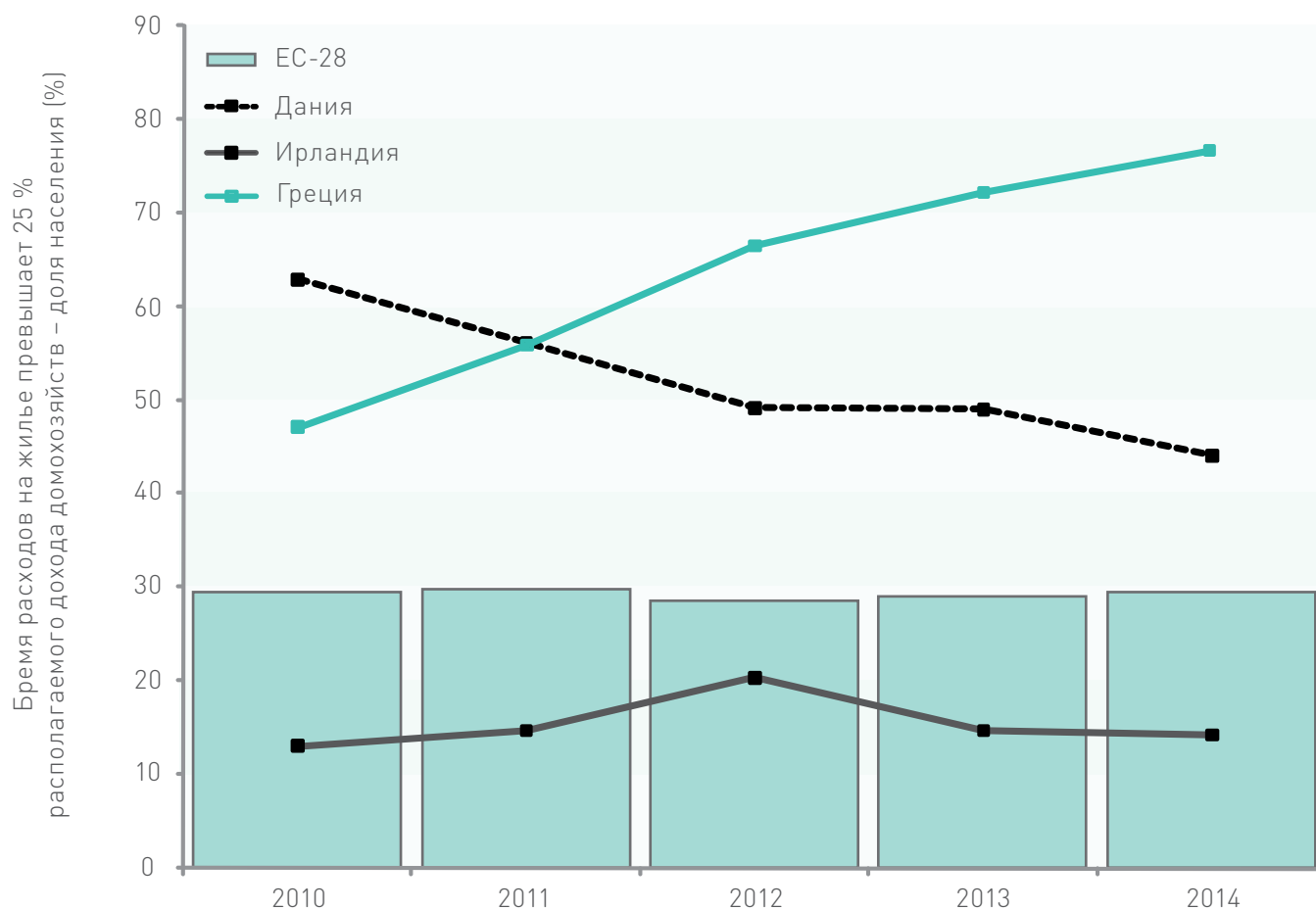
Учитывая то, что в настоящее время бюджеты испытывают большую нагрузку, а цены на жилье во многих европейских странах растут (см. рис. 2) (8), важно понимать, что стратегии и программы могут содействовать обеспечению достаточного жилища и сохранению хорошего здоровья (9). Основы политики Европейского региона ВОЗ Здоровье-2020 содержат политический мандат для действий в отношении социальных детерминант здоровья, включая жилье (10). Рекомендуется улучшить доступ к достаточному жилью как одному из средств улучшения здоровья на личном уровне, а также для достижения успеха на уровне страны (9).

Несмотря на полное признание того, что состояние жилья является одной из детерминант здоровья, относительно немногие понимают, что с этим делать, – например, не хватает знаний о том, какие

виды жилищной политики являются экономически эффективными и приносят одновременную пользу для здоровья и обеспечения жильем. Однако для формирования понимания этих вопросов, во-первых, необходимо определить основные механизмы воздействия жилищных условий на здоровье, а также критически оценить и обобщить знания о стратегиях, которые позволят решить эти вопросы.

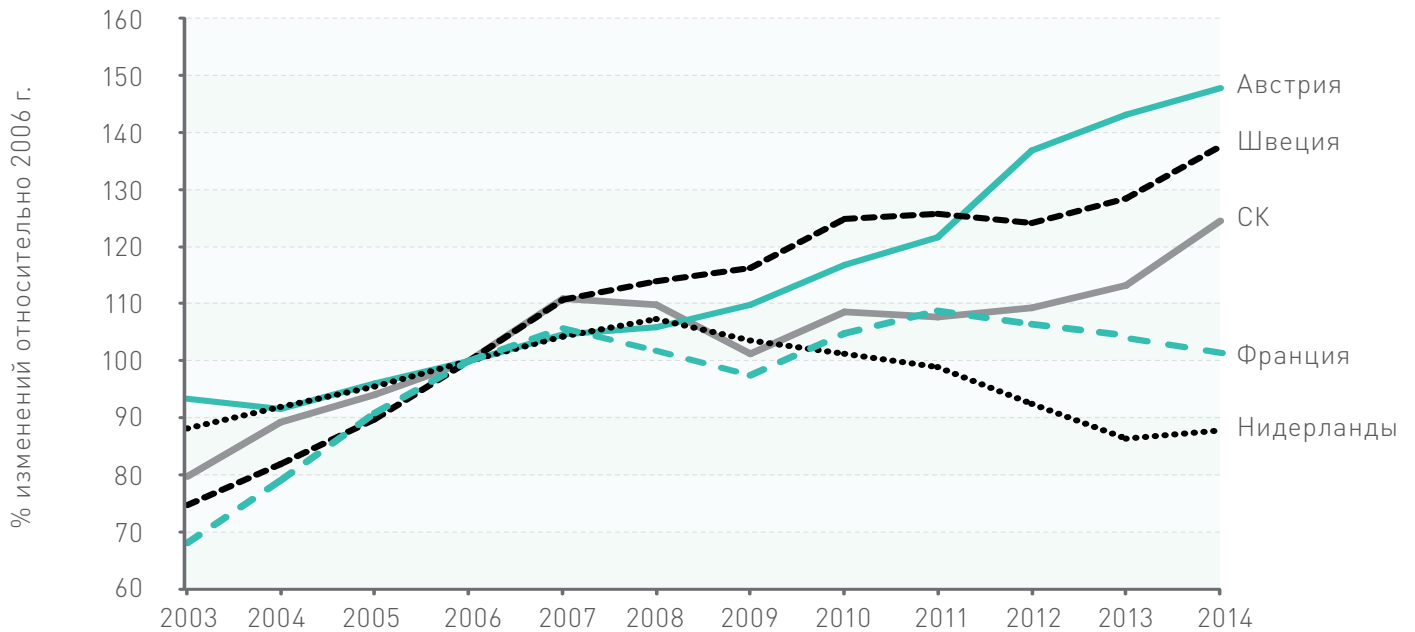
С целью устранения этого пробела, в ходе данного исследования был проведен обзор описательных и тематических разделов литературы, в которой освещалась тема двунаправленной взаимосвязи между жилищными условиями и здоровьем. В выводах статьи предлагаются направления будущих исследований и стратегий, с акцентом на совместных межсекторальных действиях.

РИСУНОК 1. БРЕМЯ РАСХОДОВ НА ЖИЛЬЕ В РАЗНЫХ СТРАНАХ ЕВРОПЫ



Источник: данные Евростат (7).

РИСУНОК 2. ЦЕНЫ НА ЖИЛЬЕ В ЕВРОПЕ



СК – Соединенное Королевство
 Источник: данные HYPOSTAT (8).

МЕТОДЫ

Был проведен поиск в поисковой системе Академия Google и реферативной базе данных Scopus с использованием следующих терминов: «здоровье и жилищные условия», «качество жилья и здоровье», и «задолженность по оплате жилья и здоровье». Также при поиске применялся так называемый метод «снежного кома» на основе статей, цитируемых в первом наборе выбранных документов, которые мы посчитали актуальными. Выбор статей был ограничен публикациями на английском языке, которые относились к Европейскому региону ВОЗ. Документы, в которых рассматривались специфические или сложные ситуации, например касающиеся групп населения, содержащихся в учреждениях закрытого типа, не принимались во внимание, поскольку в таких ситуациях действуют особые требования и эти вопросы широко обсуждаются в научной литературе. Хотя в региональном плане рассматривалась Европа в целом, следует отметить, что большинство статей были основаны на анализе жилищной ситуации в странах Западной Европы.

Благодаря этому подходу был выбран окончательный список из 80 документов; кроме того, в данный

доклад включены дополнительные, неопубликованные наблюдения авторов. Темы, определенные в этих документах, использовались для разработки концептуальных рамок, представленных на рис. 3.

КАКИМ ОБРАЗОМ ЖИЛИЩНЫЙ СЕКТОР СПОСОБСТВУЕТ ХОРОШЕМУ ЗДОРОВЬЮ

Поиск в литературе позволил определить несколько тем, или блоков тем, которые использовались для структурирования результатов. На рисунке 3 проиллюстрированы основные механизмы воздействия жилищных условий на здоровье. К ним относятся: физическое качество жилья, доступность по цене и стабильность, а также местоположение. В соответствии с определением достаточного жилища, предложенного ООН (6), эти рамки включают понимание того, что жилище важно не только для обеспечения крова, но и для обеспечения психологической безопасности и удовлетворения других насущных потребностей, таких как трудоустройство и медицинское обслуживание (11). В литературе были также обнаружены похожие определения «жилищной неустроенности» (по наблюдениям авторов) (12, 13). Эти

РИСУНОК 3. КАК ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ ВЛИЯЮТ НА ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ



рамки были использованы для определения структуры результатов обзора литературы: основное внимание уделялось тем вопросам, которые можно было максимально эффективно решить с помощью жилищной политики; каждая тема рассматривалась в порядке очередности.

Однако прежде чем переходить собственно к результатам обзора, следует отметить одну общую проблему. В отличие от рынка труда, в Европейском регионе ВОЗ существует довольно мало сравнительных данных для описания жилищной ситуации среди жителей региона. Данные о лицах, переживающих наиболее серьезные трудности с жильем – бездомных – отсутствуют в большинстве исследований, а определения бездомности различаются между странами (14, 15). Однако в целом отмечается

слабый контроль за доступностью жилья, удобством доступа, расположением и другими физическими атрибутами, имеющими большое значение для здоровья. Основные исследования, проводившиеся в Европейском союзе (ЕС), такие как Статистика доходов и условий жизни в ЕС, не включают бездомных, поскольку для их проведения применяется методология обследования домохозяйств, и, за исключением отдельных опросов в 2007 и 2012 годах, эти обследования не включают подробных данных о жилищных условиях.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ФИЗИЧЕСКОГО КАЧЕСТВА ЖИЛЬЯ

Вероятно, самым очевидным и наиболее изученным компонентом влияния жилищных условий на здоровье является взаимосвязь между физическими

качествами жилья и состоянием здоровья. Холод и сырость в жилых помещениях с плохой вентиляцией представляют собой основные факторы риска развития астмы (3), особенно у детей (5). Такие неблагоприятные условия также приводят и к другим проблемам здоровья, включая головные боли, повышенное кровяное давление, диарею, проблемы с психическим здоровьем и различные виды боли (3).

Холодные, плохо отапливаемые дома также ассоциируются с повышенным уровнем смертности, особенно среди населения старшего возраста, в зимний период по сравнению с остальными временами года (3). На так называемую «избыточную зимнюю смертность» пришлось около 2 миллионов смертей в период с 2002–2003 и 2010–2011 годов, причем особенно высокие ее уровни наблюдались в странах Восточной и Южной Европы (16). Климатические условия страны не объясняют такой рост смертности: на самом деле, более высокие уровни смертности отмечались в странах с умеренным климатом (16, 17), а это подтверждает, что этот риск можно и необходимо уменьшить за счет применения жилищной политики и повышения качества жилья. В этой связи наличие некоторых заболеваний требует более длительных периодов отопления, обеспечивающих более высокую температуру в помещениях, из-за отсутствия мобильности или специфических симптомов таких заболеваний, вследствие чего возможность нормально и по доступной цене отапливать жилое помещение приобретает еще большее значение (10, 18).

Чрезмерная жара также представляет угрозу здоровью, особенно в странах с теплым климатом, но этот эффект можно снизить за счет применения надлежащего охлаждающего оборудования (3, 19). Так, например, аномальная жара в Чикаго в 1995 г. унесла более 600 жизней (20), а жара 2003 г. во Франции вызвала почти 15 000 избыточных смертей (21). В обоих случаях люди, которые не могли обеспечить себе адекватное охлаждение (чаще всего из-за проблем с жильем), вынужденные находиться под воздействием прямых солнечных лучей или не имевшие охлаждающего оборудования, подвергались повышенному риску развития серьезных проблем со здоровьем и, в худших случаях, преждевременной смерти.

Было обнаружено, что некоторые мероприятия способны повысить качество жилья и смягчить такие

вредные последствия (19, 22). Например, в Глазго в домах низкого качества была проведена структурная модернизация кухонных помещений и систем отопления. В ходе последующей оценки было выяснено, что эти улучшения привели к общему улучшению физического и психического здоровья; эти замеры проводились с использованием краткого опросника для оценки качества жизни (19, 23).

Строительные и отделочные материалы также могут представлять угрозу для здоровья. Свинец в краске или водопроводных трубах, даже в низкой концентрации, может привести к риску развития когнитивных, сердечно-сосудистых, неврологических и поведенческих заболеваний и расстройств и к нарушениям развития (24). Соблюдение стандартов ЕС в отношении безопасности воды в значительной мере различается между странами (3, 25, 26). Исходя из имеющихся данных, использование свинцовых труб колеблется от 0% в Дании до почти 50% в Ирландии (25). Другие проблемы с токсичными веществами, например наличие радона (радиоактивного газа, который выделяется из земли и приводит к развитию рака легких), также различаются между странами и районами. По оценкам, во Франции из-за радона ежегодно происходит 1234 смерти (24).

Жилищные условия также различаются в зависимости от наличия или отсутствия мер безопасности. В качестве одного из примеров можно назвать пожарную безопасность, включая наличие детекторов дыма. Есть данные о том, что в Европе отсутствие детекторов дыма является причиной значительного числа смертей и травм – до 0,9 смертей на 100 000 населения (24).

Качество жилья важно для всех, особенно для людей, которые много времени проводят дома (22), включая самозанятых лиц, людей с плохим здоровьем или инвалидностью, лиц, ухаживающих за больными, детей и пожилых людей (11, 27, 28). Для лиц старшего возраста и тех, кому необходима мобильность, безопасность и надлежащее качество жилья являются еще одной важной характеристикой, поскольку это сводит к минимуму риск травм из-за падения, которые вызывают особую обеспокоенность (29, 30). Одной из попыток сведения проблем с качеством к минимуму стало принятие Стандартов достойного жилья в Соединенном Королевстве,

благодаря которым количество так называемых «достойных домов» значительно возросло (31–34).

ВОЗДЕЙСТВИЕ ДОСТУПНОСТИ И СТАБИЛЬНОСТИ ЖИЛЬЯ

Для здоровья важны не только физические характеристики жилища. Чувство дома является самым главным для ощущения безопасности и стабильности человека. Antonovsky пишет, что «чувство внутренней устойчивости», когда жизнь предсказуема и справедлива, очень важно для хорошего здоровья (35–37). Эта идея похожа на концепцию онтологической безопасности, которая относится к чувству безопасности и постоянства, которые становятся следствием жизненной стабильности (38, 39). Неопределенность в отношении дальнейшего проживания – из-за недоступной цены или краткосрочного договора аренды жилья – может оказать пагубное воздействие на здоровье. (36).

Когда люди испытывают беспокойство или тревогу из-за невозможности оплатить свое жилье, они переживают сильный стресс, а субъективная оценка состояния их собственного здоровья снижается (11, 19, 39). Страх потери жилья из-за долгов, выселения и даже боязнь бездомности больше всего беспокоят людей. Недоступное жилье, то есть, жилье, на оплату которого уходит большая часть (обычно более 30–35%) общего дохода, является отдельным фактором риска ухудшения психического здоровья, даже после того, как человек приспособится к отсутствию работы и другим финансовым трудностям (4). В ходе недавно проведенного долгосрочного исследования в 27 странах Европы было обнаружено, что возникновение задолженности по оплате жилья имеет такое негативное воздействие на психическое здоровье, как потеря работы (9). В Швеции было обнаружено, что острая проблема с отсутствием безопасности в форме выселения способствовала четырехкратному повышению вероятности самоубийства (40). В Соединенном Королевстве необходимость частого переезда из-за окончания краткосрочных договоров аренды жилья оказывает негативное влияние на здоровье и благополучие детей (41). Истечение срока действия таких договоров сегодня является одной из основных причин бездомности в Соединенном Королевстве (42).

Масштабы этой проблемы огромны: в 28 странах ЕС более 11% населения сообщили о непосильных

расходах на оплату жилья (7). Как показано на рисунке 2, в некоторых странах Европы за последнее десятилетие суммы расходов на оплату жилья значительно возросли. Например, в Австрии цены на дома выросли почти на 50% в период с 2005 по 2014 годы (8). Однако некоторым странам удалось ограничить рост этих расходов, и возможно, их опытом смогут воспользоваться другие страны.

В худшем случае люди, которые не могут себе позволить оплату жилья, лишаются его за неуплату, подвергаются выселению или даже становятся бездомными. Люди, побывавшие бездомными хотя бы на короткий срок, подвергаются повышенному риску респираторных заболеваний, болезней опорно-двигательного аппарата и психических расстройств; среди них отмечаются повышенные уровни хронических заболеваний, таких как ВИЧ и СПИД, и диабет (2, 3). Заболевания, требующие мониторинга, например диабет и анемия, зачастую сложно контролировать у бездомных, что еще больше обостряет воздействие этих болезней (2, 43). Проживание людей в приютах для бездомных, там, где они существуют, может способствовать распространению болезней (особенно туберкулеза) из-за перенаселенности (3, 44). Бездомные умирают почти на 30 лет раньше, чем люди, имеющие жилье (2, 3). Например, в Глазго в ходе 5-летнего исследования по методу «случай-контроль» было обнаружено, что бездомные умирают в два раза чаще по сравнению с людьми, обладающими аналогичными характеристиками, но имеющими жилье (45).

Кроме того, бездомность дорого обходится обществу – люди зачастую нуждаются в дорогих медицинских услугах и периодически попадают в дорогостоящие социальные учреждения, такие как тюрьмы. В Англии было обнаружено, что одинокие бездомные люди в пять раз чаще пользуются услугами травматологической и скорой помощи, и более чем в три раза чаще лечатся в больницах по сравнению с общим населением (46). В результате этого, по оценкам, стоимость медицинских услуг для бездомных ежегодно превышает 85 миллионов фунтов, что примерно в полтора раза больше, чем среди людей, имеющих жилье (46).

Из-за неудовлетворительных жилищных условий может повыситься нагрузка на учреждения и персонал стационарной медицинской помощи. В Англии

нехватка адекватного размещения для пациентов старшего возраста может привести к задержке с выпиской из больницы, вследствие чего наблюдается дефицит больничных койко-мест (47). Аналогичным образом высокая стоимость домов в некоторых районах затрудняет наем медицинского персонала, что приводит к нехватке кадров (48). Это может иметь эффект домино для кадровой структуры, поскольку низкооплачиваемые работники переезжают из дорогих районов.

ВОЗДЕЙСТВИЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЖИЛЬЯ

Расположение жилья формирует подверженность людей значительным факторам влияния на здоровье. Говоря о расположении, мы обычно имеем в виду физическое местоположение дома, а также характеристики района, в котором он находится. Характеристики района, такие как уровень преступности, доступ к транспорту, доступ к основным коммунальным службам, площадь зеленых насаждений и доступ к работе (26, 38) являются основными детерминантами здоровья.

Приведены несколько примеров влияния характеристик района. В Англии и Уэльсе анализ долгосрочных данных показал, что преступность имеет негативную взаимосвязь с психическим здоровьем, а тревожные состояния и депрессия более распространены в районах с более высоким уровнем преступности (49). Некачественный и дорогой общественный транспорт и недоступное транспортное сообщение стимулируют покупку автомобилей, что приводит к снижению уровня физической активности и ограничивает возможности трудоустройства и доступ к услугам (38). Транспортный шум также вреден для здоровья, поскольку может оказывать негативное воздействие на психическое и физическое здоровье (24).

Обеспечение детям доступа к безопасным местам для физических упражнений и игр приобретает все большее значение, поскольку растет беспокойность по поводу детского ожирения (50, 51). Отсутствие услуг и недостаточное участие в общественной жизни также могут способствовать изоляции и одиночеству, которые сами по себе являются серьезными детерминантами здоровья, особенно среди населения старшего возраста (52, 53). Такое сочетание рисков зачастую наблюдается в неблагополучных районах (11).

Аналогичным образом, исследования в Норвегии показали, что уровни загрязнения воздуха (и связанной с этим смертности) выше в неблагоприятных районах (54).

КАК ЗДОРОВЬЕ ВЛИЯЕТ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЖИЛЬЕМ

Связь между наличием жилья и здоровьем является двунаправленной. Здоровье играет важную роль в выборе жилья и отсутствии жилья (1, 55, 56). Бездомность является тут классическим примером (22). Хотя многие проблемы со здоровьем, от которых страдают бездомные, вызваны отсутствием жилья как такового, плохое здоровье также становится причиной того, что многие люди становятся бездомными (57, 58).

Больные люди и инвалиды зачастую находятся в неблагоприятной ситуации (и иногда сталкиваются с дискриминацией) на рынке жилья. Социальное жилье, которое выделяется по потребности, все чаще предоставляется «по остаточному принципу»¹. Во многих странах, отчасти вследствие действия закона ЕС о конкуренции (59), людям с плохим здоровьем все чаще приходится обращаться в поисках жилья к частному сектору (22, 60). В частном секторе люди с хроническими заболеваниями или инвалидностью считаются менее желательными жильцами и заемщиками из-за отсутствия уверенности в их будущих доходах, вследствие чего повышается вероятность того, что они будут жить в неудовлетворительных жилищных условиях и иметь проблемы с жильем (22).

Плохое здоровье мешает людям поддерживать свое жилище в хорошем состоянии. Было обнаружено, что люди, страдающие от депрессии, чаще имеют некачественное жилье, находящееся в плохом состоянии, по сравнению с людьми, не страдающими от психических расстройств. В свою очередь, это может обострить уже существующие проблемы со здоровьем, создавая тем самым порочный круг (61).

Меры по быстрому выявлению и лечению депрессии помогут снизить масштабы таких проблем. С учетом

¹ Термин «по остаточному принципу» часто используется в литературе о социальном жилье и означает сокращение финансирования, произошедшее в этом секторе. Это привело к тому, что «услуги социальной помощи» предоставляются только особо нуждающимся, а не более широким слоям населения.

передачи полномочий по оказанию медицинской помощи в общины в некоторых странах и перехода от оказания помощи в специальных учреждениях людям с особыми потребностями (включая проблемы психического здоровья) к альтернативным формам оказания помощи, обеспечение жильем приобретает дополнительное значение для здоровья и потенциального выздоровления таких лиц (28, 60).

НА ПУТИ К МЕЖЕКТОРАЛЬНОМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ В ЖИЛИЩНОЙ ПОЛИТИКЕ И ПОЛИТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Жилищная политика является четким детерминантом здоровья, а хорошее здоровье очень важно для достижения целей по обеспечению жильем. В этом обзоре определены три основных направления межсекторальных действий, которые принесут взаимную выгоду обоим секторам.

СОЗДАНИЕ МИНИМАЛЬНЫХ ЖИЛИЩНЫХ СТАНДАРТОВ

Для начала необходимо обеспечить жилищные стандарты для всех видов жилья. Хотя это может показаться очевидным, но в Европейском регионе ВОЗ существуют значительные различия между минимальными жилищными стандартами. В Соединенном Королевстве недавние мероприятия по внедрению таких стандартов в частном секторе арендного жилья были заблокированы Палатой общин. Представители оппозиционных партий попытались внести поправку в Закон о жилищном строительстве и планировании, в которой содержалось требование о том, чтобы дома в частном секторе арендного жилья «были пригодными для проживания людей». Однако эта поправка была заблокирована (в основном представителями Консервативной партии) на основании того, что это приведет к излишнему нормативному регулированию и повысит расходы домовладельцев (62, 63). Попытки внедрения жилищных стандартов аналогичны усилиям по обеспечению так называемой социальной защиты при трудоустройстве, направленной на то, чтобы люди не заболели в случае потери работы. В свою очередь, мы выступаем за то, чтобы жилищные условия, не отвечающие стандартам, не становились причиной плохого здоровья.

В эту работу должны быть вовлечены самые разные действующие лица. Сектор здравоохранения и строительные организации/структуры, предоставляющие жилье могут работать вместе для обеспечения строительства домов таким образом, чтобы свести к минимуму факторы, опасные для здоровья, такие как плохая вентиляция и сырость. Государственная политика также должна сыграть свою роль, поскольку обеспечение минимальных жилищных стандартов может быть предусмотрено на законодательном уровне, таким образом, защищая здоровье лиц, проживающих в старых домах, так же как тех, кто проживает в новостройках.

Одним из образцов, на основе которых можно разработать совместную программу обеспечения здоровых жилищных условий, является Стандарт достойного жилья, действующий в Соединенном Королевстве (см. вставку 1) (31–33). Благодаря действию этого документа удалось сократить число домов, не соответствующих стандарту, с 38,9% до 29,2% в период с 2001 по 2007 годы (31). Однако адекватной оценки последствий данной инициативы для здоровья пока не проводилось.

ОБУЗДАНИЕ РОСТА ЦЕН НА ЖИЛЬЕ

Второе важное направление совместных действий – повышение доступности жилья. Поскольку боль-

ВСТАВКА 1. СТАНДАРТ ДОСТОЙНОГО ЖИЛЬЯ, СТАНДАРТ ПРИГОДНОСТИ (64)

Жилье:

- Не должно требовать серьезного ремонта
- Должно иметь устойчивую конструкцию
- Не должно быть сырым, поскольку сырость влияет на здоровье жильцов
- Должно иметь адекватное освещение, отопление и вентиляцию
- Весь дом должен быть обеспечен качественным водоснабжением
- Должно иметь эффективные системы водоотвода, канализации и отвода поверхностных вод
- Должно иметь удобно расположенный туалет исключительно для жильцов
- Должно быть оборудовано ванной или душем и раковиной для мытья рук с горячей и холодной водой
- Должно иметь оборудованные помещения для приготовления пищи, включая раковину с горячей и холодной водой

шинство стран Европы переживают кризис в сфере доступности цен на жилье, было выдвинуто предположение, что лица, вырабатывающие политику в странах Европы, не уделяют этому вопросу достаточного внимания (65).

Одним из недавних подходов к повышению доступности жилья является политика по контролю арендной платы, принятая в Берлине, Германия, в 2015 г., в соответствии с которой ограничивается стоимость аренды жилья по новым контрактам (66). Контроль арендной платы – противоречивое решение, однако оно действительно стабилизировало растущие цены на аренду жилья. Альтернативные решения, например предоставление жилищных субсидий (для малообеспеченных групп населения), переносят расходы на плечи правительства, одновременно содействуя росту цен на жилье (67). Недавние попытки снизить расходы на жилищные субсидии в Соединенном Королевстве путем ограничения выплат оказали негативное влияние на состояние психического здоровья населения (68). Опять-таки, решение проблем на рынке аренды жилья – это только часть проблемы. Цены на покупку жилья также вызывают беспокойство. Вероятно, лица, вырабатывающие политику, должны применять более творческие подходы для решения проблемы доступности жилья. Необходимо рассматривать альтернативные варианты, такие как налог на стоимость земельных участков и работу по изменению общественного мнения о том, что «лучшее место жительства – это свой дом», которое до сих пор господствует во многих странах.

РАБОТА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ПРЕОБЛАДАЮЩИХ ТРАДИЦИЙ В ОТНОШЕНИИ СОБСТВЕННОГО ЖИЛЬЯ

Более серьезной и противоречивой задачей является преодоления господствующих традиций в отношении собственного жилья во многих странах. Последствия целенаправленных шагов по пропаганде такой собственности, предпринятых во многих странах англо-саксонской культуры в начале 1980-х годов, до сих пор не вполне понятны. Однако, похоже, что странам с менее высоким уровнем собственности, например Нидерландам, лучше удалось остановить рост цен на жилье и избежать пагубных последствий, наблюдаемых во время великой рецессии 2008–2010 годов, когда лопнул так называемый «жилищный пузырь» (8). Пересмотр предпочтений

одного типа жилища по сравнению с другим позволит снизить неравенство между поколениями в отношении жилья, из-за которого молодые люди все чаще оказываются «в ловушке», проживая в дорогих арендованных домах, многие из которых принадлежат по праву собственности пожилым людям (см. вставку 2) (71–74).

ВЫВОДЫ

Существует срочная потребность в формировании лучшего понимания воздействия реформ в жилищном секторе на здоровье и неравенства в отношении здоровья, поскольку различия в политике в разных странах Европы создают отличную возможность для использования методов практического эксперимента. Как показано на рисунке 2, в Европе имеется немалый опыт контроля или обострения проблем, связанных с ростом цен на жилье (8). Почему это происходит, и какие уроки из этого можно извлечь – важные темы для дальнейшего изучения. Также необходимо исследовать, почему некоторым странам

ВСТАВКА 2. ЖИЛЬЕ И ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА

Стратегические задачи, поставленные в Целях в области устойчивого развития и основах политики Здоровье-2020, направлены на обеспечение хорошего здоровья всех людей в течение всей жизни (10, 69). Поскольку роль жилищных условий меняется в течение жизни, перемещение в здоровое жилье играет главную роль для достижения этой цели. Дети и молодые люди практически не могут повлиять на выбор места жительства, несмотря на то, что их здоровье особенно сильно уязвимо к физическим условиям их жилища (5). Молодые взрослые могут сталкиваться с проблемами при попытках переехать из дома своего детства в район с высокими ценами или длинной очередью на жилье, что может повлиять на их планы по смене работы и психическое здоровье (70–74). Людям старшего возраста приходится бороться, чтобы адаптировать свои дома или найти другое подходящее жилье при ухудшении их здоровья, что потенциально обостряет уже существующие проблемы, имеет последствия для служб здравоохранения; особую беспокойность вызывают падения и травмы. (29, 30). Поскольку Европа переживает демографический сдвиг в сторону старения населения, актуальность таких проблем, вероятно, будет только возрастать (75).

так трудно внедрить минимальные жилищные стандарты. После неудачной попытки внедрения требования обеспечить «пригодность для проживания людей» в частных арендных домах, а также некоторых других изменений, таких как ужесточение правил выселения в Соединенном Королевстве, было привлечено внимание к некоторым политическим деятелям, голосовавшим по жилищным вопросам, которые сами оказались частными домовладельцами (76–80). Такая личная заинтересованность могла повлиять на обсуждение жилищных вопросов не в пользу интересов жильцов. Цели политики Здоровье-2020 (10) содержат требование расследовать такие вопросы, чтобы лучше понять и исправить влияние жилищных условий на состояние здоровья.

Выражение признательности: не указано.

Источник финансирования: эта работа проводилась при поддержке Европейского совета по научным исследованиям (номер гранта 313590-HRES; Amy Clair и David Stuckler) и Wellcome Trust Investigator Award (David Stuckler).

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Smith SJ, Easterlow D, Munro M, Turner KM. Housing as health capital: how health trajectories and housing paths are linked. *J Soc Issues*. 2003;59(3):501–25. doi:10.1111/1540-4560.00075.
- Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ*. 2001;164(2):229–33.
- Shaw M. Housing and public health. *Annu Rev Public Health*. 2004;25:397–418.
- Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychol Med*. 2007;37(7):1027. doi:10.1017/S0033291706009767.
- Beasley R, Semprini A, Mitchell EA. Risk factors for asthma: is prevention possible? *Lancet*. 2015;386:1075–85. doi:10.1016/S0140-6736(15)00156-7.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. General comment No. 4: The right to adequate housing (Art. 11 (1) of the Covenant), 13 December 1991. New York: United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR); 1991 [E/1992/23; <http://www.refworld.org/docid/47a7079a1.html>, accessed 21 May 2016].
- Eurostat. Housing cost overburden rate by age, sex and poverty status. Brussels: European Commission; 2016 (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>, accessed 27 May 2016).
- European Mortgage Federation – European Covered Bond Council. HYPOSTAT 2015. A review of Europe's mortgage and housing markets. Brussels: European Mortgage Federation; 2015 (http://www.hypo.org/PortalDev/Objects/6/Files/Hypostat_2015.pdf, accessed 21 May 2016).
- Clair A, Reeves A, Loopstra R, McKee M, Dorling D, Stuckler D. The impact of the housing crisis on self-reported health in Europe: multilevel longitudinal modelling of 27 EU countries. *Eur J Public Health*. 2016; 23 May [online]. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw071>.
- Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf, по состоянию на 20 мая 2016 г.).
- Easterlow D, Smith SJ, Mallinson S. Housing for health: the role of owner occupation. *Hous Stud*. 2000;15(3):367–86. doi:10.1080/02673030050009230.
- Beer A, Bentley R, Baker E, Mallett S, Kavanagh A, LaMontagne T. Neoliberalism, economic restructuring and policy change: precarious housing and precarious employment in Australia. *Urban Stud*. 2015;[online]:1–17. doi:10.1177/0042098015596922.
- Wood GA, Smith SJ, Cigdem M, Ong R. Life on the edge: a perspective on precarious home ownership in Australia and the UK. *Int J Hous Policy*. 2015:1–26 [online]. doi:10.1080/14616718.2015.1115225 (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14616718.2015.1115225>, accessed 20 May 2016).
- Busch-Geertsma V, Benjaminsen L, Hraat MF, Pleace N. Extent and profile of homelessness in European Member States: a statistical update. Brussels: European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL; 2014 (http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/feantsa-studies_04-web2.pdf, accessed 20 May 2016).
- Gosme L. Key steps towards a European Union homelessness policy. *J Eur Soc Policy*. 2014;24(3):289–99. doi:10.1177/0958928714525816.
- Fowler T, Southgate RJ, Waite T, Harrell R, Kovats S, Bone A et al. Excess winter deaths in Europe: a multi-country descriptive analysis. *Eur J Public Health*. 2015;25(2):339–45. doi:10.1093/eurpub/cku073.
- Healy J. Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *J Epidemiol*

- Community Health. 2003;57:784–9. doi:10.1136/jech.57.10.784.
18. McKee CM. Deaths in winter: can Britain learn from Europe? *Eur J Epidemiol.* 1989;5(2):178–82. doi:10.1007/BF00156826.
19. Thomson H, Thomas M, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD008657. doi:10.1002/14651858.CD008657.pub2.
20. Dematte J, O'Mara K, Buescher J, Whitney CG, Forsythe S, McNamee T et al. Near-fatal heat stroke during the 1995 heat wave in Chicago. *Ann Intern Med.* 1998;129(3):173–81.
21. Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A, Mandereau-Bruno L, Croisier A, Cochet C et al. August 2003 heat wave in France: risk factors for death of elderly people living at home. *Eur J Public Health.* 2006;16(6):583–91. doi:10.1093/eurpub/ckl063.
22. Smith SJ. Health status and the housing system. *Soc Sci Med.* 1990;31(7):753–62.
23. Egan M, Kearns A, Katikireddi SV, Curl A, Lawson K, Tannahill C. Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities. *Soc Sci Med.* 2016;152:41–9. doi:10.1016/j.socscimed.2016.01.026.
24. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. Экологическое бремя болезней, связанных с неудовлетворительными жилищными условиями. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/237843/Environmental-burden-of-disease-from-inadequate-housing-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 21 мая 2016 г.).
25. Hayes CR, Skubala ND. Is there still a problem with lead in drinking water in the European Union. *J Water Health.* 2009;7(4):569–80. doi:10.2166/wh.2009.110.
26. Gibson M, Petticrew M, Bamba C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health Place.* 2011;17:175–84. doi:10.1016/j.healthplace.2010.09.011.
27. Costa-Font J. Housing assets and the socio-economic determinants of health and disability in old age. *Health Place.* 2008;14(3):478–91. doi:10.1016/j.healthplace.2007.09.005.
28. Windle GS, Burholt V, Edwards RT. Housing related difficulties, housing tenure and variations in health status: evidence from older people in Wales. *Health Place.* 2006;12:267–78.
29. McClure RJ, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD004441. doi:10.1002/14651858.CD004441.pub2.
30. WHO global report on falls prevention in older age: epidemiology of falls. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf, accessed 20 May 2016).
31. House of Commons Communities and Local Government Committee. Beyond decent homes: Government response to the Committee's fourth report of session 2009–10. Special report of session 2010–11. London: The Stationery Office; 2010 (HC746; <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201011/cmselect/cmcomloc/746/746.pdf>, accessed 21 May 2016).
32. Department of the Environment, Transport and the Regions. Quality and choice: a decent home for all. The Housing Green Paper. Norwich: Her Majesty's Stationery Office; 2000 (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120919132719/http://www.communities.gov.uk/documents/housing/pdf/138019.pdf>, accessed 21 May 2016).
33. The Decent Homes Standard. London: Department for Communities and Local Government; 2004 (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120919132719/http://www.communities.gov.uk/index.asp?id=1153927>, accessed 21 May 2016).
34. House of Commons. ODPM: Housing Local Government and the Regions Committee. Decent homes: Fifth report of session 2003–04. Volume I: Report. London: The Stationery Office Limited; 2004 (HC46-1; <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmmodpm/46/46.pdf>, accessed 21 May 2016).
35. Antonovsky A. Health, stress and coping. Michigan: Jossey-Bass; 1979.
36. Hiscock R, Kearns A, Macintyre S, Ellaway A. Ontological security and psycho-social benefits from the home: qualitative evidence on issues of tenure. *Housing, Theory Soc.* 2001;18:50–66.
37. Eriksson M, Lindström B. 'Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:376–81.
38. Jones-Rounds ML, Evans GW, Braubach M. The interactive effects of housing and neighbourhood quality on psychological well-being. *J Epidemiol Community Health.* 2014;68(2):171–5. doi:10.1136/jech-2013-202431.
39. Pollack CE, Griffin BA, Lynch J. Housing affordability and health among homeowners and renters. *Am J Prev Med.* 2010;39(6):515–21.
40. Rojas Y, Stenberg S. Evictions and suicide: a follow-up study of almost 22,000 Swedish households in the wake of the global financial crisis. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(4):409–13. doi:10.1136/jech-2015-206419.

41. Shelter. Growing up renting. London: Shelter; 2013.
42. Statutory homelessness in England: October to December 2015. London: Department for Communities and Local Government; 2016 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/509763/Statutory_Homelessness_Statistical_Release_October_to_December_2015.pdf, accessed 21 May 2016).
43. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2009;38(3):877–83. doi:10.1093/ije/dyp160.
44. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V, Gogolishvili D, Gliberman J, Rueda S et al. Housing status, medical care, and health outcomes among people living with HIV/AIDS: a systematic review. *Am J Public Health.* 2016;106(1):e1–e23. doi:10.2105/AJPH.2015.302905.
45. Morrison D. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2009;38(3):877–83. doi:10.1093/ije/dyp160.
46. Evidence review of the costs of homelessness. London: Department for Communities and Local Government; 2012 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/7596/2200485.pdf, accessed 21 May 2016).
47. Harding E. Viewpoint 55. Under one roof? Housing and public health in England. London: Housing Learning and Improvement Network; 2013 (https://www.adass.org.uk/AdassMedia/stories/Policy%20Networks/Housing/Key%20Documents/HLIN_Viewpoint55_PublicHealth.pdf, accessed 21 May 2016).
48. United Kingdom Parliament. Department for Communities and Local Government. Private rented sector. Daily Hansard debate, 4 March 2014: columns 823–57 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201314/cmhansrd/cm140304/debtext/140304-0003.htm>, accessed 21 May 2016).
49. Dustmann C, Fasani F. The effect of local area crime on mental health. *Econ J.* 22 April 2015 [epub ahead of print]. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/eoj.12205>.
50. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf, accessed 21 May 2016).
51. 64-я сессия Европейского регионального комитета, Копенгаген, Дания, 15–18 сентября 2014 г. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (EUR/RC64/12) <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6412-investing-in-children-the-european-child-and-adolescent-health-strategy-20152020>, по состоянию на 21 мая 2016 г.).
52. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2012;74(6):907–14. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.028.
53. Nummela O, Seppänen, Uutela A. The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): a longitudinal study among aging people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53(2):163–7. doi:10.1016/j.archger.2010.10.023.
54. Næss Ø, Piro FN, Nafstad P, Smith GD, Leyland AH. Air pollution, social deprivation, and mortality: a multilevel cohort study. *Epidemiology.* 2007;18(6):686–94.
55. Reinprecht C. Social housing in Austria. In: Scanlon K, Whitehead C, Fernández Arrigoitia M, editors. *Social housing in Europe*. Chichester: Wiley; 2014: 61–73.
56. Smith SJ. Health status and the housing system. *Soc Sci Med.* 1990;31(7):753–62.
57. Anderson I, Christian J. Causes of homelessness in the UK: a dynamic analysis. *J Community Appl Soc Psychol.* 2003;13:105–18. doi:10.1002/casp.714.
58. Philippot P, Lecocq C, Sempoux F, Nachtergaeel H, Galand B. Psychological research on homelessness in Western Europe: a review from 1970 to 2001. *J Soc Issues.* 2007;63(3):483–503. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00520.x.
59. Scanlon K, Whitehead C, Fernández Arrigoitia M. Introduction. In: Scanlon K, Whitehead C, Fernández Arrigoitia M, editors. *Social housing in Europe*. Chichester: Wiley; 2014: 1–20.
60. Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Heal Soc Care Community.* 2008;16(1):1–15. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00723.x.
61. Corman H, Curtis MA, Noonan K, Reichman NE. Maternal depression as a risk factor for children's inadequate housing conditions. *Soc Med.* 2016;149:76–83. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.054.
62. United Kingdom Parliament. Daily Hansard debate, 12 January 2016: column 761 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmhansrd/cm160112/debtext/160112-0003.htm>, accessed 21 May 2016).
63. United Kingdom Parliament. Public Bill Committee. Housing and Planning Bill (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201516/cmpublic/housingplanning/151210/pm/151210s01.htm>, accessed 21 May 2016).
64. United Kingdom Government. Local Government and Housing Act 1989. London: House of Commons; 1989 (<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/42/content>, accessed 21 May 2016).

65. Habitat for Humanity. Housing review 2015. Bratislava: Habitat for Humanity Europe; 2015 (https://www.habitat.org/sites/default/files/housing_review_2015_full_report_final_small_reduced.pdf, accessed 21 May 2016).
66. Russell R. Berlin becomes first German city to make rent cap a reality. *The Guardian*. 1 June 2015 (<http://www.theguardian.com/world/2015/jun/01/rent-cap-legislation-in-force-berlin-germany>, accessed 21 May 2016).
67. United Kingdom Government. Department for Work and Pensions. Autumn Statement 2015. Expenditure and caseload forecasts (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/500456/outturn-and-forecast-autumn-statement-2015.xlsx, accessed 21 May 2016).
68. Reeves A, Clair A, McKee M, Stuckler D. Reductions in housing benefit increases depression risk in low-income UK households. *Am J Epidemiol*. (in press).
69. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 г. [A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R, по состоянию на 21 мая 2016 г.).
70. Filandri M, Bertolini S. Young people and home ownership in Europe. *Int J Hous Policy*. 2016;16(2):144–64. doi:10.1080/14616718.2015.1130606.
71. Young people's housing transitions. York: Joseph Rowntree Foundation; 2008 (<http://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/2328.pdf>, accessed 21 May 2016).
72. Mandic S. Home-leaving and its structural determinants in Western and Eastern Europe: an exploratory study. *Hous Stud*. 2008;23(4):615–37. doi:10.1080/02673030802112754.
73. McKee K. Young people, homeownership and future welfare. *Hous Stud*. 2012;27(6):853–62. doi:10.1080/02673037.2012.714463.
74. Rugg J, Quilgars D. Young people and housing: a review of the present policy and practice landscape. *Youth & Policy*. 2015;114:5–16.
75. Costa-Font J, Elvira D, Mascarilla-Miró O. "Ageing in place"? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Stud*. 2009;46(2):295–316. doi:10.1177/0042098008099356.
76. Palmer E. Tory MPs who blocked bill banning "revenge evictions" are private landlords. *International Business Times*. 29 November 2014 (<http://www.ibtimes.co.uk/tory-mps-who-blocked-bill-banning-revenge-evictions-are-private-landlords-1477218>, accessed 16 May 2016).
77. Hollander G. Quarter of Tory MPs are landlords, says research. *Inside Housing*. <http://www.insidehousing.co.uk/quarter-of-tory-mps-are-landlords-says-research/6524104.article>, accessed 21 May 2016).
78. Dorling D. Policy, politics, health and housing in the UK. *Policy Polit*. 2015;43(2):163–80. doi:10.1332/030557315X14259845316193.
79. Clarke A, Morris S, Williams P. How do landlords address poverty? A poverty-focused review of the strategies of local authorities, landlords and letting agents in England. York: Joseph Rowntree Foundation; 2015 (<http://www.cchpr.lanedecon.cam.ac.uk/Projects/Start-Year/2013/Poverty-Focused-Review/How-do-landlords-address-poverty>, accessed 21 May 2016).
80. Bengtsson H, Hartley E, Syal R. Number of MPs who earn from renting out property rises by a third. *The Guardian*. 6 May 2015 (<http://www.theguardian.com/politics/2015/may/06/number-of-mps-who-earn-from-renting-out-property-rises-by-a-third>, accessed 21 May 2016).

Report

THE PORTUGUESE NATIONAL PROGRAMME FOR THE PROMOTION OF HEALTHY EATING: 2012–2015

Pedro Graça,^{1,2} Maria João Gregório,² Sofia Mendes de Sousa,¹ Joana Carriço,¹ Andreia Correia,¹ Clara Salvador¹

¹ Directorate-General of Health, Portugal

² Faculty of Nutrition and Food Sciences of the University of Porto, Portugal

Corresponding author: Pedro Graça (email: pedrograca@dgs.pt)

ABSTRACT

This paper describes the first 4-year period (2012–2015) of implementation of the Portuguese National Programme for the Promotion of Healthy Eating (PNPAS). PNPAS was approved in 2012 and emerged as a preventive programme for noncommunicable diseases, aiming to improve the nutritional status of the population; it represents the first national strategy in Portugal for the promotion of healthy eating. To accomplish its mission, and taking into account its overall principles, PNPAS has five main goals: (i) to increase knowledge about the food intake of the Portuguese population and about its determinants and consequences; (ii) to modify the availability of certain foods (high in sugar, salt and fat), in schools, workplaces and public spaces; (iii) to inform and empower the population for

the purchase, preparation and storage of healthy food, especially the most vulnerable groups; (iv) to identify and promote cross-sectoral actions that encourage the consumption of foods of good nutritional quality in an articulate and integrated way with other sectors, namely agriculture, sport, environment, education, social security and local authorities; and (v) to improve the qualifications and conduct of the different professionals who, owing to their roles, may influence nutritional knowledge, attitudes and behaviours.

The design of PNPAS followed the latest strategic lines suggested by WHO and the European Commission, proposing a cross-sectoral mix of interventions to ensure physical and economic access to healthy eating by creating healthy environments and empowering individuals and communities.

Several actions were implemented at different levels during the first 4-year period of implementation of PNPAS; two were especially relevant. The first concerned the empowerment of citizens regarding healthy eating, where the most important aspect was introduction of a digital strategy through development of a website and a blog dedicated to healthy eating. The second concerned the development of documents for health care and other professionals, including several guidelines in new areas, such as anthropometric measures and intervention in preobesity.

Process and output indicators were defined to monitor and evaluate the programme. Among those considered as output indicators were the evaluation of childhood obesity, salt consumption and intake of breakfast by school-aged children.

Keywords: FOOD POLICY, PNPAS, PORTUGAL

INTRODUCTION

The National Programme for the Promotion of Healthy Eating (PNPAS) in Portugal was launched in 2012, with the mission to “improve the nutritional status of the population, stimulating the physical and economic availability of healthy foods and creating conditions so that the population can value, appreciate and integrate them into their daily routines” (1).

This strategy was approved by the Portuguese Directorate-General of Health (DGS) in 2012, as one of eight priority health programmes. Using multisectoral collaboration, it represents the first comprehensive national strategy in the field of food and nutrition in Portugal after the first programmes launched in 2005 and 2007 by the Ministry of Health to fight obesity at national level (1).

The growing burden of noncommunicable diseases (NCDs) is one of the main public health challenges worldwide (2). In Portugal, according to the Global Burden of Disease Study 2010, 85% of the total burden of disease is attributable to NCDs. Furthermore, evidence on the burden of disease in Portugal attributable to risk factors, expressed as a percentage of disability-adjusted life-years, shows that unhealthy dietary patterns, particularly those low in fruits and vegetables and high in sodium and salt, comprise the major risk factor for healthy years of life lost (19%); this is followed by high blood pressure (16.5%) and high body mass index (13.3%) (3).

Data from the last National Health Survey (2014) showed that more than half of Portuguese adults were overweight or obese (52.8%) (4). Moreover, poverty and social inequities, which are also well-known problems in Portugal (5), are closely linked to unhealthy diets (6). In Portugal, data from a National Survey on Food Insecurity estimated that 50.7% of the population was in a situation of food insecurity (7), which means that the respondents, at least, had anxiety about accessing adequate food or had reduced the quality and/or quantity of their food intake. The World Food Summit in 1996 defined food insecurity as the inability to “have access to sufficient, safe and nutritious food to maintain a healthy and active life” (8).

This paper describes PNPAS, in particular its principles, objectives, strategies and key actions, covering the first 4-year period of its implementation (2012–2015).

PRINCIPLES AND OBJECTIVES OF THE PORTUGUESE PNPAS

The main strategic direction of PNPAS is to tackle the increasing prevalence of diet-related NCDs, a growing health problem in Portugal.

PNPAS is based on four main principles (see Box 1), and was designed in line with the most recent policy documents from WHO and the European Commission (EC).

Any strategy for the promotion of healthy eating should be able to implement a coordinated set of actions to empower citizens to adopt healthy eating habits and to create environments that promote healthy eating. The

BOX 1. PRINCIPLES OF THE PORTUGUESE PNPAS

1. Use evidence-based information, as well as the international guidelines proposed in the policy documents from WHO and EC, for the PNPAS design.
2. Understand the promotion of healthy eating as a coordinated set of actions with the aim of empowering citizens to adopt healthy eating habits and to create environments that are conducive to healthy eating.
3. Consider the fight against social inequities in accessing healthy eating and health as one of the major challenges, in order to ensure the right to an adequate diet for all individuals.
4. Implement integrated and intersectoral actions by developing common initiatives based on the principle of “health in all policies” (9), considering that food intake can be strongly influenced by different government sectors (especially the health care sector and its professionals), the private sector and civil society, as well as by social, economic and cultural factors.

Portuguese strategy reflects the need to move away from single interventions and gradually integrate a range of legislative measures on the availability and accessibility of foods, and to involve other stakeholders following the principle of health in all policies (9). Furthermore, current documents used as references highlight the need for a growing integration of human rights principles, particularly the right to adequate food. The need for a more intense intersectoral collaborative approach is one of the main challenges for food and nutrition policies within an integrated framework for food and nutrition policy (see Fig. 1).

To accomplish its mission, and taking into account its overall principles, PNPAS has five main objectives (see Box 2).

STRATEGIES AND ACTIONS OF THE PORTUGUESE PNPAS IMPLEMENTED DURING THE FIRST 4-YEAR PERIOD OF OPERATION (2012–2015)

In order to achieve its five main objectives, PNPAS developed a set of different strategies.

STRATEGY 1: AGGREGATE AND COLLECT INDICATORS OF NUTRITIONAL STATUS, FOOD CONSUMPTION AND THEIR DETERMINANTS DURING THE LIFE CYCLE AND EVALUATE SITUATIONS OF FOOD INSECURITY

The implementation of a national information system to assess the population’s nutritional status is essential in order to monitor and evaluate trends over time, and their determinants and consequences. Under the scope of this strategy, PNPAS acts at three different levels: (i) development of surveys providing data regarding food consumption and the nutritional status of the Portuguese population, and their determinants and consequences; (ii) provision of incentives and support for the development of research lines in nutrition, in cooperation with universities, research institutions and scientific associations; and (iii) aggregation and dissemination of all available and published data in Portugal in this field.

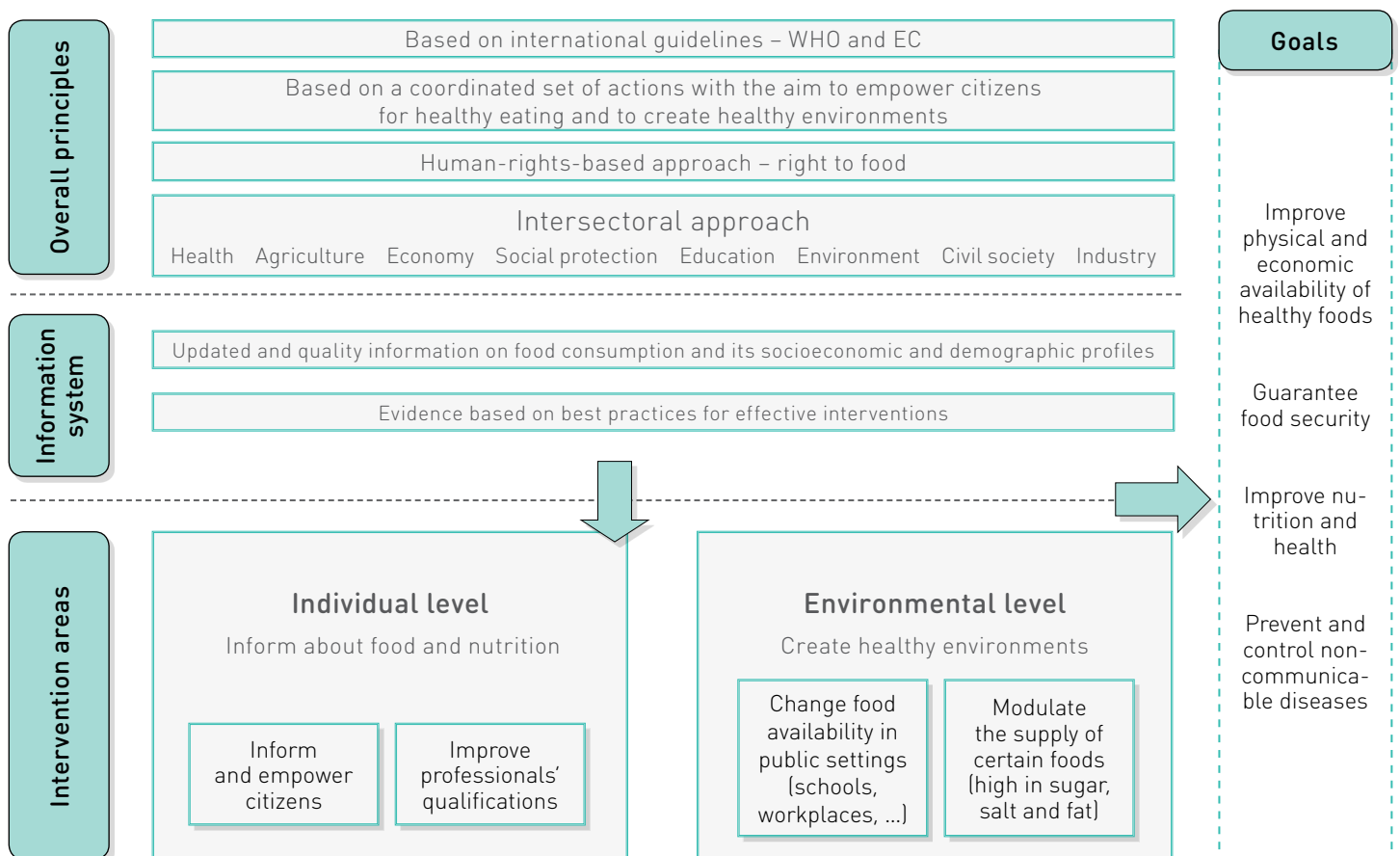
Since 2011, PNPAS has implemented a system for monitoring and evaluating household food insecurity

BOX 2. OBJECTIVES OF THE PORTUGUESE PNPAS

1. To increase knowledge about the food intake of the Portuguese population, and its determinants and consequences.
2. To modify the availability of certain foods (high in sugar, salt and fat) in schools, workplaces and public spaces.
3. To inform and empower individuals on the purchase, preparation and storage of healthy food, especially within the most vulnerable groups.
4. To identify and promote cross-sectoral actions that encourage the consumption of foods of good nutritional quality in an articulate and integrated way with other sectors, namely agriculture, sport, environment, education, social security and local authorities.
5. To improve the qualifications and conduct of the different professionals who, owing to their roles, may influence nutritional knowledge, attitudes and behaviours.

in Portugal – the INFOFAMÍLIA Survey. Household food insecurity was considered an indicator of the

FIG. 1. FOOD AND NUTRITION POLICY FRAMEWORK



impact of the economic crisis and, at the same time, this study enables the identification of groups at risk for food insecurity. This is an ongoing cross-sectional study, repeated every year, with a sample of primary health care users (7, 10).

Portugal is one of the European countries to have integrated the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). In Portugal, PNPAS is a partner of the team responsible for the development of COSI (11). DGS (PNPAS) also financed the WHO study, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (12).

In addition, it is also relevant to develop and/or encourage the collection and dissemination of best practices. The Mapping National Intervention Projects to Fight Obesity (MAPICO) project was designed with that purpose, aiming to map the community intervention programmes implemented in Portugal for the prevention of childhood obesity (13). At this level of action, PNPAS was also a scientific partner of the EPODE for the Promotion of Health Equity (EPHE) project, a European project running from 2012 to 2015, aiming to assess the impact of community-based health interventions on the reduction of socioeconomic inequities linked to childhood obesity in seven European countries (14).

Several studies were carried out with the administrative and scientific support of PNPAS. In 2012, the Study of Nutrition and Growth Patterns in Infancy (EPACI) was implemented; this was conducted in a national representative sample of the Portuguese population in children aged 0–3 years, with the aim of characterizing the food habits and nutrition, as well as the growth pattern, of Portuguese children in the first years of life (15). PNPAS also recently supported and integrated the Joint Action on Nutrition and Physical Activity (JANPA), a project that aims to halt the rise of overweight and obesity in children and adolescents by 2020 (16).

Other studies to evaluate the consumption of sodium by the population and the presence of trans fatty acids in foods sold in Portugal were also carried out during this period, with the support of PNPAS and WHO.

In the last 4 years, DGS has worked together with the National Health Institute on planning and launching the Public Health Initiatives Programme funded

by grants from the European Economic Area (EEA). Nutrition was one of the predefined priority areas; different research projects related to the assessment of food consumption and nutritional status, as well as to intervention programmes to reduce social inequalities in nutrition, were funded, with a total funding in nutrition of approximately 3 million euros (10 projects) (17). The funded projects focus on different areas, from the assessment of iodine levels in schoolchildren to the National Food, Nutrition and Physical Activity Survey 2014–2016 (IAN), a flagship project.

Annual reports, *Alimentação saudável em números* (Healthy diet in numbers), have been published in order to aggregate and disseminate all available data from Portugal relating to nutritional status, food consumption and their determinants (18).

Data regarding food availability suggest that the intake of saturated fats (16%) and of foods from the “meat, fish and eggs” and “fats and oils” food groups had increased during the period 2008–2012, and were above the levels recommended by WHO. In contrast, there was a decrease in the availability of pulses. When compared with the recommendations of the Portuguese Food Wheel, the availability of foods from the “fruits”, “vegetables” and “pulses” groups was below recommendations; on the other hand, the availability of foods from the “meat, fish and eggs”, and “fats and oils” groups was above recommendations, highlighting the shift in the Portuguese eating pattern from the healthy eating recommendations (18).

STRATEGY 2: MODIFY THE SUPPLY OF CERTAIN FOODS (HIGH IN SUGAR, SALT AND FAT) IN SCHOOLS, WORKPLACES AND OTHER PUBLIC SETTINGS

Different efforts were aimed at modifying food availability in public places, mainly in schools and workplaces. However, the interventions in the school environment were probably the most relevant. During the last 4 years, several actions were implemented in schools, in coordination with the Ministry of Education, with the purpose of regulating their food supply. In 2013, an official circular containing guidelines for healthy menus, was published to regulate schools’ offer of meals (19). This official document also advocates the use of iodine salt in schools (19). Additionally, in 2012 a document was published to guide the food supply in school

buffets/cafeterias. This guiding document provides an easy way to classify foods into three different types: “foods to promote”, “foods to limit” and “foods to avoid”. It thus supports schools in selecting the best food options (20).

The School Fruit Scheme (SFS) is a European Union (EU)-wide voluntary scheme that provides schoolchildren with fruit and vegetables. SFS is an intersectoral programme, involving three different government sectors. National coordination of the SFS is ensured jointly by the Ministries of Agriculture, Education and Health; PNPAS is the focal point of DGS.

The promotion of a healthy diet in workplaces is another important strategic action of the PNPAS as partner of the Fighting Obesity through Offer and Demand (FOOD) programme, an initiative involving several European countries and partners that aims to “improve the nutritional quality of the food offered in restaurants” (21).

STRATEGY 3: INCREASE FOOD AND NUTRITIONAL LITERACY AND EMPOWER CITIZENS FROM DIFFERENT SOCIOECONOMIC AND AGE GROUPS

A set of digital platforms were developed, namely the PNPAS official website (22) and official blog (“Nutrimento”) (23), which aim to stimulate the exchange of information and ideas and debate on current issues related to nutrition, dissemination of good practices and research on this subject. Since the website was launched, it has had upwards of 17 000 users and 120 000 page views, while the blog has gathered approximately 150 000 users and 500 000 page views. The growing importance of social networks as effective communication tools is clear. In that context, PNPAS has been using Twitter as another communication channel since 2015.

Additional educational tools have been developed by PNPAS, including posters and podcasts about food and nutrition, stock photography of Portuguese food, videos, healthy recipes, regular newsletters, and nutrition guides such as *Guidelines for a healthy vegetarian diet* (24) and *Nutrition and Alzheimer’s disease* (25). Educational materials and tools oriented towards socioeconomic vulnerable groups have also been developed.

Different educational materials have also been developed specifically for children, such as posters regarding the promotion of water intake, and books and posters related to the importance of diet for oral health. These materials have been delivered to children through the national network of school libraries.

PNPAS has scientifically supported the Nutri Ventures project since its inception. This is the first children’s entertainment brand in the world to promote healthy eating for children. Since its initial launch in 2012, the series has been sold in over 32 countries (26).

STRATEGY 4: IDENTIFY AND PROMOTE CROSS-SECTORAL ACTIONS WITH OTHER SOCIETY SECTORS, NAMELY AGRICULTURE, SPORTS, ENVIRONMENT, EDUCATION, LOCAL AUTHORITIES AND SOCIAL SECURITY

From 2012 to 2015, PNPAS used a cross-sectoral approach to establish alliances and protocols with several stakeholders for encouraging the availability of healthier food choices (see Table 1). PNPAS actively participates as a focal point of WHO Europe on nutrition and various WHO networks, such as the WHO European COSI; “Reducing marketing pressure on children”; and “Reducing salt intake in the population”. PNPAS also integrates the High Level Group on Nutrition and Physical Activity led by the EC. It also participates in and supports the work of government agencies, nongovernmental organizations (NGOs) and foundations, such as the Calouste Gulbenkian Foundation.

In 2013, the Mediterranean diet in Portugal was recognized as the *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization’s* Intangible Cultural Heritage of Humanity. PNPAS integrated the working group that submitted the application and *is currently a member of the* Monitoring Group for the Protection and Promotion of the Mediterranean Diet.

In 2015, an interministerial working group was created, under the responsibility of DGS (PNPAS), in order to propose a set of actions to reduce salt consumption in the Portuguese population. The National Strategy for the Promotion of Physical Activity, Health and Well-Being is also supported by PNPAS.

TABLE 1. CROSS-SECTORAL ACTIONS OF THE PORTUGUESE PNPAS

Sectors/areas	Stakeholders	Projects/protocols/partnerships
Health	Regional Administration of Health	Close collaborative work
	Health care centres	Close collaborative work
	National Programme for Smoking Prevention and Tobacco Control	Smoking cessation and weight gain – guidelines (27)
	National Programme for Oral Health Promotion	Written materials about diet and oral health for children
	National Programme for Monitoring of Low-risk Pregnancy	Close collaborative work
	National Programme for Reproductive Health	Food and nutrition in pregnancy – guidelines (28)
Municipalities	Municipalities at national level	Close collaborative work
International Institutions	WHO	European Action Plan for Food and Nutrition Policy
	EC	High Level group on Nutrition and Physical Activity
	Food and Agriculture Organization of the United Nations	Close collaborative work
	CPLP	Food Security and Nutrition Strategy for CPLP
NGOs	Oikos® – Cooperation and Development (Portuguese NGO whose goal is worldwide development)	Civil society project to promote an integrated food policy
Environment	Quercus® – Green Movement (environmental NGO)	Increase the knowledge needed to adopt a healthy eating pattern that is also tasty and environmentally friendly
Research and development	The Institute of Molecular Pathology and Immunology of the University of Porto (Human Oncology)	Collaboration protocol – cancer prevention documentaries
Older persons	Virtual Centre of Ageing	Nutrition and Alzheimer's disease – guidelines (25)
Salt	Directorate-General for Economic Activities	Working group on salt
	Directorate-General for Consumers	
	Food Safety and Economic Authority	
	Directorate-General of Food and Veterinary Medicine	
	Federation of Portuguese Agro-Food Industries	
	Portuguese Association of Distribution Companies	
	The Portuguese Commerce and Services Confederation	
	Association of Hotels, Restaurants and Similar Services of Portugal	
	The Portuguese Association for Consumer Protection	
DGS		
Food industry	PortugalFoods®	To bring the food industry and health sectors together in reformulation of foods
Food distribution	LIDL®	Campaigns to promote fruit and vegetables to children
	Pingo Doce®	Production of healthy recipes
Producers' associations	Observatory of Agricultural Markets and Agro-food Imports	Collaboration protocol
Consumer associations	Directorate-General for Consumers	Poster of recommended food servings, by the new Portuguese Food Wheel Guide
Corporate partners (social projects)	Edenred®	FOOD Programme (21)
	Janssen® and KeyPoint®	Project on health promotion to children and adolescents – "Almoço Virtual" (Virtual Lunch)
Digital and graphic arts	Institute of Art, Design and Enterprise	Posters and videos about nutrition
	Active Media corporate	Podcasts, videos to promote physical activity
Dramatic arts	Super S – healthy superhero (actor)	Nutrition education for school-aged children
University	University of Porto	Development of a portable measuring device for salt

CPLP: Community of Portuguese Language Countries

STRATEGY 5: IMPROVE THE TRAINING AND QUALIFICATIONS OF DIFFERENT PROFESSIONALS WHO CAN INFLUENCE NUTRITIONAL PATTERNS IN HEALTH CARE SERVICES, SCHOOLS, LOCAL AUTHORITY, TOURISM, CATERING AND SOCIAL SECURITY SECTORS

PNPAS has produced a large number of documents and tools for health care and other professionals to provide guidelines for nutrition interventions at different levels (see Box 3) (24, 25, 27–35). Among them, PNPAS was involved in financing the construction of System of Planning and Evaluation of School Meals (SPARE) software for planning and evaluating the nutritional quality of school meals (36). PNPAS was also involved in the development of technical documents launched by the Ministry of Health on iodine supplementation (37) and anthropometry (38).

STRATEGY 6: IMPROVE INTERVENTIONS AND NETWORKING BETWEEN PROFESSIONALS AND STRUCTURES DEALING WITH OBESITY

The implementation of actions to prevent and treat obesity is obviously one of the main goals of the programme. PNPAS collaborated with the Quality Department of DGS in developing an Integrated Care Process (PAI) for overweight adults. This document describes a set of subsequent activities that should be conducted for diagnosis and clinical practice in relation to treating and monitoring of overweight adults, defining the responsibilities of professionals at different levels of health care (39).

Table 2 presents a time-dependent flowchart of the different actions implemented for each strategy during the first 4-year period of implementation of PNPAS.

Table 3 presents the number of actions implemented during the first period of implementation of PNPAS (2012–2016). The largest number of actions was implemented under aims 1, 3 and 5.

In order to assess the impact and effectiveness of PNPAS, six indicators were established: (i) control childhood overweight and obesity up to 2016; (ii) increase by 5% the number of school-aged children that consume fruit and vegetables daily; (iii) increase by 5% the number of school-aged children that have an adequate breakfast every day; (iv) increase by 5%

BOX 3. NUTRITION GUIDES FOR HEALTH CARE AND OTHER PROFESSIONALS

- Guidelines for a healthy vegetarian diet (24)
- Nutrition and Alzheimer's disease (25)
- Smoking cessation and weight gain – guidelines (27)
- Food and nutrition in pregnancy (28)
- Aromatic herbs – a strategy for reducing salt in the diet of the Portuguese (29)
- Guidelines for food supply in university residences (30)
- Iodine – importance for health and the role of diet (31)
- Guidelines on food contaminants (32)
- Proper hydration in schools (33)
- Refugee reception: food and nutrition needs in emergencies (34)
- Nutrition and disabilities (35)

the number of consumers that use food labels; (v) increase by 10% the number of municipalities that receive regular information on healthy eating; and (vi) decrease by 10% the average levels of salt available in foods (1).

Unfortunately, owing to financial constraints, some of the systems necessary for this evaluation were only put in place after the programme had started. The COSI system, put in place in 2008, was used to provide information on the prevalence of childhood overweight and obesity in Portugal. Between 2008 and 2013, a tendency to a decline in increasing rates of overweight and obesity in children aged between 6 and 8 years was observed; this stabilized in 2013 (11). In relation to the consumption of fruits and vegetables, self-reported data collected by a national survey suggest a decrease in consumption between 2008 and 2012 in school-aged children (12); however, the final data available from the National Food Survey, which will be available at the end of 2016, will allow evaluation of more comprehensive information on food consumption, after a period of almost 37 years without this type of data. A food database recording the salt content of Portuguese food and the evolution of salt content in main food items will be available in September 2016. Fig. 2 describes the PNPAS logic model, including its main objectives and strategies, as well as the outputs achieved during this period.

TABLE 2. TIME-DEPENDENT FLOWCHART OF ACTIONS IMPLEMENTED

Strategies and actions	2012	2013	2014	2015	2016
Strategy 1. Aggregate and collect indicators of nutritional status, food consumption and their determinants during the life cycle and evaluate situations of food insecurity					
Alimentação saudável em números (Healthy diet in numbers) report – compilation of data obtained by different studies developed in Portugal (18)	←→				
MAPICO study (13)	←→				
INFOFAMÍLIA (National Survey on Food Insecurity) (7, 10)	←→				
COSI (11)	←→				
HBSC study (12)	←→				
EPACI study (15)	←→				
EPHE study	←→				
JANPA (16)	←→				
EEA grants (10 research nutrition projects)	←→				
Study about sodium consumption in the Portuguese population	←→				
Study about the presence of trans fatty acids in foods sold in Portugal	←→				
Strategy 2. Modify the supply of certain foods (high in sugar, salt and fat), namely in schools, workplaces and other public settings					
SFS	←→				
Official circular with guidelines for healthy meals in schools (19)	←→				
Guide for food supply in school buffets/cafeterias (20)	←→				
FOOD programme (21)	←→				
Strategy 3. Increase food and nutritional literacy and empower citizens from different socioeconomic and age groups					
Creation and launch of PNPAS official website (22)	←→				
Reformulation and launch of PNPAS official website (22)	←→				
Creation and launch of “Nutrimento” blog (23)	←→				
Alimentação Inteligente (Smart eating – eat better, save more)	←→				
Stock photography of Portuguese food	←→				
Educational videos	←→				
Healthy recipes	←→				
Nutrition guides	←→				
PNPAS newsletters	←→				
Diet and Oral Health book	←→				
Nutri Ventures project (26)	←→				
Strategy 4. To identify and promote cross-sectoral actions with other society sectors, namely agriculture, sports, environment, education, local authorities and social security					
Monitoring Group for the Protection and Promotion of the Mediterranean Diet	←→				
Workgroup on salt	←→				
National Strategy for the Promotion of Physical Activity, Health and Well-Being	←→				
PNPAS cross-sectoral actions (see Table 1)	←→				
Strategy 5. Improve the training and qualifications of different professionals who can influence nutritional patterns, namely in health care services, schools, local authorities, tourism, catering or social security					
Nutrition guides for health care and other professionals (11 nutrition guides) (24, 25, 27–35)	←→				
SPARE tool (36)	←→				
Technical documents on anthropometry procedures (Ministry of Health) (38)	←→				
Technical documents on iodine supplementation (Ministry of Health) (37)	←→				
Strategy 6. Improve the interventions and networking between professionals and structures dealing with obesity					
Integrated Care Process for overweight adults (39)	←→				

TABLE 3. SUMMARY OF ACTIONS DURING THE PERIOD 2012-2016

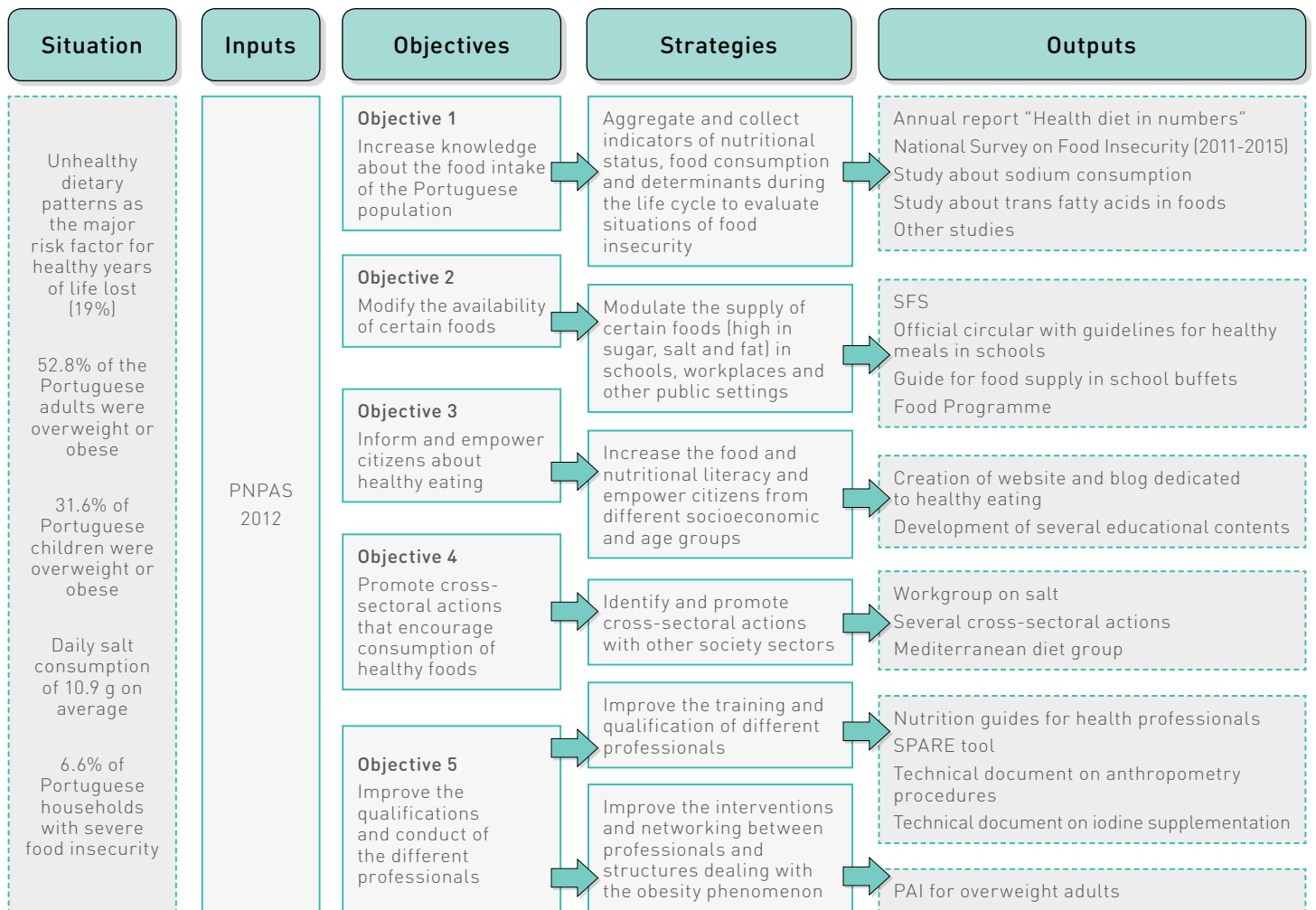
Aims of the Portuguese PNPAS	Actions completed or in progress
Aim 1: To increase knowledge about the food intake of the Portuguese population, and its determinants and consequences	11
Aim 2: To change the availability of certain foods in schools, workplaces and public spaces	4
Aim 3: To inform and empower the population on the purchase, preparation and storage of healthy food, especially within the most vulnerable groups	11
Aim 4: To identify and promote cross-sectoral actions that encourage the consumption of foods of good nutritional quality in an articulate and integrated way with other sectors, namely agriculture, sport, environment, education, social security and local authorities	4
Aim 5: To improve the qualifications and conduct of the different professionals who, owing to their roles, may influence nutritional knowledge, attitudes and behaviours	14
Total	44

DISCUSSION

Approved in 2012, PNPAS represents the first comprehensive national strategy for the promotion of healthy eating in Portugal. The design of PNPAS followed the latest strategic lines suggested by WHO and EC.

During the first 4-year period of PNPAS, several actions at different levels were implemented. The establishment of alliances and partnerships with different stakeholders was the first step taken by PNPAS towards establishing an intersectoral strategy involving all other government sectors (education, agriculture, environment, social protection), the private sector and civil society to consider the need to reduce exposure to risks factors for unhealthy diets that are independent of the scope of health. For example, PNPAS worked with the Ministry of Education and the Ministry of Social Affairs to change the food offered by school canteens and food aid programmes. In fact, and following the trends of European food policies,

FIG. 2. LOGIC MODEL FOR THE PORTUGUESE PNPAS



the involvement of PNPAS in the development of regulatory measures to change the availability of food was clearer in the area of school nutrition policies. The next step should be the implementation of actions to monitor the implementation of these guidelines.

On the other hand, PNPAS now plays a more active role in the communication and dissemination of accurate information on food and nutrition. Different educational materials have been published, either for the general population or for health care professionals. Furthermore, the use of new technologies and communication channels (digital/social media) is considered an important method of providing information on healthy eating.

In the authors' opinion, a food and nutrition policy should support nutrition and health surveillance systems, which should be able to provide information in a systematic and rapid way, in order to monitor and evaluate time trends in food consumption. PNPAS was implemented during a major economic crisis, and the austerity programmes implemented by the Portuguese government (e.g. reductions in unemployment assistance, reduction in minimum social incomes, public sector pay cuts, increases in VAT, increases in health care charges, increases in social contributions) have had a significant impact on the increasing trends towards indicators of inequality and poverty. Despite the fact that Portugal already ranks among the most unequal countries in the Organisation for Economic Co-operation and Development, the last European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) showed that the financial crisis accelerated income inequality and poverty (5). Thus, since 2011, PNPAS has implemented a system for monitoring and evaluating the household food insecurity of the Portuguese population. Household food insecurity was considered an indicator that would allow assessment of the impact of the economic crisis on access to adequate foods and, at the same time, allow identification of groups at risk of this condition in order to identify priority intervention groups.

There is still a lot to do. An important challenge for food policymakers is the fact that the creation of healthy food environments requires a broad multisectoral approach in order to establish alliances and partnerships among the different government

sectors, the private sector and civil society. In addition, this multisectoral approach should be able to make policy interventions targeting the social determinants of health (6). The need for a more intense intersectoral approach is one of the main challenges of food and nutrition policies, especially in countries such as Portugal where integrated policies are not common. A final important issue is the financing of these types of prevention and health-promotion programmes. Although they are considered highly relevant components of a health policy, the budget for such programmes (including the necessary human and physical resources) is still almost negligible.

In the near future, it will be essential to improve the quality of indicators and the capacity of data collection in order to make monitoring systems more accurate and to simultaneously enable impact evaluation of this strategy. Another key point will be consolidation of the strategy and the creation of a management and administration group that is sufficiently robust and stable to respond to the multiple requests of today's society in which food issues are central.

Acknowledgements: None

Source of funding: The Portuguese PNPAS is supported independently by social games, such as the national lottery. The Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, is a centuries-old non-profit-making organization operating under the strict control of the Portuguese Government. It has the exclusive right, under Portuguese legislation, to organize and operate lotteries, lotto games and sporting bets. The programme director is not paid; the programme depends on the DGS/Ministry of Health; and PNPAS does not receive any other funding from private or commercial entities.

Conflict of interests: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decision or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Programa Nacional da Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2012 (<http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/documentos/orientacoes-tecnicas/nacionais/programa-nacional-para-a-promocao-da-alimentacao-saudavel-orientacoes-programaticas#.VOL2Sr6vw1g>, accessed 23 May 2016).

2. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf, accessed 18 May 2016).
3. A saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015.
4. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Mais de metade da população com 18 ou mais anos tinha excesso de peso. Lisbon: Instituto Nacional de Estatística; 2015 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/INS2014.aspx>, accessed 18 May 2016).
5. Inquérito às Condições de Vida 2013 (Dados Provisórios). Lisbon: Instituto Nacional de Estatística; 2014 (http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819520&DESTAQUESmodo=2, accessed 18 May 2016).
6. Loring B, Robertson A. Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf?ua=1, accessed 18 May 2016).
7. Gregório MJ, Graça P, Costa A, Nogueira PJ. Time and regional perspective of food insecurity during the economic crisis in Portugal, 2011–2013. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(4):13–27.
8. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action. In: World Food Summit, 13–17 November 1996, Rome, Italy (<http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.HTM>, accessed 18 May 2016).
9. The Helsinki Statement on Health in All Policies. In: The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf, accessed 18 May 2016).
10. Gregório MJ, Graça P, Nogueira PJ, Gomes S, Santos CA, Boavida J. Proposta metodológica para a avaliação da insegurança alimentar em Portugal. *Revista Nutricias*. 2014(21):4–1
11. Rito AI, Graça P. Childhood Obesity Surveillance Initiative 2013. Lisbon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2015 (http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3108/3/Relatorio_COSI_Portugal_2013.pdf, accessed 23 May 2016).
12. de Matos MG, Simões C, Camacho I, Reis M, Equipa, Aventura Social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2014. Lisbon: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais (CMDT)/IHMT/UNL; 2015 (http://www.apah.pt/media/Outros_Docs_TecnicosRelatorios_Tematicos/DGS_Relatorio_A_SaudeDosAdolescentesPortugueses_Ano2014_Dezembro2014.pdf, accessed 18 May 2016).
13. MAPICO – Mapeamento e divulgação de boas práticas em projetos de intervenção comunitária na área da prevenção da obesidade em Portugal. Lisbon: Plataforma Contra a Obesidade; 2012 (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=436&exmenuid=437>, accessed 18 May 2016).
14. Mantziki K, Vassilopoulos A, Radulian G, Borys JM, du Plessis H, Gregório MJ et al. Promoting health equity in European children: design and methodology of the prospective EPHE (Epoque for the Promotion of Health Equity) evaluation study. *BMC Public Health*. 2014;14:303. doi:10.1186/1471-2458-14-303.
15. Alimentação e crescimento nos primeiros anos de vida a propósito do EPACI Portugal 2012. Lisbon: EPACI Portugal; 2013 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1445005594EPACI2013.pdf, accessed 18 May 2016).
16. The project. In: Joint Action on Nutrition and Physical Activity [website]. (<http://www.janpa.eu/about/project.asp>, accessed 18 May 2016).
17. EEA grants. In: Alimentação Saudável [website]. (<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/investigacao/eea-grants/>, accessed 18 May 2016).
18. Portugal – Alimentação Saudável em Números 2014. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444947680relatorioPNPAS2014.pdf, accessed 18 May 2016).
19. Circular nº.: 3/DSEEAS/DGE/ 2013. Orientações sobre ementas e refeitórios escolares 2013/2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444948270Orientacoessobreementaserefeitorioscolares2013_2014.pdf, accessed 18 May 2016).
20. Ladeiras L, Lima RM, Lopes A. Bufetes escolares – orientações. Lisbon: Ministério da Educação e Ciência – Direção-Geral da Educação; 2012 (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Bufetes%20escolares.pdf>, accessed 18 May 2016).
21. FOOD Programme. Fighting Obesity through Offer and Demand (<http://www.food-programme.eu/>, accessed 18 May 2016).
22. Alimentação Saudável (<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/en/>, accessed 18 May 2016).
23. Nutrimento. Blog do Programa Nacional Promoção Alimentação Saudável (www.nutrimento.pt, accessed 18 May 2016).
24. Silva SCG, Pinho JP, Borges C, Santos CT, Santos A, Graça P. Guidelines for a healthy vegetarian diet. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015 (<https://sigarra.lisboa.gov.pt>, accessed 18 May 2016).

- up.pt/fcnaup/pt//pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=12044, accessed 18 May 2016).
25. Correia A, Filipe J, Santos A, Graça P. Nutrição e doença de Alzheimer. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444910422Nutri%C3%A7%C3%A3oedoen%C3%A7adeAlzheimer.pdf, accessed 18 May 2016).
 26. Nutri Ventures (<http://nutri-ventures.com/pt/>, accessed 18 May 2016).
 27. Simas P, Marinho AR, Dias T. Cessaç o tab gica e ganho ponderal: linhas de orienta o. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2016 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1452006924Cessac%CC%A7a%CC%83otaba%CC%81gicaeganhoponderal.pdf, accessed 18 May 2016).
 28. Teixeira D, Pestana D, Calhau C, Vicente L, Graça P. Alimenta o e nutri o na gravidez. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf, accessed 18 May 2016).
 29. Lopes A, Teixeira D, Calhau C, Pestana D, Padr o P, Graça P. Ervas arom ticas – uma estrat gia para a redu o do sal na alimenta o dos Portugueses. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1446660770Ervasarom%C3%A1ticasUmestrat%C3%A9giaparaaredu%C3%A7%C3%A3odosalnaalimenta%C3%A7%C3%A3odosPortugueses.pdf, accessed 18 May 2016).
 30. Bastos S, Graça P, Santos CT, Ferreira JC. Linhas de orienta o para a oferta alimentar em resid ncias universit rias. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899574Linhasdeorienta oparaaofertaalimentaremresidenciasuniversit rias.pdf, accessed 18 May 2016).
 31. Teixeira D, Calhau C, Pestana D, Vicente L, Graça P. Iodo – import ncia para a sa de e o papel da alimenta o. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899433Iodo_Importanciaparaasaudeeopapeldaalimenta o.pdf, accessed 18 May 2016).
 32. Teixeira D, Pestana D, Calhau C, Graça P. Linhas de orienta o sobre contaminantes de alimentos. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de. 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899638LinhasdeOrienta%C3%A7%C3%A3osobreContaminantesdeAlimentos.pdf, accessed 18 May 2016).
 33. Padr o P, Lopes A, Lima RM, Graça P. Hidrata o adequada em meio escolar. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de. 2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1448969202hidrata%C3%A7%C3%A3oemmeioescolar_digital.pdf, accessed 18 May 2016).
 34. Valdivieso R, Greg rio MJ, de Sousa SM, Santos CT, Graça MR, Correia A et al. Acolhimento de refugiados: alimenta o e necessidades nutricionais em situa es de emerg ncia. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1450699130AcolhimentoderefugiadosmanualPNPAS.pdf, accessed 18 May 2016).
 35. Campos MA, Sousa R. Nutri o e defici ncia(s). Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2015 (<http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/03/Nutri o-e-Defici ncias.pdf>, accessed 18 May 2016).
 36. Rocha A, Afonso C, Santos MC, Morais C, Franchini B, Chilro R. System of planning and evaluation of school meals. *Public Health Nutr.* 2014;17(6):1264–70. doi:10.1017/S1368980013001961.
 37. Aporte de iodo em mulheres na preconce o, gravidez e amamenta o. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2013 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444914832Orienta o0112013Aportedeiodoemmulheresnpreconce ogravidezeamamenta o.pdf, accessed 18 May 2016).
 38. Avalia o antropom trica no adulto. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2013 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444914557Orienta oavalia oantropom tricanoadulto.pdf, accessed 18 May 2016).
 39. Processo assistencial integrado da pr -obesidade no adulto. Lisbon: Dire o-Geral da Sa de; 2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1450787614PAIpr%C3%A9obesidade.pdf, accessed 18 May 2016).

Доклад

ПОРТУГАЛЬСКАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ: 2012–2015 гг.

Pedro Graça^{1,2}, Maria João Gregório², Sofia Mendes de Sousa¹, Joana Carriço¹, Andreia Correia¹, Clara Salvador¹

¹ Главное управление здравоохранения Португалии

² Факультет наук о питании и пищевых продуктах Университета Порту, Португалия

Автор, отвечающий за переписку: Pedro Graça (адрес электронной почты: pedrograca@dgs.pt)

АННОТАЦИЯ

В данной статье описан первый 4-летний период (2012–2015 гг.) реализации Португальской национальной программы популяризации здорового питания (PNPAS). PNPAS была утверждена в 2012 году как программа по предупреждению неинфекционных заболеваний, целью которой было улучшение обеспечения населения продуктами питания; в ней представлена первая национальная стратегия по популяризации здорового питания в Португалии. Для выполнения этой миссии, принимая во внимание ее основные принципы, PNPAS определила пять основных целей: (i) повысить уровень знаний о рационе питания населения Португалии, его детерминантах и последствиях; (ii) изменить уровень доступности определенных продуктов (с высоким содержанием сахара, соли и жиров) в школах, на рабочих местах и в местах общего пользования; (iii) информировать население и расширить его возможности для приобретения, приготовления и хранения полезных продуктов питания, в частности

среди наиболее уязвимых групп; (iv) определить межсекторальные мероприятия, которые способствуют потреблению продуктов с хорошими питательными качествами, и оказывать им содействие путем четкого и интегрированного сотрудничества с другими секторами, в частности с секторами сельского хозяйства, спорта, окружающей среды, образования, социального обеспечения, а также местными органами власти; и (v) улучшить профессиональные навыки и качество работы различных специалистов, которые, в соответствии со своими ролями, могут оказывать влияние на знания, отношение и поведение, касающиеся питания.

PNPAS была разработана в соответствии с последними стратегическими направлениями, предложенными ВОЗ и Европейской комиссией; в ней предлагается межсекторальный набор мероприятий по обеспечению физического и экономического доступа к здоровому питанию путем создания здоровых условий и расширения возможностей отдельных людей и сообществ.

В течение первого 4-летнего периода осуществления PNPAS на разных уровнях были реализованы несколько мероприятий; два из них были особенно значимыми. Первое касалось расширения возможностей граждан в отношении здорового питания, и наиболее важным его аспектом было создание цифровой стратегии путем разработки веб-сайта и блога, посвященных здоровому питанию. Второе касалось разработки документов для медицинских работников и других специалистов, включая несколько руководств по новым областям, таким как антропометрические измерения и мероприятия при предожирении.

Были определены показатели процесса и результатов для мониторинга и оценки программы. Среди показателей, которые рассматривались как показатели результатов, были оценка детского ожирения, потребление соли и рацион питания на завтрак среди детей школьного возраста.

Ключевые слова: ПРОДОВОЛЬСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА, PNPAS, ПОРТУГАЛИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Португальская национальная программа популяризации здорового питания (PNPAS) начала работать в 2012 году, ее миссией было «улучшение пищевого статуса населения, содействие физическим и эконо-

мическим возможностям для потребления продуктов здорового питания и создание условий, в которых люди смогли бы оценить, понять значимость и интегрировать их в свою повседневную жизнь» (1).

Данная стратегия была одобрена Главным управлением здравоохранения Португалии (DGS) в 2012

году, как одна из восьми приоритетных программ здравоохранения. Она основана на многоотраслевом сотрудничестве и представляет собой первую комплексную национальную стратегию в области продовольственных продуктов и питания в Португалии после первых программ по борьбе с ожирением на национальном уровне, которые были реализованы в 2005 и 2007 годах Министерством здравоохранения (1).

Растущее бремя неинфекционных заболеваний (НИЗ) – одна из основных проблем в области общественного здравоохранения во всем мире (2). В соответствии с Исследованием глобального бремени болезней за 2010 год, в Португалии 85% от общего бремени болезней связано с НИЗ. Более того, научные данные о бремени болезней в Португалии, связанном с факторами риска, выраженные в виде процентного соотношения лет жизни, утраченных в результате инвалидности, показали, что нездоровый рацион питания, в частности низкое содержание фруктов и овощей и высокое содержание натрия и соли, является основным фактором риска для утраты здоровых лет жизни (19%); далее следуют высокое кровяное давление (16,5%) и высокий индекс массы тела (13,3%) (3).

По данным последнего Национального обследования состояния здоровья населения (2014), более половины взрослых людей в Португалии страдают от лишнего веса или ожирения (52,8%) (4). Кроме того, бедность и социальное неравенство, которые также являются хорошо известными проблемами в Португалии (5), тесно связаны с нездоровым питанием (6). По данным Национального обследования продовольственной безопасности, проведенного в Португалии, примерно 50,7% населения находились в ситуации отсутствия продовольственной безопасности (7), что означает, что респонденты, по крайней мере, выражали обеспокоенность по поводу доступа к достаточному рациону питания или снизили качество и/или количество продуктов в своем рационе питания. На Всемирном продовольственном саммите, проведенном в 1996 году, отсутствие продовольственной безопасности было определено, как невозможность иметь «доступ к безопасной, достаточной и питательной пище для обеспечения здоровой и активной жизни» (8).

В данной статье описывается PNPAS, в частности ее принципы, задачи, стратегии и ключевые мероприя-

тия, охватывающие 4-летний период ее реализации (2012–2015 гг.).

ПРИНЦИПЫ И ЦЕЛИ ПОРТУГАЛЬСКОЙ PNPAS

Основное стратегическое направление PNPAS – остановить рост заболеваемости НИЗ, связанных с питанием, с учетом усиления этой проблемы здравоохранения в Португалии.

PNPAS основана на четырех основных принципах (см. вставку 1), и была разработана в соответствии с новейшими программными документами ВОЗ и Европейской комиссии (ЕК).

В любой стратегии по популяризации здорового питания должна быть возможность по реализации координированного набора мероприятий, которые способствовали бы появлению у населения здоровых пищевых привычек, а также созданию условий для популяризации здорового питания.

ВСТАВКА 1. ПРИНЦИПЫ ПОРТУГАЛЬСКОЙ PNPAS

1. Использовать информацию, основанную на фактических данных, а также международные руководящие принципы, предложенные в стратегических документах ВОЗ и ЕК, для дизайна PNPAS.
2. Понимать популяризацию здорового питания, как комплексный набор мероприятий, целью которых является оказание содействия гражданам для того, чтобы здоровое питание вошло в их привычки, а также создать условия, способствующие здоровому питанию.
3. Рассматривать борьбу с социальными неравенствами в процессе оценки здорового питания и здоровья как одну из основных задач для обеспечения права на достаточное питание для всех лиц.
4. Внедрить комплексные межсекторальные действия путем разработки общих инициатив, основанных на принципе «учета интересов здравоохранения во всех стратегиях» (9), принимая во внимание то, что на потребление продуктов питания могут оказать значительное влияние разные правительственные секторы (в частности сектор здравоохранения и его специалисты), частный сектор и гражданское общество, а также социальные, экономические и культурные факторы.

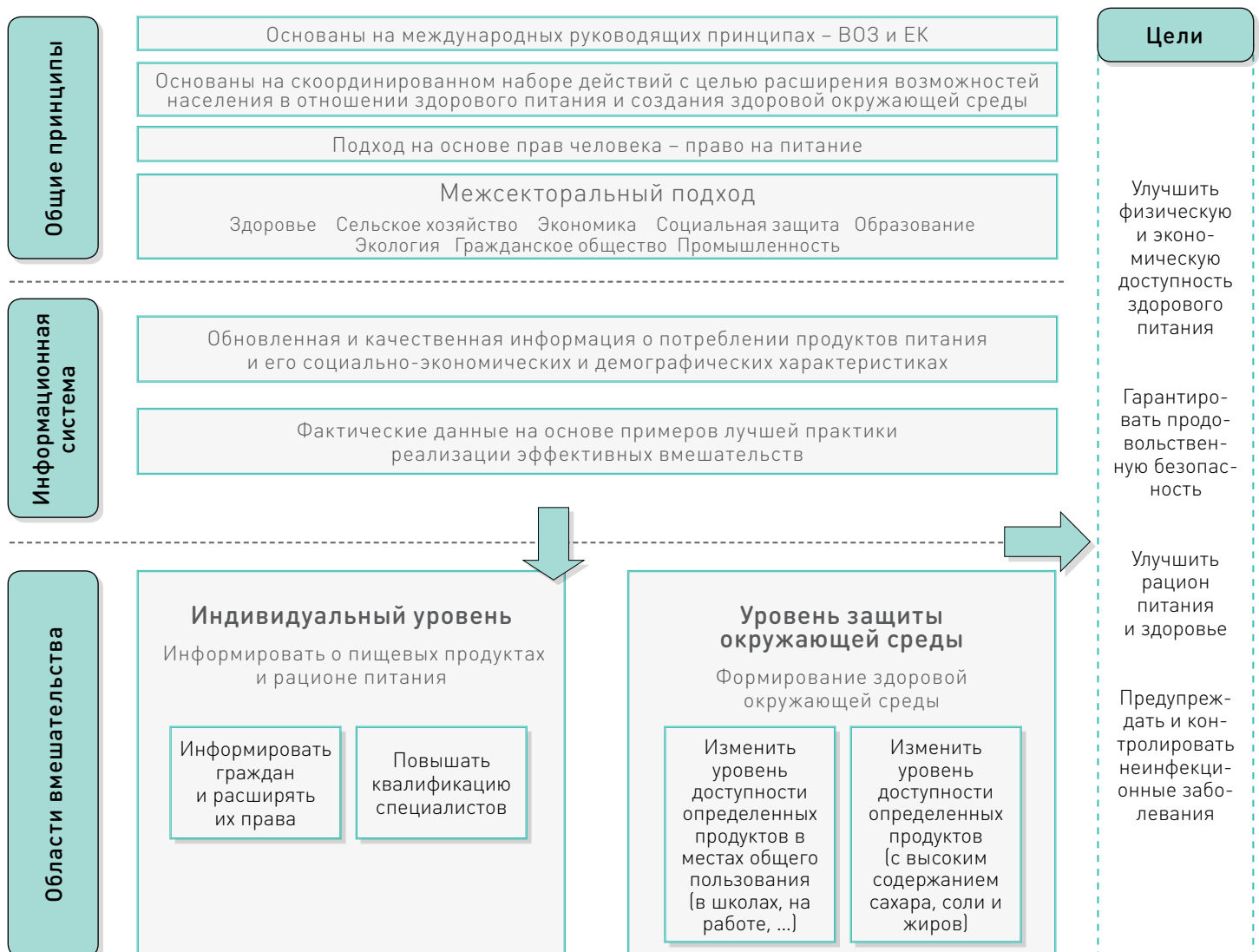
В португальской стратегии отражена потребность в отказе от единичных мероприятий и постепенной интеграции ряда законодательных мер по вопросам наличия и доступности продуктов питания, а также привлечения других заинтересованных сторон в соответствии с принципом учета интересов здравоохранения во всех стратегиях (9). Более того, в последних документах, которые используются в качестве справки, подчеркивается необходимость усиления интеграции принципов прав человека, в частности права на достаточное питание. Необходимость более интенсивного межсекторального совместного подхода является одной из самых сложных задач в стратегиях по пищевым продуктам и питанию в рамках интегрированной концепции политики в области пищевых продуктов и питания (см. рис. 1).

С целью выполнения своей миссии и принимая во внимание ее общие принципы, PNPAS определила пять основных целей (см. вставку 2).

СТРАТЕГИИ И МЕРОПРИЯТИЯ ПОРТУГАЛЬСКОЙ PNPAS, РЕАЛИЗОВАННЫЕ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО 4-ЛЕТНЕГО ПЕРИОДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (2012–2015 гг.)

Для достижения пяти основных целей PNPAS, был разработан ряд стратегий.

РИСУНОК 1. СТРУКТУРА ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ И ПИТАНИЯ



ВСТАВКА 2. ЗАДАЧИ ПОРТУГАЛЬСКОЙ PNPAS

1. Повысить уровень знаний о рационе питания населения Португалии, его детерминантах и последствиях.
2. Изменить уровень доступности определенных продуктов (с высоким содержанием сахара, соли и жиров) в школах, на рабочих местах и в местах общественного пользования.
3. Информировать население и расширить его возможности для приобретения, приготовления и хранения полезных продуктов питания, в частности среди наиболее уязвимых групп.
4. Определить межсекторальные мероприятия, которые способствуют потреблению продуктов с хорошими питательными качествами, и оказывать им содействие путем четкого и интегрированного сотрудничества с другими секторами, в частности с секторами сельского хозяйства, спорта, окружающей среды, образования, социального обеспечения, а также местными органами власти.
5. Улучшить профессиональные навыки и качество работы различных специалистов, которые, в соответствии со своими ролями, могут оказывать влияние на знания, отношение и поведение, касающиеся питания.

СТРАТЕГИЯ 1: ОБЪЕДИНИТЬ И СОБРАТЬ ПОКАЗАТЕЛИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА, ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩИ И ИХ ДЕТЕРМИНАНТ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА, И ОЦЕНИТЬ СИТУАЦИЮ ОТСУТСТВИЯ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Внедрение национальной информационной системы для оценки пищевого статуса населения имеет серьезное значение для проведения мониторинга и оценки тенденций с течением времени, а также их детерминант и последствий. В рамках этой стратегии PNPAS действует на трех разных уровнях: (i) разработка исследований для получения данных о потреблении пищи и пищевом статусе населения Португалии, их детерминантах и последствиях; (ii) предоставление средств поощрения и поддержки для разработки направлений исследований по вопросам питания в сотрудничестве с университетами, исследовательскими институтами и научными ассоциациями; и (iii) сбор и распространение всех доступных и опубликованных данных в этой области в Португалии.

С 2011 года PNPAS внедрила систему для мониторинга и оценки отсутствия продовольственной безопасности на уровне домохозяйств в Португалии – обследование INFOFAMÍLIA. Отсутствие продовольственной безопасности на уровне домохозяйств рассматривается как показатель влияния экономического кризиса, и, в то же время, данное обследование позволяет определить группы, подвергающиеся риску отсутствия продовольственной безопасности. Это текущее межсекторальное обследование, которое проводится каждый год; его выборка – это клиенты учреждений первичной медико-санитарной помощи (7, 10).

Португалия – одна из первых европейских стран, присоединившихся к Европейской инициативе ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI). В Португалии партнерами PNPAS являются сотрудники команды, ответственной за разработку COSI (11). Главное управление здравоохранения (DGS) (PNPAS) также финансировало исследование ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) (12).

Кроме того, целесообразно организовать и/или оказать содействие проведению сбора и распространения примеров лучшей практики. Проект «Картирование национальных проектов реализации мероприятий по борьбе с ожирением» (MAPICO) был разработан с целью картирования программ вмешательств в сообществах, реализуемых в Португалии для профилактики детского ожирения (13). На этом уровне реализации мероприятий PNPAS также выступала в роли научного партнера EPODE в проекте «Содействие в достижении равенства в сфере здравоохранения» (EPHE) – европейском проекте, действовавшем с 2012 по 2015 г., целью которого была оценка влияния мероприятий в сфере здравоохранения на уровне сообществ на снижение социально-экономического неравенства, с которым связано детское ожирение в семи странах Европы (14).

При административной и научной поддержке PNPAS было проведено несколько исследований. В 2012 году проводилось исследование «Особенности питания и роста в младенческом возрасте» (EPACI); в нем была использована национальная репрезентативная выборка населения Португалии, в которую входили дети в возрасте 0–3 лет, а его задачей была характеристика пищевых привычек

и питания, а также особенности роста португальских детей в первые годы жизни (15). PNPAS недавно также поддержала проект «Совместные усилия по вопросам питания и физической активности» (JANPA), цель которого – прекратить рост числа случаев избыточного веса и ожирения у детей и подростков к 2020 году (16).

В течение этого периода были также проведены другие исследования по оценке потребления населением продуктов питания, содержащих натрий и трансжирные кислоты, при поддержке PNPAS и ВОЗ.

В течение последних четырех лет DGS совместно с Национальным институтом здравоохранения работали над планированием и запуском Программы инициатив общественного здравоохранения, которая финансировалась за счет грантов Европейского экономического пространства (ЕЭП). Питание является одной из предварительно определенных приоритетных областей; на различные исследовательские проекты, связанные с оценкой потребления пищи и пищевым статусом, а также программы мероприятий по снижению уровня социального неравенства в области питания, было выделено финансирование в размере примерно 3 миллиона евро (10 проектов) (17). Финансируемые проекты были направлены на разные области – начиная от оценки степени обеспеченности школьников йодом, и до Национального обследования по вопросам пищевых продуктов, питания и физической активности, 2014–2016 гг. (IAN), флагманского проекта.

Годовые отчеты *Alimentação saudável em números* (Здоровое питание в цифрах) были опубликованы для обобщения и распространения всех имеющихся данных из Португалии, связанных с пищевым статусом, потреблением пищи и их детерминантами (18).

На основе данных о доступности продуктов питания можно сделать предположение, что уровень потребления насыщенных жиров (16%) и продуктов питания из групп «мясо, рыба и яйца» и «жиры и масла» вырос в период 2008–2012 гг. и превысил рекомендованный ВОЗ уровень. В то же время уровень доступности зернобобовых снизился. Доступность продуктов из групп «фрукты», «овощи» и «зернобобовые» была ниже рекомендованной Управлением по вопросам продуктов питания Португалии;

с другой стороны, доступность продуктов из групп «мясо, рыба и яйца» и «жиры и масла» была выше рекомендованной, что подчеркивает отклонение пищевых привычек португальцев от рекомендаций по здоровому питанию (18).

СТРАТЕГИЯ 2: ИЗМЕНИТЬ ПОСТАВКИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ (С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ САХАРА, СОЛИ И ЖИРОВ) В ШКОЛЫ, НА РАБОЧИЕ МЕСТА И В ДРУГИЕ МЕСТА ОБЩЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Различные мероприятия были направлены на изменение доступности продуктов питания в местах общего пользования, в основном в школах и на рабочих местах. Однако мероприятия в школьной среде оказались, вероятнее всего, наиболее актуальными. В течение последних 4 лет было реализовано несколько мероприятий в школах в сотрудничестве с Министерством образования с целью регулирования поставок продуктов питания. В 2013 году была опубликована официальная инструкция, содержащая руководство по здоровому питанию с целью регулирования школьного меню (19). Кроме того, в 2012 году был опубликован документ с руководством по продовольственному снабжению в школьных буфетах/кафетериях. В этом руководящем документе представлен легкий способ классификации продуктов питания по трем типам: «продукты, которые следует популяризовать», «продукты, которые следует ограничить» и «продукты, которых следует избегать». Таким образом, школам оказывается поддержка в выборе лучших продуктов питания (20).

Школьный план по фруктам (SFS) – это распространенная во всем Европейском союзе (ЕС) добровольная схема по обеспечению школьников фруктами и овощами. SFS – это межсекторальная программа, в которой задействованы три разных государственных сектора. Национальная координация SFS обеспечивается совместно министерствами сельского хозяйства, образования и здравоохранения; PNPAS координирует деятельность DGS.

Популяризация здорового питания на рабочих местах является ещё одним стратегическим мероприятием PNPAS, как партнера программы «Борьба с ожирением с помощью спроса и предложения» (FOOD), инициативы, в которую вовлечены несколько европейских стран и партнеров, целью которой

является «улучшение питательных качеств продуктов питания, предлагаемых в ресторанах» (21).

СТРАТЕГИЯ 3: ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ И ПИТАНИИ И РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ГРАЖДАН ИЗ РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Был разработан ряд цифровых платформ, в частности официальный веб-сайт PNPAS (22) и официальный блог (“Nutrimento”) (23), цель которых – способствовать обмену информацией и идеями, а также дискуссиям по актуальным вопросам, связанным с питанием, распространению лучших практик и проведению исследований по этой теме. После запуска веб-сайта, на нем появилось 17 000 пользователей, страниц была просмотрена 120 000 раз, а блог собрал примерно 150 000 пользователей и 500 000 просмотров страницы. Очевидно, что растет значение социальных сетей, как эффективных инструментов коммуникации. В связи с этим PNPAS использует Twitter как один из каналов коммуникации с 2015 года.

Дополнительные образовательные инструменты были разработаны PNPAS, включая постеры и подкасты о пищевых продуктах и питании, фотобанк португальских продуктов питания, видео, здоровые рецепты, регулярные рассылки новостей, а также руководства по питанию, такие как «Руководство по здоровому вегетарианскому питанию» (24) и «Питание и болезнь Альцгеймера» (25). Также были разработаны образовательные материалы и инструменты, ориентированные на социально и экономически уязвимые группы.

Кроме того, были разработаны различные образовательные материалы специально для детей, такие как постеры, побуждающие пить больше воды, а также книги и постеры о важности диеты для здоровья ротовой полости. Данные материалы были представлены детям через национальную сеть школьных библиотек.

PNPAS оказывала научную поддержку проекту Nutri Ventures с момента его создания. Это первый

бренд детских развлечений в мире, который популяризирует здоровое питание для детей. С момента первоначального запуска в 2012 году, серия была продана более чем в 32 странах (26).

СТРАТЕГИЯ 4: ОПРЕДЕЛИТЬ МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ С ДРУГИМИ СЕКТОРАМИ ОБЩЕСТВА, В ЧАСТНОСТИ СЕКТОРАМИ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА, СПОРТА, ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ, ОБРАЗОВАНИЯ, МЕСТНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, И ОКАЗАТЬ ИМ СОДЕЙСТВИЕ

В период с 2012 по 2015 гг. PNPAS использовала межсекторальный подход для создания альянсов и протоколов с несколькими заинтересованными сторонами по вопросам содействия доступности более здоровых продуктов (см. табл. 1). PNPAS активно участвует в качестве координационного центра Европейского бюро ВОЗ по вопросам питания и различных сетей ВОЗ, таких как Европейская инициатива ВОЗ COSI; «Снижение негативного воздействия маркетинга на детей»; и «Снижение потребления соли среди населения». PNPAS также входит в состав Группы высокого уровня по вопросам питания, физической активности и ожирения, управляемой ЕК. Она также принимает участие в работе государственных учреждений, неправительственных организаций (НПО), и фондов, таких как Calouste Gulbenkian Foundation, и оказывает им поддержку.

В 2013 году средиземноморская диета в Португалии была признана Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры нематериальным культурным наследием человечества. PNPAS присоединилась к рабочей группе, которая подала заявку, и в данный момент является членом Группы по мониторингу с целью защиты и популяризации средиземноморской диеты.

В 2015 году была создана межминистерская рабочая группа под руководством DGS (PNPAS), чтобы предложить ряд действий по снижению потребления соли среди населения Португалии. Национальная стратегия по популяризации физической активности, здоровья и благополучия также получает поддержку PNPAS.

ТАБЛИЦА 1. МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОРТУГАЛЬСКОЙ PNPAS

Секторы/области	Заинтересованные стороны	Проекты/протоколы/партнерства
Здравоохранение	Региональная администрация здравоохранения	Тесное совместное сотрудничество
	Центры здравоохранения	Тесное совместное сотрудничество
	Национальная программа по профилактике табакокурения и борьбе с ним	Отказ от курения и набор веса – методические рекомендации (27)
	Национальная программа по популяризации гигиены ротовой полости	Документы о рационе питания и гигиене полости рта для детей
	Национальная программа по мониторингу беременности с низким уровнем риска	Тесное совместное сотрудничество
	Национальная программа по репродуктивному здоровью	Пищевые продукты и питание во время беременности – методические рекомендации (28)
Муниципалитеты	Муниципалитеты на национальном уровне	Тесное совместное сотрудничество
Международные организации	ВОЗ	Европейский план действий в области пищевых продуктов и питания
	ЕК	Группа высокого уровня по вопросам питания, физической активности и ожирения
	Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций	Тесное совместное сотрудничество
	Содружество португалоязычных стран (CPLP)	Пищевая безопасность и стратегия по вопросам питания для CPLP
НПО	Oikos® – Сотрудничество и развитие (португальская НПО, целью которой является развитие во всем мире)	Проект гражданского общества по популяризации комплексной политики по продуктам питания
Окружающая среда	Quegus® – Зеленое движение (НПО по защите окружающей среды)	Повышение уровня знаний, необходимых для перехода на модель здорового питания, которое также является вкусным и не наносит ущерба окружающей среде
Исследования и развитие	Институт молекулярной патологии и иммунологии Университета Порту (онкология человека)	Совместный протокол – документальные фильмы о профилактике рака
Люди старшего возраста	Виртуальный центр старения	Питание и болезнь Альцгеймера – руководящие принципы (25)
Соль	Генеральное управление по экономической деятельности	Рабочая группа по вопросам соли
	Главное управление по делам потребителей	
	Управление по продовольственной безопасности и экономике	
	Главное управление по продуктам питания и ветеринарной медицине	
	Федерация португальской сельскохозяйственной и пищевой промышленности	
	Португальская ассоциация дистрибьюторских компаний	
	Португальская конфедерация торговли и услуг	
Ассоциация отелей, ресторанов и подобных услуг в Португалии		
Португальская ассоциация защиты прав потребителей		
DGS		
Пищевая индустрия	PortugalFoods®	Объединить пищевую промышленность и сектор здравоохранения с целью изменения состава продуктов питания
Продажа продовольственных товаров	LIDL®	Кампании по популяризации фруктов и овощей среди детей
	Pingo Doce®	Выпуск рецептов здорового питания
Ассоциации производителей	Обсерватория сельскохозяйственных рынков и импорта сельскохозяйственной продукции	Протокол сотрудничества
Ассоциации потребителей	Генеральное управление по делам потребителей	Постеры с изображением рекомендованной сервировки пищи, разработанные новым Португальским управлением «Пищевое колесо»
Корпоративные партнеры (социальные проекты)	Edenred®	Программа FOOD (21)
	Janssen® и KeyPoint®	Проект по укреплению здоровья среди детей и подростков – “Almoço Virtual” (виртуальный запуск)
Цифровое и изобразительное искусство	Институт искусств, дизайна и предпринимательства	Постеры и видео о питании
	Холдинг Active Media	Подкасты и видео для популяризации физической активности
Драматическое искусство	Super S – здоровый супергерой (актер)	Образовательная информация по вопросам питания для детей школьного возраста
Университет	Университет Порту	Разработка портативного прибора для измерения соли

СТРАТЕГИЯ 5: УЛУЧШИТЬ ОБУЧЕНИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАВЫКИ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЛИЯТЬ НА ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, ШКОЛАХ, МЕСТНЫХ ОРГАНАХ ВЛАСТИ, ТУРИЗМЕ, СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ И СЕКТОРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

PNPAS выпустила большое количество документов и инструментов для специалистов в области здравоохранения и других областях по предоставлению руководства по реализации мер в области питания на разных уровнях (см. вставку 3) (24, 25, 27–35). Из указанных выше мер PNPAS принимала участие в финансировании разработки программного обеспечения для планирования и оценки питательных качеств школьного питания Системы планирования и оценки школьного питания (SPARE) (36). PNPAS также принимала участие в разработке технических документов по вопросам добавления в рацион питания йода (37) и проведения антропометрии (38), выпущенных Министерством здравоохранения.

СТРАТЕГИЯ 6: УЛУЧШИТЬ МЕРОПРИЯТИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ СПЕЦИАЛИСТАМИ И СТРУКТУРАМИ, ЗАНИМАЮЩИМИСЯ ПРОБЛЕМОЙ ОЖИРЕНИЯ

Реализация мер по предотвращению и лечению ожирения – это, естественно, одна из главных целей программы. PNPAS сотрудничала с Отделом по вопросам качества DGS в деле разработки Интегрированного процесса ухода (PAI) для взрослых с избыточным весом. В этом документе описан ряд последовательных мероприятий, которые должны быть проведены для диагностики и клинической практики в связи с лечением и мониторингом взрослых с избыточным весом, и определены обязанности специалистов на разных уровнях предоставления медицинских услуг (39).

В таблице 2 представлена зависящая от времени схема различных мер, реализованных по каждой стратегии в течение первого 4-летнего периода реализации PNPAS.

В таблице 3 представлено число мер, осуществленных в течение первого периода реализации PNPAS (2012–2016). Наибольшее число мер было реализовано по целям 1,3 и 5.

ВСТАВКА 3. РУКОВОДСТВА ПО ПИТАНИЮ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Руководство по здоровой вегетарианской диете (24)
- Питание и болезнь Альцгеймера (25)
- Отказ от курения и набор веса – методические рекомендации (27)
- Пищевые продукты и питание во время беременности (28)
- Ароматические травы – стратегия снижения содержания соли в рационе питания португальцев (29)
- Руководящие принципы по поставкам пищевых продуктов в университетские общешития (30)
- Йод – важность для здоровья и роль в диете (31)
- Методические рекомендации по веществам, загрязняющим пищевые продукты (32)
- Необходимое потребление воды в школах (33)
- Прием беженцев: потребности в пищевых продуктах и питании в чрезвычайных ситуациях (34)
- Питание и инвалидность (35)

Для оценки влияния и эффективности PNPAS были созданы шесть показателей: (i) контроль детского избыточного веса и ожирения до 2016 г; (ii) увеличение на 5% числа детей школьного возраста, которые ежедневно потребляют фрукты и овощи; (iii) увеличение на 5% числа детей школьного возраста, которые каждый день полноценно завтракают; (iv) увеличение на 5% числа потребителей, которые знают маркировку пищевых продуктов; (v) увеличение на 10% числа муниципальных образований, которые получают регулярную информацию о здоровом питании; и (vi) снижение на 10% среднего уровня соли в продуктах питания (1).

К сожалению, в связи с финансовыми ограничениями, некоторые системы, необходимые для проведения этой оценки, были введены в действие уже после начала программы. Система COSI, созданная в 2008 году, была использована для предоставления информации о распространенности избыточного веса и ожирения у детей в Португалии. Между 2008 и 2013 гг. наблюдалась тенденция снижения роста уровня ожирения среди детей в возрасте от 6 до 8 лет; эта ситуация стабилизировалась в 2013 г. (11). Что касается потребления фруктов и овощей (по самостоятельно предоставленным респондентами данным, собранным в ходе национального исследо-

ТАБЛИЦА 2. СХЕМА РЕАЛИЗОВАННЫХ МЕР С РАЗБИВКОЙ ПО ВРЕМЕННЫМ ПЕРИОДАМ

Стратегии и меры	2012	2013	2014	2015	2016
Стратегия 1. Объединить и собрать данные по показателям пищевого статуса, потребления пищи и их детерминант в течение жизненного цикла, и оценить ситуации отсутствия продовольственной безопасности					
Alimentação saudável em números (Здоровое питание в цифрах) отчет – сборник данных, полученных в результате различных исследований, проведенных в Португалии (18)	←→				
Исследование MAPICO (13)	←→				
INFOFAMÍLIA (Национальное исследование отсутствия пищевой безопасности) (7, 10)	←→				
COSI (11)	←→				
Исследование HBSC (12)	←→				
Исследование EPACI (15)	←→				
Исследование EPHE	←→				
JANPA (16)	←→				
Гранты ЕЭП (10 проектов по исследованиям в области питания)	←→				
Исследование о потреблении натрия среди населения Португалии	←→				
Исследование о наличии трансжирных кислот в продуктах питания, которые продаются в Португалии	←→				
Стратегия 2. Изменить поставки определенных продуктов (с высоким содержанием сахара, соли и жиров) в школы, на рабочие места и в другие места общего пользования					
SFS	←→				
Официальная инструкция, содержащая руководство по здоровому питанию с целью регулирования школьного меню (19)	←→				
Руководство по продовольственному снабжению в школьных буфетах/кафетериях (20)	←→				
Программа FOOD (21)	←→				
Стратегия 3. Повышение уровня осведомленности о пищевых продуктах и расширение возможностей граждан из различных социально-экономических и возрастных групп					
Создание и запуск официального веб-сайта PNPAS (22)	←→				
PNPAS Доработка и запуск официального веб-сайта PNPAS (22)	←→				
Создание и старт работы блога "Nutrimento" (23)	←→				
Alimentação Inteligente (Разумное питание – питайся лучше, экономь больше)	←→				
База фотографий блюд португальской кухни	←→				
Образовательные видео	←→				
Здоровые рецепты	←→				
Рекомендации по питанию	←→				
Новостные рассылки PNPAS	←→				
Книга Diet and Oral Health (Диета и гигиена полости рта)	←→				
Проект Nutri Ventures (26)	←→				
Стратегия 4. Определить межсекторальные мероприятия с другими секторами общества, в частности, секторами сельского хозяйства, спорта, окружающей среды, образования, местных органов власти и социального обеспечения и содействовать их реализации					
Мониторинговая группа по вопросам защиты и популяризации средиземноморской диеты	←→				
Рабочая группа по вопросам потребления соли	←→				
Национальная стратегия по популяризации физической активности, здоровья и благополучия	←→				
Межсекторальные мероприятия PNPAS (см. Таблицу 1)	←→				
Стратегия 5. Улучшить обучение и профессиональные навыки различных специалистов, которые могут влиять на особенности питания в медицинских учреждениях, школах, местных органах власти, туризме, сфере обслуживания и социального обеспечения					
Методические рекомендации по вопросам питания для медицинских работников и других специалистов (11 методических рекомендаций по вопросам питания) (24, 25, 27–35)	←→				
Инструмент SPARE (36)	←→				
Технический документ по проведению антропометрических процедур (Министерство здравоохранения) (38)	←→				
Техническая документация по добавкам, содержащим йод (Министерство здравоохранения) (37)	←→				
Стратегия 6. Улучшить мероприятия и взаимодействие между специалистами и структурами, занимающимися проблемой ожирения					
Процесс оказания услуг по комплексному уходу для взрослых с избыточным весом (39)	←→				

вания), отмечалось снижение уровня потребления в период 2008–2012 годов среди детей школьного возраста (12); однако последние данные Национального исследования по вопросам питания будут доступны в конце 2016 года и позволят провести оценку более полной информации о потреблении продуктов питания; такие данные будут доступны впервые за 37 лет. База данных продуктов питания с записями о содержании соли в португальских продуктах питания и изменении содержания соли в основных продуктах питания будет доступна в 2016 г. На рисунке 2 описана логическая модель PNPAS, включая ее основные цели и стратегии, а также результаты, полученные в течение этого периода.

ОБСУЖДЕНИЕ

Утвержденная в 2012 году PNPAS является первой комплексной национальной стратегией по популяризации здорового питания в Португалии. Структура PNPAS соответствует последним стратегическим направлениям, предложенным ВОЗ и ЕК.

В течение первого четырехлетнего периода деятельности PNPAS были предприняты несколько мероприятий на различных уровнях. Создание альянсов и партнерств с различными заинтересованными сторонами было первым шагом, предпринятым PNPAS на пути к созданию межсекторальной стратегии, в которую вовлечены все правительственные секторы (образование, сельское хозяйство, окружающая среда, социальное обеспечение), частный сектор и гражданское общество, и в которой рассматривается необходимость снижения подверженности риску в связи с нездоровым питанием, который не зависит от системы медицинского обслуживания. К примеру, PNPAS сотрудничала с Министерством образования и Министерством по социальным вопросам для изменения продуктов питания, которые предлагают в школьных столовых и программах продовольственной помощи. На самом деле, следуя тенденциям Европейских стратегий в области продовольственных продуктов, участие PNPAS в разработке нормативных мер для изменения доступности продуктов питания было более понятным в сфере системы питания в школах. Следующим шагом должна быть реализация мероприятий для мониторинга этих руководящих принципов.

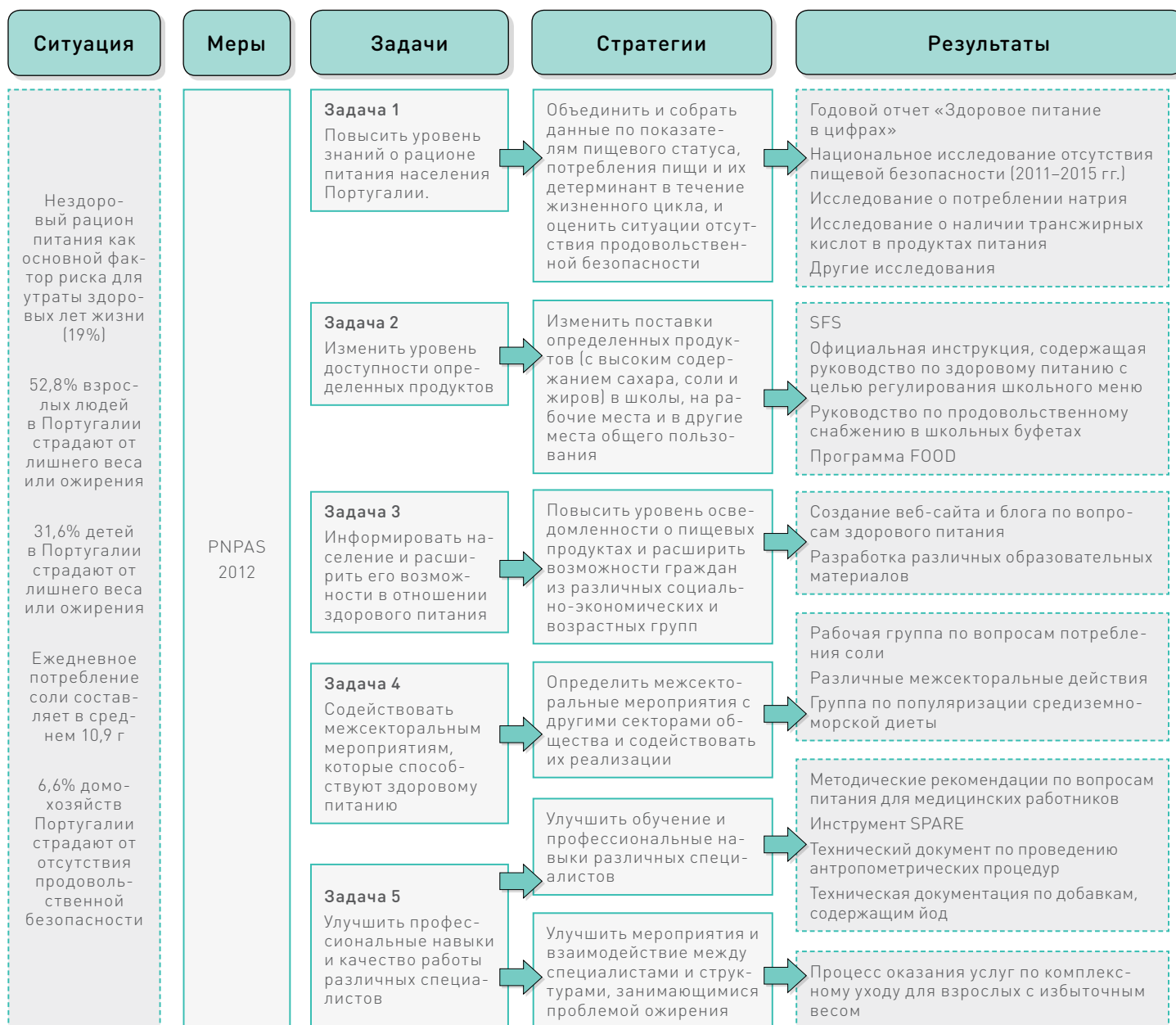
ТАБЛИЦА 3. РЕЗЮМЕ МЕРОПРИЯТИЙ, РЕАЛИЗОВАННЫХ В ПЕРИОД 2012–2016 гг.

Цели португальской PNPAS	Мероприятия: завершенные или в процессе
Цель 1. Повысить уровень знаний о рационе питания населения Португалии, его детерминант и последствиях.	11
Цель 2. Изменить уровень доступности определенных продуктов (с высоким содержанием сахара, соли и жиров) в школах, на рабочих местах и в местах общественного пользования.	4
Цель 3. Информировать население и расширить его возможности для приобретения, приготовления и хранения полезных продуктов питания, в частности среди наиболее уязвимых групп.	11
Цель 4. Определить межсекторальные мероприятия, которые способствуют потреблению продуктов с хорошими питательными качествами, и оказывать им содействие путем четкого и интегрированного сотрудничества с другими секторами, в частности с секторами сельского хозяйства, спорта, окружающей среды, образования, социального обеспечения, а также местными органами власти.	4
Цель 5. Улучшить профессиональные навыки и работу различных специалистов, которые, в соответствии со своими ролями, могут оказывать влияние на знания, отношение и поведение, касающиеся питания.	14
Всего	44

С другой стороны, в данный момент PNPAS играет более активную роль в области коммуникации и распространения точной информации о пищевых продуктах и питании. Были опубликованы различные образовательные материалы, как для общего населения, так и для медицинских специалистов. Более того, использование новых технологий и каналов коммуникации (цифровых/социальных средств массовой информации) рассматривается как важный метод предоставления информации о здоровом питании.

По мнению авторов, политика в области пищевых продуктов и питания должна оказывать поддержку системам эпиднадзора в области питания и здравоохранения, которые должны иметь возможность

РИСУНОК 2. ЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПОРТУГАЛЬСКОЙ PNPAS



систематически и быстро предоставлять информацию для мониторинга и оценки временных тенденций потребления пищи. PNPAS была реализована во время крупного экономического кризиса, а программы жесткой экономии, которые осуществляло правительство Португалии (например, снижение размера пособий по безработице, снижение минимального социального дохода, снижение уровня зарплат в государственном секторе, повышение НДС, повышение медицинских сборов, повышение социальных взносов) оказали значительное влияние на тенденции роста показателей неравенства

и бедности. Несмотря на то, что Португалия уже входит в число стран с наивысшим уровнем неравенства по версии Организации экономического сотрудничества и развития, по последним данным Статистики ЕС по уровню дохода и материально-бытовых условий (EU-SILC), финансовый кризис ускорил рост неравенства доходов и бедности (5). Именно поэтому с 2011 года PNPAS внедрила систему для мониторинга и оценки отсутствия продовольственной безопасности в домохозяйствах среди населения Португалии. Отсутствие продовольственной безопасности в домохозяйствах

рассматривают как показатель, который поможет провести оценку влияния экономического кризиса на доступ к необходимым продуктам питания и, в то же время, позволит выявить группы, которые подвергаются риску оказаться в таких условиях, и определить приоритетные группы для проведения вмешательств.

Многое все еще предстоит сделать. Серьезной проблемой для лиц, ответственных за выработку политики в сфере продуктов питания, является тот факт, что создание условий для здорового питания требует широкого многосекторального подхода для создания альянсов и партнерств между разными правительственными секторами, частным сектором и гражданским обществом. Кроме того, этот многосекторальный подход должен давать возможность разрабатывать политические мероприятия, направленные на социальные детерминанты здоровья (6). Потребность в более интенсивном межсекторальном подходе – это одна из основных задач политики в области пищевых продуктов и питания, в частности в таких странах, как Португалия, в которых комплексная политика не так широко распространена. Последним важным вопросом является финансирование таких типов профилактических программ и программ, направленных на улучшение здоровья. Хотя их и считают чрезвычайно актуальными компонентами политики в сфере здравоохранения, бюджетные средства, выделяемые для таких программ (включая необходимые человеческие и физические ресурсы) до сих пор очень незначительны.

В ближайшем будущем необходимо будет улучшить качество показателей и возможности для сбора данных, чтобы сделать системы мониторинга более точными и одновременно получить возможность для оценки воздействия этой стратегии. Еще одним ключевым моментом станет консолидация стратегии и создание группы управления и администрации, которая будет достаточно устойчивой и стабильной, чтобы отвечать на множественные запросы современного общества, среди которых проблемы в области пищевых продуктов занимают центральное место.

Выражение признательности: не указано.

Источник финансирования: Португальская PNPAS получает независимую финансовую поддержку от социальных игр, таких как национальная лотерея. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – это некоммерческая

организация с более чем столетней историей, работающая под строгим контролем правительства Португалии. По португальским законам она имеет эксклюзивное право на организацию и проведение лотерей, игр в лото и приема спортивных ставок. Программный директор работает бесплатно; программа зависит от DGS/Министерства здравоохранения; PNPAS не получает никакого другого финансирования от частных или коммерческих организаций.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Programa Nacional da Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2012 (<http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/documentos/orientacoes-tecnicas/nacionais/programa-nacional-para-a-promocao-da-alimentacao-saudavel-orientacoes-programaticas#.V0L2Sr6vw1g>, accessed 23 May 2016).
2. Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/5/9789244506233_rus.pdf, по состоянию на 18 мая 2016 г.).
3. A saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015.
4. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Mais de metade da população com 18 ou mais anos tinha excesso de peso. Lisbon: Instituto Nacional de Estatística; 2015 (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/INS2014.aspx>, accessed 18 May 2016). Inquérito às Condições de Vida 2013 (Dados Provisórios). Lisbon: Instituto Nacional de Estatística; 2014 (http://www.ine.pt/xportal/xmain?xid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819520&DESTAQUESmodo=2, accessed 18 May 2016).
5. Loring B, Robertson A. Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf?ua=1, accessed 18 May 2016).
6. Gregório MJ, Graça P, Costa A, Nogueira PJ. Time and regional perspective of food insecurity during the economic crisis in Portugal, 2011–2013. Saúde e Sociedade. 2014;23(4):13–27.

7. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action. In: World Food Summit, 13–17 November 1996, Rome, Italy (<http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.HTM>, accessed 18 May 2016).
8. The Helsinki Statement on Health in All Policies. In: The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf, accessed 18 May 2016).
9. Gregório MJ, Graça P, Nogueira PJ, Gomes S, Santos CA, Boavida J. Proposta metodológica para a avaliação da insegurança alimentar em Portugal. *Revista Nutricias*. 2014(21):4–1
10. Rito AI, Graça P. Childhood Obesity Surveillance Initiative 2013. Lisbon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2015 (http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3108/3/Relatorio_COSI_Portugal_2013.pdf, accessed 23 May 2016).
11. de Matos MG, Simões C, Camacho I, Reis M, Equipa, Aventura Social & Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2014. Lisbon: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais (CMDT)/IHMT/UNL; 2015 (http://www.apah.pt/media/Outros_Docs_TecnicosRelatorios_Tematicos/DGS_Relatorio_A_SaudeDosAdolescentesPortugueses_Ano2014_Dezembro2014.pdf, accessed 18 May 2016).
12. MAPICO – Mapeamento e divulgação de boas práticas em projetos de intervenção comunitária na área da prevenção da obesidade em Portugal. Lisbon: Plataforma Contra a Obesidade; 2012 (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/conteudo.aspx?menuid=436&exmenuid=437>, accessed 18 May 2016).
13. Mantziki K, Vassilopoulos A, Radulian G, Borys JM, du Plessis H, Gregório MJ et al. Promoting health equity in European children: design and methodology of the prospective EPHE (Epoque for the Promotion of Health Equity) evaluation study. *BMC Public Health*. 2014;14:303. doi:10.1186/1471-2458-14-303.
14. Alimentação e crescimento nos primeiros anos de vida a propósito do EPACI Portugal 2012. Lisbon: EPACI Portugal; 2013 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1445005594EPACI2013.pdf, accessed 18 May 2016).
15. The project. In: Joint Action on Nutrition and Physical Activity [website]. (<http://www.janpa.eu/about/project.asp>, accessed 18 May 2016).
16. EEA grants. In: Alimentação Saudável [website]. (<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/investigacao/eea-grants/>, accessed 18 May 2016).
17. Portugal – Alimentação Saudável em Números 2014. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444947680relatorioPNPAS2014.pdf, accessed 18 May 2016).
18. Circular nº.: 3/DSEEAS/DGE/ 2013. Orientações sobre ementas e refeitórios escolares 2013/2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444948270Orientacoessobreementaserefeitoriosescolares2013_2014.pdf, accessed 18 May 2016).
19. Ladeiras L, Lima RM, Lopes A. Bufetes escolares – orientações. Lisbon: Ministério da Educação e Ciência – Direção-Geral da Educação; 2012 (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Bufetes%20escolares.pdf>, accessed 18 May 2016).
20. FOOD Programme. Fighting Obesity through Offer and Demand (<http://www.food-programme.eu/>, accessed 18 May 2016).
21. Alimentação Saudável (<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/en/>, accessed 18 May 2016).
22. Nutrimento. Blog do Programa Nacional Promoção Alimentação Saudável (www.nutrimento.pt, accessed 18 May 2016).
23. Silva SCG, Pinho JP, Borges C, Santos CT, Santos A, Graça P. Guidelines for a healthy vegetarian diet. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015 (https://sigarra.up.pt/fcnaup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=12044, accessed 18 May 2016).
24. Correia A, Filipe J, Santos A, Graça P. Nutrição e doença de Alzheimer. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444910422Nutri%C3%A7%C3%A3oeDoen%C3%A7adeAlzheimer.pdf, accessed 18 May 2016).
25. Nutri Ventures (<http://nutri-ventures.com/pt/>, accessed 18 May 2016).
26. Simas P, Marinho AR, Dias T. Cessaçao tabágica e ganho ponderal: linhas de orientação. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2016 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1452006924Cessac%CC%A7a%CC%83otaba%CC%81gicaganhoponderal.pdf, accessed 18 May 2016).
27. Teixeira D, Pestana D, Calhau C, Vicente L, Graça P. Alimentação e nutrição na gravidez. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf, accessed 18 May 2016).
28. Lopes A, Teixeira D, Calhau C, Pestana D, Padrão P, Graça P. Ervas aromáticas – uma estratégia para a redução do sal na alimentação dos Portugueses. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1446660770Ervasarom%C3%A1ticasUmestrat

- %C3%A9giaparaaredu%C3%A7%C3%A3odosalnaalime
nta%C3%A7%C3%A3odosPortugueses.pdf, accessed 18
May 2016).
29. Bastos S, Graça P, Santos CT, Ferreira JC. Linhas de orientação para a oferta alimentar em residências universitárias. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899574Linhasdeorientaçãoparaaofertaalimentaremresidenciasuniversitárias.pdf, accessed 18 May 2016).
 30. Teixeira D, Calhau C, Pestana D, Vicente L, Graça P. Iodo – importância para a saúde e o papel da alimentação. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899433Iodo_Importânciaparaasaúdeepapeldaalimentação.pdf, accessed 18 May 2016).
 31. Teixeira D, Pestana D, Calhau C, Graça P. Linhas de orientação sobre contaminantes de alimentos. Lisbon: Direção-Geral da Saúde. 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899638LinhasdeOrienta%C3%A7%C3%A3osobreContaminantesdeAlimentos.pdf, accessed 18 May 2016).
 32. Padrão P, Lopes A, Lima RM, Graça P. Hidratação adequada em meio escolar. Lisbon: Direção-Geral da Saúde. 2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1448969202hidrata%C3%A7%C3%A3oemmeioescolar_digital.pdf, accessed 18 May 2016).
 33. Valdivieso R, Gregório MJ, de Sousa SM, Santos CT, Graça MR, Correia A et al. Acolhimento de refugiados: alimentação e necessidades nutricionais em situações de emergência. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1450699130AcolhimentoderefugiadosmanualPNPAS.pdf, accessed 18 May 2016).
 34. Campos MA, Sousa R. Nutrição e deficiência(s). Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2015 (<http://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2015/03/Nutrição-e-Deficiências.pdf>, accessed 18 May 2016).
 35. Rocha A, Afonso C, Santos MC, Morais C, Franchini B, Chilro R. System of planning and evaluation of school meals. *Public Health Nutr.* 2014;17(6):1264–70. doi:10.1017/S1368980013001961.
- Aporte de iodo em mulheres na preconcepção, gravidez e amamentação. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2013 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444914832Orientaçãoº0112013Aportedeiodoemmulheresnapeconcepçãogravidezeamamentação.pdf, accessed 18 May 2016).
36. Avaliação antropométrica no adulto. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2013 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444914557Orientaçãoavaliaçãoantropométricanoadulto.pdf, accessed 18 May 2016).
 37. Processo assistencial integrado da pré-obesidade no adulto. Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2014 (http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1450787614PAIpr%C3%A9obesidade.pdf, accessed 18 May 2016).

Report

WORKING ACROSS SECTORS TO IMPROVE HEALTH AND REDUCE INEQUALITIES: THE EXPERIENCE OF THE TRANSPORT, HEALTH AND ENVIRONMENT PAN-EUROPEAN PROGRAMME

Christian Schweizer,¹ Francesca Racioppi,¹ Ivonne Higuero,² Virginia Fusé,² George Giorgiadis³

¹ World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

² United Nations Economic Commission for Europe, Environment Division

³ United Nations Economic Commission for Europe, Sustainable Transport Division

Corresponding author: Christian Schweizer (email: schweizerc@who.int)

ABSTRACT

Health is influenced by political choices pertaining to the socioeconomic and environmental sphere of governance. One example of the relevance of sectoral policies on health is the nexus of transport and land-use policies and their multiple impacts on health. In order to address these issues, WHO Member States decided in 2002 to establish an international policy framework, the Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP). THE PEP engages all three sectors on

an equal footing, enabling governments to take advantage of the opportunities provided by sustainable and healthy transport policies to contribute towards attaining the highest level of health and well-being for all, a better environment and efficient transport. The main factors that were instrumental in the implementation of the programme in the past 14 years include defining a shared agenda, as well as strategic sectoral goals with political support; facilitating partnerships; providing

supportive tools; ensuring institutional legitimacy; engaging champion countries; producing tangible outcomes and products; light administrative and governance arrangements; and promoting monitoring and reporting. The experience from THE PEP provides a practical perspective and useful considerations for other similar processes aiming to engage in intersectoral work linking international commitment and national action.

Keywords: ENVIRONMENT AND PUBLIC HEALTH, INTERSECTORAL COLLABORATION, NATIONAL HEALTH POLICY, POLICY-MAKING, TRANSPORTATION

INTRODUCTION AND HISTORICAL PERSPECTIVE

Intersectoral work is at the core of the so-called whole-of-government approach of *Health in all policies* (1) and *Health 2020* (2), and stems from the realization that health is influenced by political choices pertaining to the socioeconomic and environmental sphere of governance. A compelling illustration of the effects that sectoral policies have on health is offered by the complex links and interrelations that exist between transport and land-use policies and their multiple effects on health (see Box 1).

The complexity and interconnectedness of the pathways through which transport policies affect health initially came to prominence in academic work in the 1990s. A landmark event in this context was the Fifth Public Health Forum, *Health at the crossroads: transport policy and urban health*, in 1995 (7). Issues such as air pollution, road safety, noise, community severance, climate change, sustainability and the possible role of non-motorized transport in health promotion started to be progressively framed within a more integrated framework, exposing synergies and divergences of different transport policy options and their multiple effects on health. In parallel to these developments, the 1990s also witnessed a growing

BOX 1. OVERVIEW OF THE MAIN EFFECTS OF TRANSPORT AND LAND-USE POLICIES ON HEALTH

Transport plays an important role in people's lives, whether in providing access to jobs, services, education and leisure; in supporting economic growth; or through its capacity to affect individuals' environment and health. In today's urban environments, cars, heavy good vehicles and motorcycles compete with public transport, walking and cycling to meet the demand for transport. The growth of motorized transport has affected health and the environment through congestion, car crashes, air pollution, noise and lack of physical activity. It is useful to consider how the ways in which today's societies meet their needs for transport can influence the health of their populations.

- Road traffic crashes killed some 85 000 people in 2013, of whom 43% were vulnerable road users (pedestrians, cyclists and motorcyclists), and are the leading cause of death for people aged between 5 and 29 years in the WHO European Region (3).
- Road transport is a significant source of air pollution. Exposure to ambient air pollution is estimated to cause almost 500 000 premature deaths per year in Europe (4).
- Insufficient physical activity is estimated to be associated with almost 1 000 000 deaths per year in the WHO European Region (5). Walking and cycling could help integrate physical activity into daily life, and urban transport patterns could make this feasible.
- Up to 1.6 million healthy life-years are lost every year due to transport noise in European Union cities (6).
- Over-reliance on motorized transport can make it less affordable for disadvantaged parts of society to access jobs, services, and education and leisure activities.

political interest, at the international and national level, in integrated policy-making, including in the transport and environment sectors. In this context, an important international policy milestone under the umbrella of the United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) was the Regional Conference on Transport and the Environment (Vienna, 1997). At the conference, Member States adopted a declaration, pledging "to take steps aimed at reducing the negative impact of transport and traffic on the environment and on health". The declaration launched the UNECE Vienna Programme of Joint Action on Transport and the Environment (8),

which facilitated collaboration between the ministries of transport and the environment.

In 1999, as an outcome of the Third Ministerial Conference on Environment and Health (London), the London Charter on Transport, Environment and Health (9) was adopted, bringing the health dimension to the table and marking the birth of a tripartite policy platform for ministries of transport, health and the environment.

In 2002, Member States decided to merge the processes managed by UNECE and the WHO Regional Office for Europe respectively, under a new policy framework, the Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP), jointly serviced by the two organizations (10). This resulted in a strong institutional and political legitimacy vis-à-vis the three sectors involved, and allowed greater coordination and synergy, as well as more effective use of resources.

THE PEP

HOW IT WORKS

THE PEP is a unique policy platform that, since 2002, has encouraged the Member States of the Pan-European Region to pursue an integrated policy approach to sustainable and healthy transport and mobility. The tripartite Steering Committee of THE PEP is the principal decision-making body. It operates under the mandate of the High-level Meeting on Transport, Environment and Health (convened every 5 years) to promote, coordinate and monitor the implementation of THE PEP workplan. Sessions of the Steering Committee are open to representatives of Member States of the UNECE and WHO European Region, and organizations representing the transport, environment and health sectors. The Steering Committee reports to the WHO Regional Committee for Europe, the UNECE Inland Transport Committee and the UNECE Committee on Environmental Policy. The Steering Committee is assisted by an equally tripartite Bureau elected by the Steering Committee and also representing the different Member States of UNECE and the WHO European Region. The Steering Committee and its Bureau are serviced by the Secretariat, provided by the UNECE Sustainable Transport Division, the UNECE Environment Division and the WHO Regional Office

for Europe, representing the three involved sectors at the United Nations (UN) level.

WHAT IT DOES

Through a dynamic network of representatives of Member States, academia, civil society and experts, THE PEP engages all three sectors on an equal footing, enabling governments to make progress in improving their understanding of the challenges to health and the environment in relation to transport, and in taking advantage of the opportunities provided by sustainable and healthy transport policies to contribute towards attaining the highest level of health and well-being for all, a better environment and efficient transport. THE PEP received renewed impetus and political support from ministries across the three sectors at its Fourth High-level Meeting on Transport, Health and Environment, in April 2014 in Paris. The meeting adopted the *Paris Declaration* and its five priority goals (11):

- **Priority Goal 1:** to contribute to sustainable economic development and stimulate job creation through investment in environment- and health-friendly transport;
- **Priority Goal 2:** to manage sustainable mobility and promote a more efficient transport system;
- **Priority Goal 3:** to reduce emissions of transport-related greenhouse gases, air pollution and noise;
- **Priority Goal 4:** to promote policies and actions conducive to healthy and safe modes of transport; and
- **Priority Goal 5:** to integrate transport, health and environmental objectives into urban and spatial planning policies.

To support Member States in making progress towards achieving these goals, THE PEP uses four implementation mechanisms:

1. a series of national workshops on sustainable transport policies (THE PEP Relay Race);
2. development and implementation of national action plans on transport, health and the environment (12);
3. partnerships focusing on specific technical implementation of THE PEP goals; and
4. a platform linking science, policy and practice to strengthen capacities for integrated policy-making (THE PEP Academy).

A REFLECTION ON 14 YEARS OF EXPERIENCE

THE CHALLENGES

Working across sectors at the national and subnational level is generally not easy, and THE PEP has encountered many challenges in this regard. First, the institutional setup in many Member States is traditionally organized by vertical sectors, with few points of interaction between ministries (so-called work in silos). Sometimes, this is the result of different sectoral responsibilities, which may in turn lead to diverging or even conflicting stakes, agendas and interests, making it difficult to identify areas where intersectoral work would be possible. In addition, the difficulty in determining clear accountability, the lack of incentives and mechanisms to bridge sectoral boundaries, and, in some cases, a limited capacity for intersectoral work further hamper efforts in working across sectors. Specific to the setup of THE PEP, the process is challenged by unpredictable funding and commitments that are also linked to changes in national political agendas. As THE PEP is not a legally binding instrument, it does not have mechanisms to ensure compliance. On the one hand, this voluntary nature offers Member States the possibility to flexibly engage in the process; on the other hand, it can lead to only those countries that are already convinced of and active in the field of THE PEP getting involved, i.e. a so-called group of the willing, leaving the others behind.

THE ENABLERS

Despite these challenges, THE PEP has succeeded in remaining a pioneering process providing a unique and integrated policy platform to the Member States of the Pan-European Region to work in partnership to address the issue of transport in relation to environment and health. THE PEP is also a synergic and efficient way for Member States to fulfil relevant commitments they have made in other forums, notably the WHO European Environment and Health Process (13), Health 2020 (2), and the UNECE Environment for Europe process (14).

An assessment based on the annual reports by Member States of their implementation of THE PEP revealed several main factors that were instrumental in the implementation of the programme. These are discussed under the subheadings that follow.

Defining a shared agenda

This involved reframing issues and looking at the aspects where common ground and common agendas could be identified and acted upon by the three sectors. One example is the emphasis of THE PEP on the promotion of walking and cycling as means of transport, which addresses concerns across all three sectors and is a policy area that is not covered by other international processes.

Strategic sectoral goals with political support

While having shared agendas is crucial for enabling intersectoral action, it is also equally important politically for each sector to be recognized to have sector-specific strategic goals. For example, of the five priority goals of THE PEP, three specifically address the main issues of the three involved sectors individually (Goal 2, efficient transport systems for the transport sector; Goal 3, reduced emissions for the environment sector; and Goal 4, healthy and safe modes of transport for the health sector), while two are of a cross-sectoral nature (Goal 1, investment and job creation in environment- and health-friendly transport; and Goal 5, integration of transport, health and environmental objectives into urban and spatial planning policies).

Facilitating partnerships

Bringing together partners from across sectors, government, academia and civil society enriches opportunities to address avoidable impacts of transport on health and the environment, as well as other sectors. THE PEP also aspires to expand beyond the three involved sectors by additionally highlighting, for example, the economic benefits of sustainable and healthy transport. An example in this regard is THE PEP Partnership on jobs in green and healthy transport. This aims to explore opportunities for the creation of jobs in the context of the so-called green economy, advocating investments into green and healthy transport.

Providing supportive tools

Translating the available evidence on the environmental and health burden into concrete and practical tools helps support changes. For example, the WHO health economic assessment tool for cycling and walking (15) has been developed under THE PEP to allow quantification of the health effects and related economic value of active mobility, thereby

making it easier to consider health effects when appraising transport projects.

Institutional legitimacy

The joint WHO–UNECE Secretariat (representing the three involved sectors at the UN level), the political mandate given by the High-level Meetings on Transport, Environment and Health, and the links to the governing bodies of UNECE and the WHO Regional Office for Europe provide strong institutional support and legitimacy to the work of THE PEP.

Champion countries

As THE PEP is a voluntary programme, its reliance on motivated and active Member States is of particular importance for ensuring the issues it is engaged in remain a priority and the programme continues to be viable. Such champion countries can also provide a wealth of experience to be shared, visions to aspire to and starting points for partnerships. Similarly, such champions are also essential within countries and institutions.

Tangible outcomes and products

Intersectoral collaboration on an international platform such as THE PEP is tied to working towards shared goals. Therefore, it is essential that there are ultimately tangible results and products. This is particularly important because of THE PEP's voluntary nature, which requires it to continuously remain attractive and relevant to Member States. As such, regular publications have been an integral part of the programme's work, along with the development of tools and guidance, which are, in turn, used to support the implementation of specific aspects of THE PEP's work.

Light administrative and governance arrangements

Process and governance are highly important in intersectoral collaboration, to ensure that stakeholders' voices are heard and considered. However, they are a means to achieve successful outcomes, rather than ends in themselves. Owing to its non-legally binding nature, THE PEP can operate through governance arrangements that are significantly lighter than those needed to support legally binding instruments. This allows greater flexibility in operation, thus making it easier for progress and agreements to be achieved and to focus efforts on tangible outcomes.

Promoting monitoring and reporting

It is important to provide opportunities to highlight the progress achieved at national and international level for the purpose of sharing good practices, as well as acknowledging successes. THE PEP provides this through its annual mechanism of reporting by the Member States on the national implementation of the *Paris Declaration* (11), reports at the High-level Meetings every 5 years, reports to UNECE and WHO governing bodies, and opportunities for show-casing achievements on different forums, both nationally and internationally.

THE WAY FORWARD

While various aspects of intersectoral collaboration have already been academically assessed in recent years, experience from THE PEP provides an additional practical perspective and may also provide useful considerations for other similar processes aiming to engage in intersectoral work linking international commitment and national action. This also remains relevant under the newly adopted framework of the UN's Sustainable Development Goals (SDGs) (16). For example, the work undertaken under THE PEP by governments at national level, and by the UN, can contribute to achieving SDGs 3 and 11 on ensuring healthy lives and promoting well-being for all at all ages, as well as making cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable. All five goals of the *Paris Declaration* (11) of THE PEP directly relate to these SDGs. At the same time, the broad support of the SDGs by the international community also confirms THE PEP's intersectoral approach and empowers Member States to act.

Experience from the work carried out under THE PEP since 2002 also showed that work would benefit from involving more sectors and stakeholders, both nationally and internationally. This led to the adoption of a new goal on integration with the urban and spatial planning sector and the explicit request to engage more with the private sector, civil society and local authorities.

To maintain its long-term relevance to Member States, a future priority for the work of THE PEP will be to address the asymmetry that has been observed between those countries that are strongly engaged

in the process (which have clear benefits from their participation) and those that are not (yet) engaged. This will require a better understanding of the challenges and limitations that countries may face in the process. Part of the solution to this challenge may also come from further strengthening the collaboration with related processes such as Environment for Europe (14), the European Environment and Health Process (13), UN HABITAT (17) and, most importantly, the SDGs (16). Through such strengthening, there is great potential for ensuring that the priorities and activities of THE PEP retain the value they add to each of the three sectors. The Fifth High-level Meeting on Transport, Environment and Health, to take place in Austria in 2019, will provide the opportunity for these political reflections to be realized.

Acknowledgements: The authors would like to express their gratitude to the Member States supporting THE PEP through their participation, as well as direct financial or in-kind contributions.

Source of funding: THE PEP is supported by Member States, the World Health Organization Regional Office for Europe, the United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) and the United Nations Environment Programme (UNEP).

Conflict of interests: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decision or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. The Helsinki Statement on Health in All Policies. In: The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf, accessed 18 May 2016).
2. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf, accessed 20 May 2016).
3. Jackisch J, Sethi D, Mitis F, Szymański T, Arra A. European facts and the Global status report on road safety 2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293082/European-facts-Global-Status-Report-road-safety-en.pdf?ua=1, accessed 20 May 2016).
4. Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) results by risk factor 1990–2010 – country level. Global

- Health Data Exchange [online database]. Seattle, WA: University of Washington Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://ghdx.healthdata.org/record/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-risk-factor-1990-2010>, accessed 20 May 2016).
5. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1&ua=1, accessed 20 May 2016).
 6. Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf?ua=1, accessed 20 May 2016).
 7. Fletcher T, McMichael AJ. Health at the crossroads: transport policy and urban health. Proceedings of the London School of Hygiene and Tropical Medicine Fifth Public Health Forum, London, April 1995. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1995.
 8. Vienna Declaration and programme of joint action. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe ; 1998 (<http://www.cipra.org/en/positions/52>, accessed 23 May 2016).
 9. Charter on Transport, Environment and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999 (EUR/ICP/EHCO 02 02 5/9 Rev. 4; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/88575/E69044.pdf?ua=1, accessed 20 May 2016).
 10. Declaration adopted by the Second High-level Meeting on Transport, Environment and Health (Geneva, 5 July 2002). Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2002 (ECE/AC.21/2002/8; EUR/02/5040828/8; <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/thepep/en/hlm/documents/2002/ece.ac.21.2002.8.e.pdf>, accessed 24 February 2016).
 11. Paris Declaration of the Fourth High-level Meeting on Transport, Health and Environment. Paris: United Nations Economic Commission for Europe and WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.unece.org/fileadmin/DAM/thepep/documents/D%C3%A9claration_de_Paris_EN.pdf, accessed 24 February 2016).
 12. Schweizer C, Racioppi F, Nemer L. Developing national action plans on transport, health and environment. A step-by-step manual for policy-makers and planners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/developing-national-action-plans-on-transport,-health-and-environment.-a-step-by-step-manual-for-policy-makers-and-planners>, accessed 24 February 2016).
 13. WHO Regional Office for Europe. European Environment and Health Process (EHP) (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp>, accessed 20 May 2016).
 14. United Nations Economic Commission for Europe. Environment for Europe process (<http://www.unece.org/env/efe/welcome.html>, accessed 20 May 2016).
 15. WHO Regional Office for Europe. Health economic assessment tool for cycling and walking (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>, accessed 20 May 2016).
 16. United Nations Sustainable Development Platform. Sustainable Development Goals (<https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>, accessed 20 May 2016).
 17. United Nations HABITAT (<http://unhabitat.org/>, accessed 20 May 2016).

Доклад

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И СОКРАЩЕНИЯ НЕРАВЕНСТВ: ОПЫТ ОБЩЕЕВРОПЕЙСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО ТРАНСПОРТУ, ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

Christian Schweizer¹, Francesca Racioppi¹, Ivonne Higuero², Virginia Fusé², George Giorgiadis³

¹ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания

² Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций, Отдел окружающей среды

³ Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций, Отдел устойчивого транспорта

Автор, отвечающий за переписку: Christian Schweizer (адрес электронной почты: csc@euro.who.int)

АННОТАЦИЯ

Политические решения в сфере управления социально-экономическими вопросами и охраной окружающей среды оказывают воздействие на состояние здоровья. Одним из примеров значимости секторальных стратегий для здоровья является взаимосвязь политики в отношении транспорта и землепользования и многостороннего воздействия на здоровье. В 2002 г. с целью решения этих проблем государства-члены ВОЗ решили создать международные политические рамки – Европейскую программу по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ). ОП-

ТОСОЗ в равной степени задействует все три сектора, что позволяет правительствам воспользоваться возможностями, создаваемыми устойчивой и здоровой транспортной политикой и содействует достижению максимально высокого уровня здоровья и благополучия для всех, улучшению состояния окружающей среды и эффективному функционированию транспорта. Основные факторы, которые содействовали реализации этой программы в течение последних 14 лет, включали определение общей повестки дня, а также стратегических секторальных целей, получивших политическую поддерж-

ку; формирование партнерств; разработку вспомогательных инструментов; обеспечение институциональной легитимности; вовлечение стран-лидеров; достижение ощутимых результатов и производство реальных продуктов; удобные административные и управленческие механизмы; и поддержку мониторинга и оценки. Опыт ОПТОСОЗ полезен с практической точки зрения и может быть использован при разработке похожих процессов, направленных на проведение межсекторальной работы, объединяющей международные обязательства и национальные мероприятия.

Ключевые слова: ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО, НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВЫРАБОТКА ПОЛИТИКИ, ТРАНСПОРТ

ВВЕДЕНИЕ И ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Межсекторальная работа лежит в основе общегосударственного подхода, предусмотренного в документах *Учет интересов здоровья во всех стратегиях (1)* и *Здоровье-2020 (2)*, и является следствием понимания того, что на состояние здоровья оказы-

вают воздействие политические решения в сфере управления социально-экономическими вопросами и охраной окружающей среды. Убедительным доказательством последствий секторальных стратегий для здоровья являются сложные связи и взаимоотношения, существующие между стратегиями в сфере транспорта и землепользования, и их многостороннее влияние на здоровье (см. вставку 1).

ВСТАВКА 1. ОБЗОР ОСНОВНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ ТРАНСПОРТА И ПОЛИТИКИ ЗЕМЛЕПОЛЬЗОВАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ

Транспорт играет важную роль в жизни людей, поскольку обеспечивает доступ к работе, услугам, образованию и развлечениям; способствует экономическому росту; но и оказывает воздействие на окружающую среду и здоровье людей. Сегодня в условиях городов легковые автомобили, тяжелые грузовики и мотоциклы конкурируют с общественным транспортом, пешеходами и велосипедистами, отвечая на растущий спрос на транспортные перевозки. Рост автомобильного транспорта негативно повлиял на здоровье и окружающую среду вследствие перегруженности уличного движения, автомобильных аварий, загрязнения воздуха, шума и отсутствия физической активности. Необходимо рассмотреть, каким образом способы удовлетворения спроса на транспортные перевозки в современном обществе влияют на здоровье населения.

- В 2013 г. в дорожно-транспортных происшествиях погибли 85 000 человек, 43% из которых были уязвимыми участниками дорожного движения (пешеходы, велосипедисты и мотоциклисты); это является основной причиной смертности среди людей в возрасте от 5 до 29 лет в Европейском регионе ВОЗ (3).
- Дорожный транспорт является серьезным источником загрязнения воздуха. По оценкам, загрязнение воздуха в Европе ежегодно приводит почти к 500 000 случаев преждевременной смерти (4).
- По оценкам, недостаточная физическая активность ассоциируется с почти 1 000 000 смертей в год в Европейском регионе ВОЗ (5). Хождение пешком и езда на велосипеде могут помочь интегрировать физическую активность в повседневную жизнь, и модели организации городского транспорта могут этому способствовать.
- До 1,6 миллиона лет здоровой жизни утрачиваются каждый год из-за транспортного шума в городах Европейского союза (6).
- Чрезмерная зависимость от автомобильного транспорта может усложнить для неблагоприятных слоев общества доступ к работе, услугам, образованию и досугу.

Сложность и взаимозависимость путей воздействия транспортных стратегий на здоровье впервые были отмечены в научных трудах в 1990-х годах. Знаменательным событием в этой связи стал Пятый форум по вопросам общественного здравоохранения на

тему: «Здоровье на перепутье: транспортная политика и здоровье городского населения», прошедший в 1995 г. (7). Такие вопросы как загрязнение воздуха, безопасность дорожного движения, разделение общества, изменение климата, устойчивость и возможная роль немоторизованного транспорта в деле укрепления здоровья, стали все чаще рассматривать в рамках более интегрированной структуры, раскрывая синергизм и расхождения различных вариантов транспортных стратегий и их многостороннее влияние на здоровье. Одновременно с этими событиями в 1990-е годы на международном и национальном уровнях наметился растущий политический интерес к интегрированному формированию политики, в том числе в секторах транспорта и защиты окружающей среды. В этих условиях одним из важных этапов в международной политике под эгидой Европейской экономической комиссии Организации Объединенных Наций (ЕЭК ООН) стала Региональная конференция по вопросам транспорта и окружающей среды (Вена, 1997 г.). На этой конференции государства-члены приняли декларацию, в которой обязались «принять меры, направленные на снижение негативного воздействия транспорта и дорожного движения на окружающую среду и здоровье». Эта декларация была положена в основу Венской программы совместных действий ЕЭК ООН по транспорту и окружающей среде (8), которая обеспечила сотрудничество между министерствами транспорта и окружающей среды.

В 1999 г. по итогам Третьей конференции министров по вопросам транспорта и окружающей среды (Лондон) была принята Лондонская хартия по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (9), что позволило вынести вопросы здоровья на обсуждение и озаменовало собой рождение трехсторонней политической платформы с участием министров транспорта, здравоохранения и охраны окружающей среды.

В 2002 г. государства-члены решили объединить процессы, осуществляемые под руководством, соответственно, ЕЭК ООН и Европейским региональным бюро ВОЗ, создав новые политические рамки - Общеевропейскую программу по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (ОПТОСОЗ), деятельность которой совместно курируют обе организации (10). Это привело к укреплению институциональной и политической легитимности всех трех вовлеченных секторов и позволило усилить

координацию и синергизм, а также более эффективно использовать ресурсы.

ОПТОСОЗ

КАК ЭТО РАБОТАЕТ

ОПТОСОЗ – уникальная политическая платформа, которая с 2002 г. поощряет государства-члены Европейского региона применять интегрированный стратегический подход к обеспечению устойчивого и здорового транспорта и мобильности. Трехсторонний Руководящий комитет ОПТОСОЗ является основным органом принятия решений. Он действует в рамках мандата, определенного Советом высокого уровня по вопросам транспорта, окружающей среды и здоровья (проводимого каждые пять лет) с целью содействия, координации и мониторинга реализации рабочего плана ОПТОСОЗ. Заседания Руководящего комитета открыты для представителей государств-членов ЕЭК ООН и Европейского региона ВОЗ, представляющих секторы транспорта, окружающей среды и здравоохранения. Руководящий комитет подчиняется Европейскому региональному комитету ВОЗ, Комитету ЕЭК ООН по внутреннему транспорту и Комитету ЕЭК ООН по экологической политике. Помощь в работе Руководящему комитету оказывает трехстороннее бюро с равным представительством участников, выбираемое Руководящим комитетом и представляющее различные государства-члены ЕЭК ООН и Европейского региона ВОЗ. Обслуживание деятельности Руководящего комитета и бюро осуществляет секретариат, работу которого обеспечивают Отдел устойчивого транспорта ЕЭК ООН, Отдел окружающей среды ЕЭК ООН и Европейское региональное бюро ВОЗ, представляя три участвующих в программе сектора на уровне Организации Объединенных Наций (ООН).

ЧЕМ ЗАНИМАЕТСЯ ПРОГРАММА

Используя динамичную сеть представителей государств-членов, научных кругов, гражданского общества и экспертов, ОПТОСОЗ задействует все три сектора на равных основаниях, обеспечивая правительствам стран условия для достижения прогресса в улучшении их понимания проблем здравоохранения и окружающей среды в связи с транспортом, и в использовании возможностей, создаваемых устойчивой и здоровой транспортной политикой,

содействуя достижению максимально высокого уровня здоровья и благополучия для всех, улучшению состояния окружающей среды и эффективному функционированию транспорта. ОПТОСОЗ получила новый импульс и политическую поддержку со стороны министерств во всех трех секторах на своем Четвертом совещании высокого уровня по вопросам транспорта, окружающей среды и охраны здоровья, прошедшем в апреле 2014 г. в Париже. На этом совещании была принята *Парижская декларация* и утверждены пять ее приоритетных целей (11):

- Приоритетная цель 1: содействовать устойчивому экономическому развитию и созданию новых рабочих мест путем инвестиций в транспорт, благоприятный для окружающей среды и здоровья;
- Приоритетная цель 2: обеспечивать экологически устойчивую мобильность и содействовать развитию более эффективных транспортных систем;
- Приоритетная цель 3: снижать выбросы парниковых газов и атмосферных загрязнителей транспортного происхождения, а также уровни транспортного шума;
- Приоритетная цель 4: содействовать внедрению стратегий и реализации мер, направленных на обеспечение здорового и безопасного транспорта; и
- Приоритетная цель 5: интегрировать цели в областях транспорта, охраны здоровья и окружающей среды в политику городского развития и территориально-пространственного планирования.

С целью оказания поддержки государствам-членам в деле достижения прогресса в выполнении этих целей, ОПТОСОЗ использует четыре механизма реализации:

1. Проведение серии национальных семинаров на темы стратегий устойчивого транспорта («Эстафета» ОПТОСОЗ);
2. Разработка и осуществление национальных планов действий в областях транспорта, охраны здоровья и окружающей среды (12);
3. Заключение соглашений о партнерствах, направленных на конкретные технические вопросы реализации целей ОПТОСОЗ; и
4. Создание платформы, объединяющей увязку научных, политических и практических аспектов для усиления потенциала в области осуществления комплексной политики (Академия ОПТОСОЗ).

ОСМЫСЛЕНИЕ 14 ЛЕТ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА

ТРУДНОСТИ

Работа с участием нескольких секторов на национальном или субнациональном уровнях, как правило, не бывает простой, и ОПТОСОЗ столкнулась с множеством трудностей в этой связи. Во-первых, организационная система во многих государствах-членах традиционно построена в секторах по вертикали, и между министерствами существует крайне мало точек взаимодействия (работа происходит, что называется, в изоляции). Иногда это является результатом различия в сферах ответственности между секторами, что, в свою очередь, может привести к несопадающим и даже противоположным интересам и повесткам дня и усложняет определение областей, в которых будет возможна межсекторальная работа. Кроме того, сложность в определении четкой подотчетности, отсутствие стимулов и механизмов преодоления границ между секторами, и, в некоторых случаях, ограниченные возможности для межсекторальной работы еще больше тормозят усилия по обеспечению межсекторальной деятельности. Что касается организационной структуры ОПТОСОЗ, то процесс усложнялся из-за непредсказуемого финансирования и нечетких обязательств, что также было связано с изменениями в национальных политических повестках дня. Поскольку ОПТОСОЗ не является юридически обязывающим инструментом, в нем отсутствуют механизмы обеспечения соблюдения его положений. С одной стороны, такой добровольный характер дает государствам-членам возможность гибкого участия в процессе; с другой стороны, это может привести к тому, что в нем будут участвовать только те страны, которые уже убеждены в необходимости такой программы и уже активно участвуют в ОПТОСОЗ, т.е., только группа «желающих», а остальные останутся «не охваченными».

СОДЕЙСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Несмотря на все эти сложности ОПТОСОЗ добилась успеха и остается первопроходцем в этом процессе, предлагая уникальную, комплексную политическую платформу государствам-членам Европейского региона для работы в партнерстве с целью решения проблем транспорта в связи охраной окружающей среды и здоровья. ОПТОСОЗ также создала для го-

сударств-членов синергетический и эффективный механизм для выполнения соответствующих обязательств, которые они приняли на других форумах, таких как Европейский процесс «Окружающая среда и здоровье» (ЕРБ ВОЗ) (13), Здоровье-2020 (2) и процесс ЕЭК ООН «Окружающая среда для Европы» (14).

В оценке, основанной на анализе годовых отчетов государств-членов о реализации ОПТОСОЗ, были выявлены несколько основных факторов, содействующих реализации программы. Эти факторы рассматриваются в подразделах ниже.

Определение совместной повестки дня

Это потребовало пересмотра некоторых вопросов и рассмотрения аспектов, по которым можно было найти общую позицию и выработать общую повестку дня, в соответствии с которой можно было осуществлять действия во всех трех секторах. Одним из примеров является особое внимание, которое ОПТОСОЗ уделяет популяризации пешей ходьбы и езды на велосипеде в качестве транспортного средства – это направлено на решение проблем во всех трех секторах и является той сферой политики, которая не охвачена другими международными процессами.

Стратегические секторальные цели и политическая поддержка

Хотя наличие единой повестки дня играет важнейшую роль для обеспечения межсекторальной деятельности, с политической точки зрения не менее важно, чтобы каждый сектор признавал необходимость наличия собственных секторальных целей. Например, три из пяти приоритетных целей ОПТОСОЗ непосредственно направлены на решение основных задач в каждом из трех вовлеченных секторов по отдельности (Цель 2, развитие эффективных транспортных систем в транспортном секторе; Цель 3, снижение выбросов парниковых газов в сектор охраны окружающей среды; и Цель 4, обеспечение здорового и безопасного транспорта для сектора здравоохранения), в то время как две цели имеют межсекторальный характер (Цель 1, создание новых рабочих мест и инвестиции в транспорт, благоприятный для окружающей среды и здоровья; и Цель 5, интеграция целей в областях транспорта, охраны здоровья и окружающей среды в политику городского развития и территориально-пространственного планирования).

Содействие созданию партнерств

Объединение партнеров из разных секторов, правительственных и научных учреждений, и гражданского общества расширяет возможности для недопущения нежелательного воздействия транспорта на здоровье и окружающую среду, а также на другие сектора. ОПТОСОЗ также стремится расширить свою деятельность за пределы этих трех вовлеченных секторов, дополнительно подчеркивая, например, экономические выгоды устойчивого и здорового транспорта. В качестве примера можно привести Партнерство ОПТОСОЗ для создания рабочих мест в экологически чистом и здоровом транспорте. Это направлено на изучение возможностей создания рабочих мест в контексте так называемой «зеленой экономики», и на поддержку инвестиций в «зеленый» и здоровый транспорт.

Обеспечение средств поддержки

Применение имеющихся фактических данных о бремени для окружающей среды и здоровья для создания конкретных и практических инструментов помогает поддержать изменения. Например, Инструментарий ВОЗ для экономической оценки влияния на здоровье (HEAT) в отношении пешей ходьбы и велосипедного передвижения (15) был разработан под руководством ОПТОСОЗ, чтобы рассчитать воздействие активной мобильности на здоровье и ее соответствующий экономический эффект, что, таким образом, облегчает рассмотрение последствий для здоровья при анализе транспортных проектов.

Институциональная легитимность

Совместный секретариат ВОЗ-ЕЭК ООН (представляющий все три вовлеченных сектора на уровне ООН), политический мандат, определенный на совещаниях высокого уровня по вопросам транспорта, охраны окружающей среды и здоровья, а также связи с руководящими органами ЕЭК ООН и Европейского регионального бюро ВОЗ обеспечивают сильную институциональную поддержку и легитимность деятельности ОПТОСОЗ.

Страны-лидеры

Поскольку ОПТОСОЗ является добровольной программой, ее сотрудничество с мотивированными и активными государствами-членами приобретает особенно большое значение для обеспечения того, чтобы вопросы, которыми она занимается, не утрачивали приоритетности, а сама программа

оставалась жизнеспособной. Такие страны-лидеры могут также поделиться огромным опытом, идеями, к реализации которых нужно стремиться, и создать отправные точки для партнерств. Не в меньшей степени такие лидеры необходимы внутри стран и учреждений.

Ощутимые результаты и конкретные продукты

Межсекторальное сотрудничество в рамках такой международной платформы, как ОПТОСОЗ, связано с совместной работой над достижением общих целей. Таким образом, необходимо, чтобы в конечном счете были получены ощутимые результаты и конкретные продукты. Это особенно важно в связи с добровольным характером ОПТОСОЗ, которая должна постоянно обеспечивать свою актуальность и привлекательность для государств-членов. В этой связи регулярные публикации стали неотъемлемой частью программной деятельности наряду с разработкой инструментов и руководств, которые, в свою очередь, использовались для поддержки реализации конкретных аспектов работы ОПТОСОЗ.

Удобные административные и управленческие механизмы

Организация процесса и управление им очень важны при межсекторальном сотрудничестве, благодаря чему голоса участников будут услышаны и приняты во внимание. Однако это просто одно из средств достижения успешных результатов, но не самоцель. Поскольку деятельность ОПТОСОЗ не имеет юридически обязывающего характера, программа может использовать значительно более легкие управленческие механизмы по сравнению с теми, которые необходимы при работе с юридически обязывающими инструментами. Это позволяет работать более гибко и, таким образом, облегчает ход работы и подписание соглашений, чтобы сосредоточить усилия на достижении конкретных результатов.

Содействие мониторингу и отчетности

Важно создавать возможности для освещения прогресса, достигнутого на национальном и международном уровнях, с целью распространения примеров лучшей практики и признания успехов. ОПТОСОЗ обеспечивает за счет механизма годовой отчетности государств-членов о выполнении положений *Парижской декларации (11)* на национальном

уровне, отчетов на совещаниях высокого уровня, проходящих раз в 5 лет, отчетности перед руководящими органами ЕЭК ООН и ВОЗ, а также использует возможности презентации достижений на различных национальных и международных форумах.

НАПРАВЛЕНИЯ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В последние годы в научной литературе уже были рассмотрены различные аспекты межсекторального сотрудничества, однако опыт ОПТОСОЗ демонстрирует дополнительные практические перспективы, а также может быть использован при разработке похожих процессов, направленных на обеспечение межсекторальной деятельности, объединяющей международные обязательства и национальные действия. Это также остается актуальным, учитывая недавно принятые Цели в области устойчивого развития ООН (ЦУР) (16). Так, например, работа, которую в рамках ОПТОСОЗ проводили правительства на национальном уровне и учреждения ООН, может способствовать достижению ЦУР 3 и 11, обеспечивая здоровый образ жизни и содействуя благополучию для всех в любом возрасте, а также обеспечивая открытость, безопасность, жизнестойкость и устойчивость городов и населенных пунктов. Все пять целей *Парижской декларации* (11) ОПТОСОЗ напрямую связаны с этими ЦУР. В то же время, широкая поддержка ЦУР со стороны международного сообщества также подтверждает межсекторальный подход ОПТОСОЗ и создает возможности для действий для государств-членов.

Опыт работы, проведенной ОПТОСОЗ с 2002 года, также показывает, что успех такой работы будет зависеть от вовлечения большего количества секторов и участников, как на национальном, так и на международном уровне. Это привело к появлению новой цели – интегрировать имеющиеся цели в политику городского развития и территориально-пространственного планирования с настоятельной рекомендацией о более широком вовлечении частного сектора, гражданского общества и местных органов власти.

Для сохранения долгосрочной актуальности программы для государств-членов, будущие приоритетные мероприятия ОПТОСОЗ будут направлены

на устранение дисбаланса, который наблюдался между странами, активно участвовавшими в процессе (и получившими конкретные выгоды от такого участия), и странами, которые (пока еще) не приняли в нем участия. Для этого потребуются обеспечить более широкое понимание трудностей и ограничений, с которыми страны могут столкнуться в этом процессе. Частично эту проблему можно решить за счет дальнейшего усиления сотрудничества с соответствующими процессами, такими как *Окружающая среда для Европы* (14), *Европейский процесс «Окружающая среда и здоровье»* (13), *ООН-Хабитат* (17) и, самое главное, *ЦУР* (16). Благодаря такому усилению существует огромный потенциал для сохранения ценности приоритетов и мероприятий ОПТОСОЗ для всех трех секторов. Пятое совещание высокого уровня по вопросам транспорта, окружающей среды и охраны здоровья, которое состоится в Австрии в 2019 г., создаст возможности для реализации этих политических идей.

Выражение признательности: авторы выражают свою признательность странам-участницам, поддерживающим ОПТОСОЗ посредством своего участия в программе, а также финансового и материального вклада.

Источник финансирования: ОПТОСОЗ получает поддержку от стран-участниц, Европейского регионального бюро ВОЗ, Европейской экономической комиссии Организации Объединенных Наций (ЕЭК ООН) и Программы Организации Объединенных Наций по окружающей среде (ЮНЕП).

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. The Helsinki Statement on Health in All Policies. In: The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf, accessed 18 May 2016).
2. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века (2013 г.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/00111/199532/Health2020-Long.pdf, по состоянию на 20 мая 2016 г.).
3. Jackisch J, Sethi D, Mitis F, Szymański T, Arra A. Европейские факты и Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире, 2015 г.

- Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/298386/European-facts-Global-Status-Report-road-safety-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 20 мая 2016 г.).
4. Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) results by risk factor 1990–2010 – country level. Global Health Data Exchange [online database]. Seattle, WA: University of Washington Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://ghdx.healthdata.org/record/global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-risk-factor-1990-2010>, accessed 20 May 2016).
 5. Глобальные риски для здоровья: смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1&ua=1, по состоянию на 20 мая 2016 г.).
 6. Бремя болезней, обусловленное шумом как фактором окружающей среды. Количественная оценка утраченных лет здоровой жизни в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf?ua=1, по состоянию на 20 мая 2016 г.).
 7. Fletcher T, McMichael AJ. Health at the crossroads: transport policy and urban health. Proceedings of the London School of Hygiene and Tropical Medicine Fifth Public Health Forum, London, April 1995. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1995.
 8. Vienna Declaration and programme of joint action. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 1998 (<http://www.cipra.org/en/positions/52>, accessed 23 May 2016).
 9. Хартия по транспорту, окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1999 (EUR/ICP/ENCO 02 02 5/9 Rev. 4; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/88575/E69044.pdf?ua=1, по состоянию на 20 мая 2016 г.).
 10. Декларация, принятая вторым совещанием высокого уровня по вопросам транспорта, окружающей среды и здоровья (Женева, 5 июля 2002 г.). Женева: Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций, 2002 (ECE/AC.21/2002/8; EUR/02/5040828/8; <http://www.thepep.org/en/hlm/documents/2002/ece.ac.21.2002.8.r.pdf>, по состоянию на 24 февраля 2016 г.).
 11. Парижская декларация, принятая на Четвертом совещании высокого уровня по вопросам транспорта, окружающей среды и охраны здоровья. Париж: Европейская экономическая комиссия ООН и Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.unece.org/fileadmin/DAM/thepep/documents/D%C3%A9claration_de_Paris_RU.pdf, по состоянию на 24 февраля 2016 г.).
 12. Schweizer C, Racioppi F, Nemer L. Developing national action plans on transport, health and environment. A step-by-step manual for policy-makers and planners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/developing-national-action-plans-on-transport,-health-and-environment.-a-step-by-step-manual-for-policy-makers-and-planners>, accessed 24 February 2016).
 13. Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейский процесс «Окружающая среда и здоровье» (ЕПОСЗ) (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/pages/european-environment-and-health-process-ehp>, по состоянию на 20 мая 2016 г.).
 14. Европейская экономическая комиссия Организации Объединенных Наций. Процесс «Окружающая среда для Европы» (<http://www.unece.org/ru/env/efe/welcome.ru.html>, по состоянию на 20 мая 2016 г.).
 15. WHO Regional Office for Europe. Health economic assessment tool for cycling and walking (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>, accessed 20 May 2016).
 16. United Nations Sustainable Development Platform. Цели в области устойчивого развития (<https://sustainabledevelopment.un.org/processes/post2015/owg/proposal/russian>, по состоянию на 20 мая 2016 г.).
 17. Программа ООН по населенным пунктам (ООН-Хабитат) (<http://unhabitat.org/>), по состоянию на 20 мая 2016 г.).

Policy and practice

INEQUALITIES IN ENVIRONMENTAL EXPOSURE IN TWO KOSOVO* MUNICIPALITIES: INDICATIONS FOR INTERSECTORAL ACTION

Matthias Braubach,¹ Christoph Gliesing,¹ Dorota Jarosinska,¹ Pierpaolo Mudu,¹ Elizabet Paunovic,¹ Skender Sylaj,² Ardita Tahirukaj²

¹ European Centre for Environment and Health, World Health Organization Regional Office for Europe, Bonn, Germany

² World Health Organization Regional Office for Europe, Pristina, Kosovo

Corresponding author: Matthias Braubach (email: braubachm@who.int)

ABSTRACT

Exposure to environmental risks is a major cause of ill health. Depending on demographic, socioeconomic, ethnic and spatial determinants, exposure to environmental risk factors, as well as related health impacts, varies in different population groups. The objective of this study was to assess the impact of these determinants on environmental exposure and self-reported health in two Kosovo municipalities (Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić). The study analysed the Community Vulnerabil-

ity Assessment Survey database provided by the United Nations Kosovo Team. The results showed marked inequalities in environmental risk exposure. The greatest inequalities were associated with socioeconomic determinants (especially low income and poor education) and ethnicity (Roma, Ashkali and Egyptian groups being most disadvantaged) but demographic and spatial determinants also played a role. Self-reported health was most strongly affected by socioeconomic and demographic

determinants, but also showed inequalities in relation to some environmental variables. Ethnicity was not associated with variations in self-reported health. The findings illustrate the magnitude and distribution of environmental inequality within the local population and thereby help to identify potential target groups and priority areas for intersectoral action. Based on the survey results, specific conclusions were drawn on local interventions with a social and environmental focus.

Keywords: ENVIRONMENTAL RISK, HEALTH EQUITY, INTERSECTORAL ACTION, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

INTRODUCTION

ENVIRONMENTAL INEQUALITIES AND INTERSECTORAL ACTION: GLOBAL CONTEXT

In 2008, the final report of the WHO Commission on Social Determinants of Health (1) concluded that inequalities in health are a major challenge for development and overall progress in countries. Such inequalities also exist with respect to the exposure

to environmental health determinants; in almost all countries, some population groups are at greater risk of experiencing harmful environmental conditions than others. Socioeconomic variables such as income, employment or occupation, and education are found to be especially strong determinants of environmental health risks, but demographic variables such as age and sex, ethnicity, and spatial aspects (e.g. urban versus rural) can also affect environmental risk directly or modify the relationship between socioeconomic status, environment and health (2).

The importance of equity for sustainable development has been recently reflected by the Sustainable

* For the purposes of this publication, all references, including in the reference list, to "Kosovo" should be understood/read as "Kosovo (in accordance with Security Council resolution 1244 (1999))" (<http://www.nato.int/kosovo/docu/u990610a.htm>).

Development Goals (SDGs) (3), which have prioritized the reduction of inequalities in general (SDG 10) but also aim to end poverty (SDG 1) and gender inequity (SDG 5) and call for better education (SDG 4) and employment options (SDG 8), as well as inclusive, safe, resilient and sustainable cities (SDG 11). The WHO Regional Office for Europe has also strongly embraced the importance of reducing health inequalities and positioned it as a central component of the WHO European framework for health and well-being (Health 2020) (4, 5). In line with global priorities (6), the WHO Regional Office for Europe has also prioritized intersectoral action as a most suitable approach to address health inequalities and tackle the complex, multifaceted health challenges associated with social determinants of health (7, 8).

The European Environment and Health Process (EHP), coordinated by the WHO Regional Office for Europe, represents one of the longstanding examples of intersectoral work, based on the partnership of health and environment sectors in the Member States of the WHO European Region. The reduction of inequalities in exposure to environmental risk was one of the priorities addressed at the 5th Ministerial Conference on Environment and Health (9) and led to a first WHO assessment report on environmental inequalities in the European Region (2).

THE PROJECT CONTEXT AND KOSOVO-SPECIFIC CHALLENGES

Assessment of the magnitude of inequalities in exposure to environmental risk, and identification of the most disadvantaged population groups, is paramount for enabling national and local policy-makers to tackle inequalities through adequate and effective measures. This paper presents the results of a local assessment of environmental inequality and vulnerability (10) that was carried out in the context of the United Nations Kosovo Team (UNKT) project *Building a better future for citizens of Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić: participation, protection and multi-ethnic partnerships for improved education, health and sustainable livelihoods* (11). The project targeted two of the least developed municipalities (Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić), and aimed to develop multisectoral interventions to improve living conditions and decrease the vulnerability and risks to human security. While these two municipalities share typical Kosovo-wide human

security issues, there are specific local challenges, owing to their multiethnic composition of Albanians, Serbs and ethnic minorities such as Roma, Ashkali and Egyptians (RAE). The activities of the UNKT project thus addressed intersectoral action, bringing together the following domains of human security:

- *socioeconomic inequity* – mitigating persistent poverty, long-term unemployment, low education levels, and ethnic and gender discrimination to identify immediate work opportunities and improve the employability of younger generations;
- *health* – improving the basic health standards of municipal residents with low economic and social power or low levels of awareness for making informed health choices; and
- *environment* – promoting environmental mitigation strategies in the municipalities, while diminishing the environmental impact of lifestyle choices made by individuals.

METHODS

DESCRIPTION OF SAMPLE DATA

To identify the specific needs of disadvantaged population groups and ethnic minorities, the United Nations Development Programme (UNDP) commissioned and coordinated a community vulnerability assessment (CVA) survey. This primary data collection was based on face-to-face interviews carried out in 2013 to determine entry points for interventions in areas such as employment, education, social protection, environmental management and health. Reflecting the domains of human security, the CVA collected data on the social, environmental and economic conditions in Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić, as well as data on self-reported health status and a range of health outcomes and diseases. A descriptive report of the CVA survey, including sampling information and the questionnaire used, is available (12).

The survey used a quota sample approach, i.e. it inflated the proportion of survey participants from minority groups (e.g. low-income groups or ethnic minorities) that would otherwise only account for a small share of the sample. This approach ensures that sufficient cases of marginalized population groups are included to allow meaningful analysis, but also

means that population data obtained from the survey are not representative of the ethnic and socioeconomic population features of the two municipalities. For example, the sample population reflects well the age and gender structure of the local populations, but includes larger proportions of vulnerable groups such as RAE households or unemployed persons (detailed data on the differences between the local population and the sample population are provided by the relevant WHO report (10)). The final database used for analysis by WHO contains self-reported information on 1998 households with 9495 non-identifiable individuals.

DATA ANALYSIS

This paper presents findings of a secondary data analysis with a focus on environmental equity dimensions, carried out by the WHO Regional Office for Europe. Data analysis was based on cross-tabulations and logistic regression models, and was structured in four steps (for details, see reference (10)):

1. priorities of environmental disadvantage;
2. impact of individual social determinants on environmental risk disparities;
3. combined impacts of social determinants on environmental risk disparities; and
4. health impacts of environmental and social determinants.

Variables used for the environmental vulnerability analysis were stratified into four categories of environmental determinants: three were related to traditional sources of exposure (inadequate water, hygiene and sanitation; inadequate housing conditions; inadequate environmental conditions) and one focused on inadequate affordability of services (see Box 1). The social determinants considered for the vulnerability analysis were in line with the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health (1) and included socioeconomic, demographic, ethnic and spatial determinants known to affect living conditions as well as health (see Box 1). On health information, the analysis focused on self-reported health data for regression analysis but also used selected health outcomes for bivariate analysis.

BOX 1. VARIABLES APPLIED FOR ANALYSIS

Determinants of environmental disadvantage

Inadequate water/hygiene/sanitation, defined as three or more of the following:

- lack of a toilet in the dwelling
- lack of a bath or shower in the dwelling
- lack of a sewage system connection
- non-piped water source
- perception of inadequate quality of water
- perception of inadequate quantity of water.

Inadequate housing conditions, defined as two or more of the following:

- lack of a fridge
- lack of a stove
- lack of a bed for each person
- lack of electricity supply in the dwelling.

Inadequate environmental conditions, defined as four or more of the following:

- dilapidated or unhealthy housing
- crowding
- solid fuel use for both cooking and heating
- perception of bad air quality
- perception of bad soil quality
- assumed presence of toxic substances.

Inadequate affordability, defined as three or more of the following:

- problem affording food
- problem affording water
- problem affording energy
- inability to afford medicine
- disease due to lack of food.

Determinants of social disadvantage

Socioeconomic determinants:

- education
- income quintiles
- employment
- financial situation.

Demographic determinants:

- sex
- age
- household with children
- household size.

Ethnic determinant:

- ethnicity (Albanian; Serbian; RAE).

Spatial determinants:

- municipality
- urban versus rural.

RESULTS

PRIORITIES OF ENVIRONMENTAL DISADVANTAGE IDENTIFIED BY THE SURVEY

The proportion of the total sample that was exposed to a certain environmental disadvantage was highly variable, ranging from a very small part of the population (e.g. 3% of the sampled population lacked an electricity supply in their dwelling) to environmental problems affecting about half or more of the sample. Such general challenges especially relate to drinking water, energy sources, environmental pollution and the cost of environmental services (see Fig. 1).

IMPACT OF INDIVIDUAL SOCIAL DETERMINANTS ON ENVIRONMENTAL RISK DISPARITIES

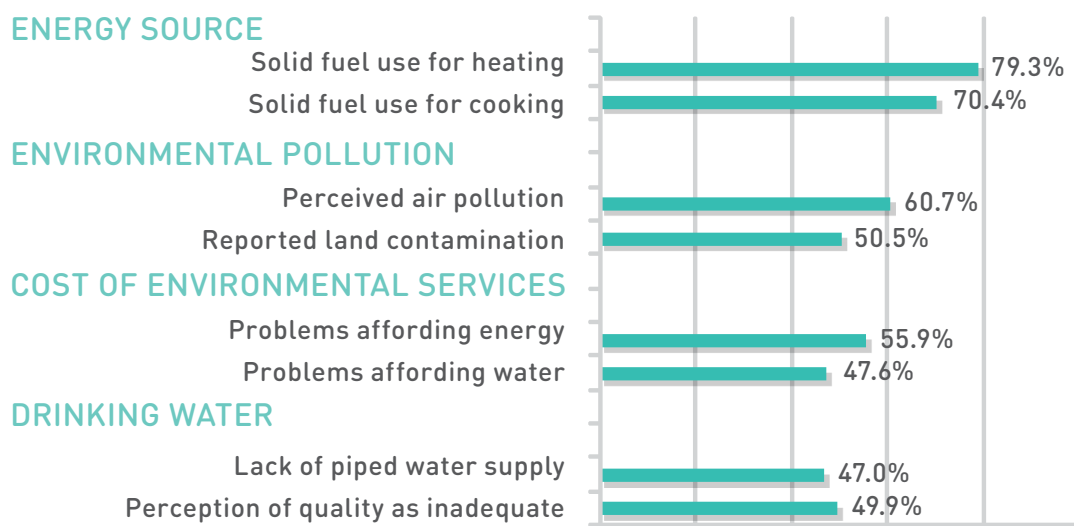
For specific population groups or spatial settings, environmental disadvantages may occur much more frequently. This causes inequalities in exposure to environmental risk and is referred to as the exposure differential, which needs to be distinguished from the vulnerability differential that indicates which specific population groups (e.g. elderly, children or poor individuals) may be more vulnerable to the effects of exposure to environmental risk (2).

Inequalities in exposure associated with social determinants were found for all four categories

of environmental disadvantage in the two municipalities. The impact of the social determinants on environmental disadvantage varied in relation to the environmental category considered.

- *Inadequate water/hygiene/sanitation* (7.4% of the total sample) is mostly influenced by ethnicity and socioeconomic determinants. The subgroups most affected were RAE (20.7%), individuals with no education (19.9%) and within the lowest income quintile (18.5%), and those with a severe financial situation (18.7%). Spatial determinants played a role for inequalities of individual variables (e.g. non-piped water supply was more frequent in rural areas), while demographic determinants played a minor role.
- *Inadequate housing conditions* (affecting 12.7% of the total sample) are mostly influenced by ethnicity and socioeconomic determinants. The most disadvantaged groups were RAE (35.1% reported living in inadequate housing) and individuals with no education (34.2%) or within the lowest income quintile (29.4%). A less strong but still significant impact was found for age (children were disadvantaged) and household composition (households with children were disadvantaged).
- *Inadequate environmental conditions* (26.3% of the total sample) were affected by a wider range of determinants (socioeconomic, demographic and spatial determinants, as well as ethnicity) but the differentials in exposure were less marked than

FIG. 1. MAIN ENVIRONMENTAL CHALLENGES IN THE MUNICIPALITIES



for inadequate housing conditions. The highest levels of inadequate environmental exposure were reported by individuals within the lowest income quintile (37% reporting inadequate environmental conditions) and with financial problems (36.8%), large households with seven or more persons (36.6%), RAE (36.4%), and residents in rural areas (34.4%).

- *Inadequate affordability* (26.6% of the total sample) is almost exclusively driven by socioeconomic determinants and ethnicity. The highest inequalities were reported for individuals with financial problems (65.1%), RAE (57.5%), and individuals within the lowest income quintile (54%) and no education (49.4%). Urban–rural variations played virtually no part in variations of affordability.

COMBINED SOCIAL-DETERMINANT IMPACT ON ENVIRONMENTAL RISK DISPARITIES

In real life, social disadvantage tends to be clustered, and socially vulnerable population groups are usually simultaneously affected by various socioeconomic, demographic or other challenges. Such multiple social deprivation is reflected by a continuous increase in exposure to environmental risk, and therefore stronger inequalities. Taking the example of inadequate water, hygiene and sanitation conditions, the merging of only three social determinants was associated with a more than fivefold and statistically significant increase in exposure: from 7.4% in the total sample to 20.7% for all RAE, 34.3% for rural RAE and 41% for rural RAE within the lowest income quintile. Table 1 shows the magnitude of inequality in environmental exposure of RAE residents in situations of multiple social

deprivation for all four environmental categories, presenting the data in two scenarios.

HEALTH IMPACTS OF ENVIRONMENTAL AND SOCIAL DETERMINANTS

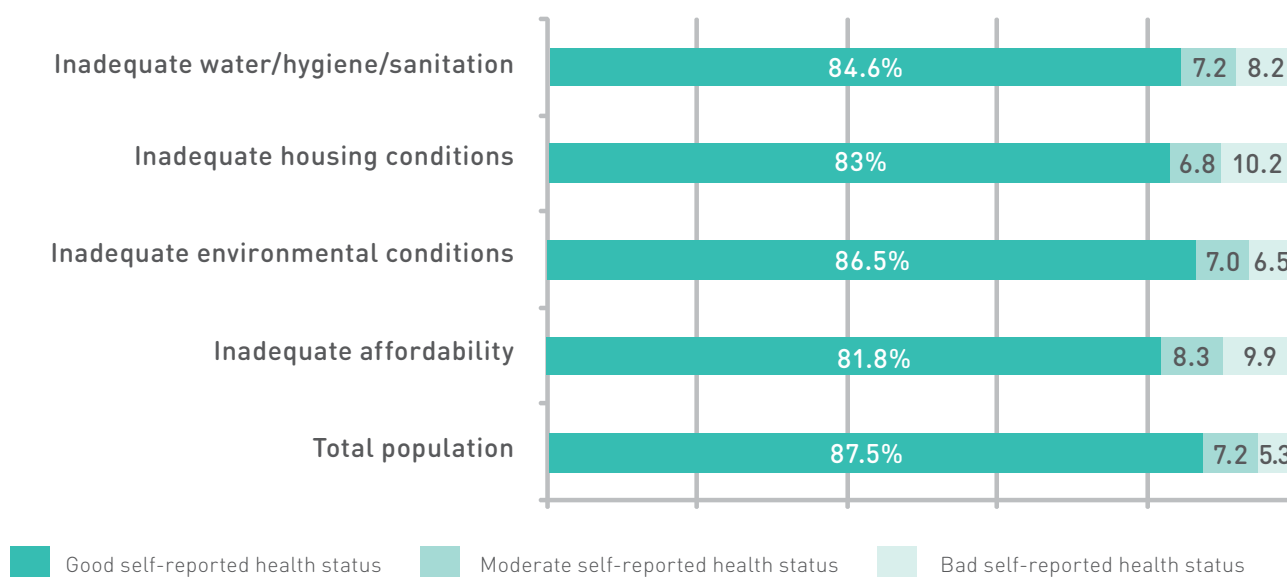
Households reporting various health-related outcomes and diseases (such as injuries and poisoning, bronchitis, pneumonia, or skin diseases) are more likely to also report inadequate conditions with respect to water/hygiene/sanitation, housing, environment and affordability. Whereas more than 80% of survey participants reported being in good health, an increase in bad self-reported health status was found for all individuals reporting inadequate environmental conditions. Inadequate housing conditions and inadequate affordability had the strongest impact and were associated with almost double the prevalence of bad self-reported health status compared with the total population (see Fig. 2). The findings indicate that actions to improve living and environmental conditions and to provide adequate and affordable services would yield co-benefits for population health.

The results of logistic regression confirm that inadequate water/hygiene/sanitation, housing conditions and affordability were significantly associated with higher levels of bad self-reported health status. Inadequate affordability had the strongest impact, increasing the odds for bad-self-reported health status by almost four times (odds ratio [OR] 3.8). However, in multiple regressions including social determinants, only inadequate affordability of services remained significant (OR 2.2; see Table 2). Within the social determinants, the strongest association of bad self-reported health status was with high age, followed by low education, financial

TABLE 1. INCREASE IN ENVIRONMENTAL EXPOSURE IN RELATION TO MULTIPLE SOCIAL DEPRIVATION

Scenario	Population with inadequate water/hygiene/sanitation (%)	Population with inadequate housing conditions (%)	Population with inadequate environmental conditions (%)	Population with inadequate affordability (%)
Reference (total sample)	7.4	11.6	26.3	26.6
Poverty scenario (focus on low income and financial problems)	Rural RAE with low income and in severe financial situation: 43.3	Rural RAE with low income and large households: 82.0	Urban RAE with low income and large households: 69.4	Urban RAE with low income and in severe financial situation: 83.9
Limited-asset scenario (focus on lack of education and employment)	Urban unemployed RAE without education: 48.8	Rural unemployed RAE without education: 87.9	Rural unemployed RAE without education: 84.4	Urban unemployed RAE without education: 72.7

FIG. 2. VARIATIONS IN SELF-REPORTED HEALTH STATUS BY ENVIRONMENTAL CATEGORY



problems and rural residence, while ethnicity and sex were unrelated to variations in self-reported health. The results therefore suggest that there is a strong exposure differential for disadvantaged ethnic groups (such as RAE) but no vulnerability differential for those that are exposed.

DISCUSSION

DATA LIMITATIONS AND CONSTRAINTS

The database used in this study suffers from shortcomings that are often encountered in social and environmental surveys and limit the use of the results, especially in relation to the health impacts of social and environmental determinants.

The first limitation is due to the fact that data were collected by face-to-face interviews and thus represent the subjective opinion of the responding household members. That may especially restrict the accuracy of information based on individual perception (for example, quality of drinking water or self-reported health). The second limitation relates to the disease data, which were collected at the household (rather than individual) level and therefore cannot provide valid estimates of disease prevalence.

While acknowledging these limitations, the results presented in this report should be considered as indications of social and environmental vulnerability and their potential associations with health in the two municipalities. Future work would be needed

TABLE 2. REGRESSION MODEL RESULTS FOR BAD SELF-REPORTED HEALTH STATUS

Category	OR (95% CI) for increase of bad self-reported health status		Social determinants associated with significant increase of bad self-reported health status	Social determinants not associated with significant increase of bad self-reported health status
	Model not adjusted for social determinants	Model adjusted for social determinants		
Inadequate housing conditions	2.8 [2.2–3.5]	1.0 [0.6–1.7]	<ul style="list-style-type: none"> High age Low education Financial problems Rural residence 	<ul style="list-style-type: none"> Sex Ethnicity
Inadequate environmental conditions	1.2 [0.9–1.6]	0.8 [0.5–1.2]		
Inadequate water/hygiene/sanitation	1.7 [1.2–2.5]	0.8 [0.5–1.2]		
Inadequate affordability	3.8 [3.0–4.9]	2.2 [1.4–3.4]		

CI: confidence interval.

to confirm the magnitude and health consequences of social and environmental vulnerability and to assess whether the findings may be typical of other settlements within Kosovo as well.

SUMMARY AND POLICY RELEVANCE OF FINDINGS

The study found that environmental determinants with an impact on health and health care are also associated with social factors.

As the main environmental challenges in the two municipalities related to drinking water, energy sources, contamination and the cost of environmental services, preventive action is necessary in various sectors dealing with public service provision, social welfare, environmental management, energy and urban infrastructure. This is likely to improve the size of environmental problems affecting large parts of the local population.

Regarding inequalities in environmental risk exposure, the results indicated that different patterns of inequalities exist for different environmental outcomes: some are mostly affected by socioeconomic determinants, while for others, ethnic or spatial determinants were of relevance. The varying impact of social determinants on different environmental outcomes must be considered when target groups for intersectoral action are established, as it helps to identify the most suitable root causes to be tackled. This seems especially valid for interventions aiming at environmental and housing conditions and water supply, as these are partially affected by demographic and spatial determinants and may therefore require locally adapted approaches that may not necessarily work everywhere. However, the results also demonstrated that the highest levels of environmental vulnerability are related to multiple social deprivation combining various types of disadvantage, which calls for multisectoral interventions with social, infrastructural and spatial objectives.

The analysis of the health impact of both social and environmental determinants indicated that social conditions may affect health directly, but also indirectly, as mediated by environmental risk. Actions to ensure adequate environmental conditions can thus facilitate the reduction of health disparities independent of social determinants. However,

intersectoral approaches combining both social and environmental intervention efforts could be the most promising for mitigating and preventing environmental health inequalities.

REFLECTION ON THE FINDINGS AND COMPARISON IN THE EUROPEAN CONTEXT

The study showed that social determinants affect environmental risk exposure, and that both environmental and social determinants contribute to inequalities in health. Although the methodological limitations restrict the validity of international comparison, this overall conclusion is in line with a range of WHO reports that have addressed health inequalities (1, 2, 5, 6, 13–15) and also reflects recent findings from other countries (16–20). For self-reported health status, the findings show that the sample population reported a rather positive health status (87.5% with good self-reported health). This is in line with data provided by the European Quality of Life Survey (21), which indicates that 83.4% of the Kosovo population reports good health, but shows a much lower percentage of good self-reported health status for all European countries on average (60.9%). The contrast between Kosovo and the European average may be largely explained by age differences, as the population in Kosovo is much younger than the European average.

However, the results from the two Kosovo municipalities are specific, as they represent inequality findings in an area affected by a wide range of environmental challenges (such as solid fuel use and air pollution) and provide detailed data that allows an assessment of the local interaction between social and environmental determinants in shaping health and related inequalities. The findings of this study therefore provide reliable grounds for planning local intersectoral action in Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić to improve environmental conditions and reduce health inequality.

SUGGESTED INTERVENTIONS FOR LOCAL INTERSECTORAL ACTION

The results confirm that social determinants strongly affect exposure to environmental risk, which is estimated to cause about 23% of the global burden of disease (22). In the specific case of Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić, inadequate water

supply, low-quality housing conditions, solid fuel use, environmental contamination of air and soil, and the cost of supply services represent the most relevant environmental determinants of health (10).

On the other hand, the findings show that social determinants have a significant direct influence on health in the two municipalities. This suggests that social policy interventions tackling poverty, income, education and employment may have a double impact, as they provide direct benefits for health and, in parallel, improve health-relevant environmental conditions in the municipalities. Based on local data, Fig. 3 provides one example of intersectoral effectiveness: the provision of employment as a single policy intervention and its impact on housing conditions. The results indicate that employment was associated with lower reporting of inadequate housing conditions, and that this effect was strongest within the target group where inadequate housing is a key challenge: the population with no or only basic education.

As this multiple benefit was found for various subpopulations (e.g. rural residents and RAE) and for all categories of environmental disadvantage except for inadequate environmental conditions (which are difficult for individuals to influence), the results suggest that social interventions such as employment can have environmental co-benefits

through the modification of social status. Taking this argument further, Table 3 lists a variety of inequality interventions that can be operated by non-environmental sectors of local authorities but may nonetheless produce environmental co-benefits, as indicated in the survey report and the *United Nations Common Development Plan 2016–2020* for Kosovo (10, 23).

The *United Nations Common Development Plan 2016–2020* for Kosovo represents a “whole-of-United Nations” approach that brings together various United Nations agencies working in different sectors (23). Collaboration between education, labour, social welfare and health sectors (focusing on support to the individual) and environment, transport, housing and spatial planning sectors (focusing on the management of public settings) can cross-fertilize sectoral agendas and support whole-of-government and health-in-all-policies approaches. As the recently adopted *United Nations Common Development Plan* includes priority work areas on equity and social inclusion as well as environment and health, it will be ideally placed to take up the project conclusions on intersectoral action in Kosovo.

RELEVANCE OF ENVIRONMENTAL AND SOCIAL MONITORING SYSTEMS FOR INTERSECTORAL ACTION

As “tackling the determinants of health inequalities is about tackling the unequal distribution of health

FIG. 3. EFFECT OF EMPLOYMENT ON INADEQUATE HOUSING CONDITIONS IN EDUCATION SUBGROUPS

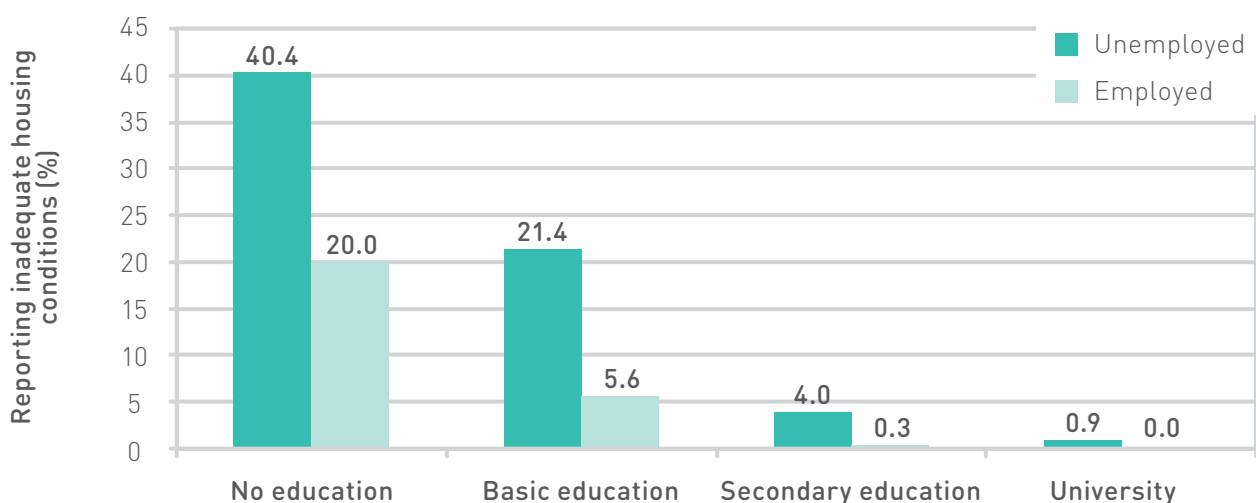


TABLE 3. INEQUALITY INTERVENTIONS WITH SOCIAL AND ENVIRONMENTAL FOCUS BY SECTOR

Sector	Interventions with social focus: investing in people and society	Interventions with environmental focus: investing in infrastructure and environmental protection
Education	Support for basic education and vocational training	Improvement in environmental education and awareness
Labour	Employment campaigns Support for low-income jobs	Support to the establishment of so-called green jobs (environmental protection, energy efficiency, etc.)
Social welfare	Social support schemes	Energy subsidies and energy-efficiency campaigns for clean fuel use Provision of social housing
Housing/urban and spatial planning		Improvement of public services Rural development programmes Urban environmental management
Health	Improvement in health literacy Active outreach of health system services to risk groups/universal health care Establishment of monitoring of social determinants of health	Establishment of monitoring of environmental determinants of health
Environment		Universal action on environmental management and improvement Targeted action on environmental priority problems and most affected areas

Sources: references (10, 23)

determinants” (24), equity-sensitive surveillance systems are needed to detect social, environmental and health disparities produced by various sectors. This study has shown the opportunities for equity analysis when a wide range of social and environmental determinants can be linked and traced back to the responsibility of individual sectors. The results of this survey support the call made by the Commission on Social Determinants of Health (1), requesting that health equity surveillance systems need to:

- include physical and social environment determinants of health (such as water and sanitation, housing, urban infrastructure, air quality and social capital/affordability); and
- stratify health data at least by sex, two social markers (such as education, income, occupation etc.), ethnicity or race, and one regional marker (e.g. urban/rural residence).

The results of this study support the relevance of such a wide coverage of health determinants related to various sectors to providing a solid base for the establishment of effective intersectoral action to tackle health inequalities.

POLICY IMPLICATIONS FOR INTERSECTORAL ACTION AND HEALTH-IN-ALL-POLICIES APPROACHES

Reliable assessment of individual health determinants across sectors enables decision-makers to identify the most prominent inequalities, the most affected target groups (or target areas) and the root causes of inequalities to be addressed in specific policy sectors (25). The combined implementation of sectoral interventions and the establishment of intersectoral partnerships form a solid foundation to develop municipal whole-of-government and health-in-all-policies approaches, which would favour and support intersectoral action (7).

Promising examples of intersectoral partnerships and institutionalized collaboration schemes facilitating such cross-cutting tasks are offered by the European EHP (26) or the Transport, Health and Environment Pan-European Programme (27). Intersectoral action and partnerships are essential to coordinate the response of various sectors towards a common objective (7, 28). Furthermore, they form a central component for implementation of the Health 2020 policy (4) and various SDGs related to environmental sustainability, equity, health and inclusion (3). However, to implement these goals, local data are critical to guide targeted and effective intersectoral action and ensure that the most affected population groups are prioritized.

Acknowledgements: WHO gratefully acknowledges UNKT project partners: the UNDP, United Nations Volunteers, United Nations Children’s Fund and the United Nations Population Fund. The CVA database was provided by UNDP.

WHO also gratefully acknowledges the feedback received on the survey results from the Department of Health and Social Welfare and the Department of Environment of the Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić municipalities and the Department of Biology, University of Pristina.

Source of funding: The project was funded by the United Nations Human Security Trust Fund in 2012 (reference number UDP-EE-12-090). The funders had no role in the study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Conflict of interests: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decision or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Committee on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 13 May 2016).
2. 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?ua=1, accessed 13 May 2016).
3. United Nations. Sustainable Development Knowledge Platform (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, accessed 13 May 2016).
4. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1, accessed 13 May 2016).
5. UCL Institute of Health Inequity. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf, accessed 13 May 2016).
6. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, 21 October 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1, accessed 13 May 2016).
7. Regional Committee for Europe 65th session, Vilnius, Lithuania, 14–17 September 2015. Health is a political choice. Promoting intersectoral action for health and well-being in the WHO European Region. Working document. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 [EUR/RC65/16 + EUR/RC65/16/Conf.Doc/8; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/284260/65wd16_PromotingIntersectoralAction_150619.pdf?ua=1, accessed 13 May 2016].
8. Promoting intersectoral and interagency action for health and well-being in the WHO European Region: synergy among the health, education and social sectors. Meeting report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/286504/Promoting-intersectoral-and-interagency-action-for-health-and-well-being-in-the-WHO-European-Region_Paris.pdf, accessed 13 May 2016).
9. Fifth Ministerial Conference on Environment and Health: Protecting children's health in a changing environment. Parma, Italy, 10–12 March 2010. Parma Declaration on Environment and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 [EUR/55934/5.1 Rev. 2; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78608/E93618.pdf, accessed 13 May 2016].
10. Socioeconomic, demographic, spatial and ethnic inequalities in environmental exposure in the municipalities of Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić. An exploration of social and environmental vulnerability based on field survey data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/182534/1/Socioeconomic-demographic-ethnic-inequalities-municipalities-Kosovo.pdf>, accessed 13 May 2016).
11. United Nations Kosovo Team. Building a better future for citizens of Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić: participation, protection, and multiethnic partnerships for improved education, health and sustainable livelihoods (on the pipeline). (<http://www.unkt.org/building-a-better-future-for-citizens-if-fushe-kosovekosovo-polje-and-obiliqobilibic-participation-protection-and-multiethnic-partnerships-for-improved-education-health-and-sustainable-livelihoods>, accessed 13 May 2016).
12. Shaipi K. Community vulnerability assessment report 2013. Final draft. Pristina: IQ Consulting/Social Development Foundation; 2013 (http://www.undp.org/content/dam/kosovo/docs/FK_Ob/CVA%20Report%2008.08.2013%20final%20April%202014.pdf, accessed 13 May 2016).
13. Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, accessed 13 May 2016).

14. World Health Organization, WHO Centre for Health and Development, Kobe, United Nations HABITAT. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/kobe_centre/publications/hiddencities_media/who_un_habitat_hidden_cities_web.pdf, accessed 143 May 2016).
15. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/166136/UrbanDimensions.pdf, accessed 13 May 2016).
16. Vincenti K, Braubach M, editors. Environmental health inequalities in Malta. Valletta: Environmental Health Directorate, Department for Health Regulation, Ministry for Health; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/243160/Environmental-Health-Inequalities-in-Malta.pdf?ua=1, accessed 25 January 2016).
17. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Executive summary. London: University College London; 2010 (<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, accessed 13 May 2016).
18. Bunge C, Katzschner A. Umwelt, Gesundheit und soziale Lage. Studien zur sozialen Ungleichheit gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen in Deutschland. [Environment, health and social status. Studies on social inequality in exposure to health-related environmental risks in Germany.] Berlin: Umweltbundesamt; 2009 (http://www.apug.de/archiv/pdf/Umwelt_und_Gesundheit_02_2009_Web.pdf, accessed 13 May 2016).
19. Diderichsen F, Andersen I, Møller C and the Working Group of the Danish review on social determinants of health, editors. Health inequality – determinants and policies. Final report of the Danish review on social determinants of health. Copenhagen: University of Copenhagen; 2011 (<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/83A30419FB1B47C1BC0D725AE50E5A3C.ashx>, accessed 13 May 2016).
20. Commission on the Reduction of Social Inequalities in Health in Spain. Moving forward equity. A proposal of policies and interventions to reduce social inequalities in health in Spain. Madrid: Ministry of Health, Social Policy and Equality; 2010 (http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Moving_Forward_Equity.pdf, accessed 13 May 2016).
21. European Quality of Life Survey 2012. Database (unweighted). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2012 (<http://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys-eqls/european-quality-of-life-survey-2012>, accessed 23 May 2016).
22. Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, Neira M. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1, accessed 13 May 2016).
23. The United Nations Common Development Plan 2016–2020. Pristina: United Nations Kosovo Team; 2015 (http://www.unkt.org/wp-content/uploads/2015/12/UNKT_1012eng.pdf, accessed 13 May 2016).
24. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*. 2004;33(1):115–31. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0047279403007220>.
25. Braubach M. Benefits of environmental inequality assessments for action. *J Epidemiol Community Health* 2013;67(8): 625–8. doi:10.1136/jech-2012-201390.
26. Improving environment and health in Europe: how far have we gotten? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/276102/Improving-environment-health-europe-en.pdf, accessed 13 May 2016).
27. Schweizer C, Racioppi F, Nemer L. Developing national action plans on transport, health and environment. A step-by-step manual for policy-makers and planners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/247168/Developing-national-action-plans-on-transport,-health-and-environment.pdf, accessed 13 May 2016).
28. Stone V, editor. Health in all policies. Training manual. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1, accessed 13 May 2016).

Политика и практика

НЕРАВЕНСТВО В СТЕПЕНИ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В ДВУХ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОКРУГАХ КОСОВО*: ОСНОВАНИЯ ДЛЯ МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Matthias Braubach¹, Christoph Gliesing¹, Dorota Jarosinska¹, Pierpaolo Mudu¹, Elizabet Paunovic¹, Skender Sylaj², Ardita Tahirukaj²

¹ Европейский центр по окружающей среде и охране здоровья, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Бонн, Германия

² Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Приштина, Косово

Автор, отвечающий за переписку: Matthias Braubach (адрес электронной почты: braubachm@who.int)

АННОТАЦИЯ

Воздействие экологических рисков является одной из основных причин плохого здоровья. В зависимости от демографических, социально-экономических и территориальных детерминант воздействие экологических факторов риска, а также связанное с ними влияние на здоровье различается в разных группах населения. Задачей настоящего исследования являлась оценка влияния этих детерминант на подверженность экологическим условиям и субъективную оценку состояния здоровья в двух муниципалитетах Косово (Косово Поле и Обилич). В ходе исследования была проанализирована база данных по результатам оценки степени уязвимости населения, предоставленная Группой Организации

Объединенных Наций по Косово. Результаты указывают на заметные неравенства в степени подверженности экологическому риску. Самые серьезные неравенства были связаны с социально-экономическими детерминантами (особенно с низким уровнем дохода и образования) и этнической принадлежностью (наиболее высокая степень неблагополучия отмечалась среди народностей рома, ашкали и групп «египетского происхождения»), однако демографические и территориальные детерминанты также играют свою роль. На субъективные оценки состояния собственного здоровья респондентов сильнее всего влияли социально-экономические и демографические детерминанты, однако отмечались и неравенства,

обусловленные некоторыми экологическими переменными. Этническое происхождение не ассоциировалось с различиями в субъективной оценке состояния собственного здоровья. Полученные результаты иллюстрируют масштабы и распределение экологических неравенств среди местного населения и, таким образом, помогают определить потенциальные целевые группы и приоритетные направления для межсекторальных действий. На основе результатов проведенного обследования были сделаны конкретные выводы о вмешательствах, которые следует провести на местном уровне с акцентом на социальные и экологические факторы.

Ключевые слова: ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ РИСК, СПРАВЕДЛИВОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ, МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

* В целях данной публикации все ссылки на «Косово» (в том числе в разделе «Библиография») следует понимать/читать как «Косово (в соответствии с резолюцией Совета Безопасности №1244 (1999))» (<http://www.nato.int/kosovo/docu/u990610a.htm>).

ВВЕДЕНИЕ

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ НЕРАВЕНСТВО И МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ: СИТУАЦИЯ В МИРЕ

В 2008 году в заключительном докладе Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (1) был сделан вывод о том, что неравенства в отношении здоровья являются основной проблемой для развития и общего прогресса стран. Такие неравенства также существуют и в отношении воздействия экологических детерминант на здоровье; почти во всех странах некоторые группы населения подвергаются более высокому риску пагубного воздействия условий окружающей среды по сравнению с другими группами. Социально-экономические переменные, такие как уровень дохода, занятость или профессии, и уровень образования, как выяснилось, являются особенно сильными детерминантами экологических рисков для здоровья, однако демографические переменные, такие как возраст и пол, этническое происхождение и территориальные аспекты (напр., проживание в городе или селе), также могут иметь прямое влияние на экологический риск или менять взаимосвязи между социально-экономическим положением, окружающей средой и здоровьем (2).

Значение справедливости для устойчивого развития недавно нашло отражение в Целях в области устойчивого развития (ЦУР) (3), в которых приоритетное значение придается уменьшению неравенства в целом (ЦУР 10), но также планируется покончить с нищетой (ЦУР 1) и гендерным неравенством (ЦУР 5), содержится призыв обеспечить качественное образование (ЦУР 4) и достойную работу (ЦУР 8), а также открытость, безопасность, жизнестойкость и устойчивость городов и населенных пунктов (ЦУР 11). Европейское региональное бюро ВОЗ полностью поддерживает положение о значении уменьшения неравенств в отношении здоровья и включило эту концепцию в качестве центрального компонента в основах европейской политики ВОЗ в интересах здоровья и благополучия (Здоровье-2020) (4, 5). В соответствии с глобальными приоритетами (6) Европейское региональное бюро ВОЗ также определило приоритеты межсекторальных действий как наиболее подходящего подхода к решению проблем неравенства в отношении здоровья и других комплексных, многогранных задач здраво-

охранения, связанных с социальными детерминантами здоровья (7, 8).

Европейский процесс «Окружающая среда и здоровье» (ЕПОСЗ), деятельность которого координирует Европейское региональное бюро ВОЗ, является одним из примеров долгосрочной межсекторальной деятельности, основанной на партнерствах между секторами здравоохранения и охраны окружающей среды в государствах-членах Европейского региона ВОЗ. Уменьшение неравенства в степени подверженности экологическим рискам было одним из приоритетов, рассмотренных на 5-й министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья (9); в результате этого был подготовлен первый доклад об оценке неравенств в отношении экологических условий в Европейском регионе (2).

КОНТЕКСТ ПРОЕКТА И ПРОБЛЕМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КОСОВО

Оценка масштабов неравенства в отношении подверженности экологическим рискам и определение наиболее неблагоприятных групп населения имеют огромное значение для лиц, вырабатывающих политику на национальном и местном уровнях, поскольку это дает им возможности для устранения этих неравенств за счет применения адекватных и эффективных мер. В данной статье представлены результаты оценки неравенства и уязвимости к экологическим факторам (10), которая была проведена в рамках проекта Группы Организации Объединенных Наций по Косово (UNKT) «Построение лучшего будущего для жителей Косово Поля и Обилича: участие, защита и межэтническое партнерства с целью повышения уровня образования, укрепления здоровья и обеспечение устойчивых средств к существованию» (11). Мероприятия этого проекта были направлены на два наименее развитых муниципальных округа (Fushë Kosovë/Косово Поле и Obiliq/Обилич) и предусматривали разработку межсекторальных вмешательств для улучшения жилищных условий и снижения уязвимости и рисков для безопасности человека. Хотя в этих двух муниципалитетах присутствуют типичные для всего Косово проблемы гуманитарной безопасности, существуют и специфические местные сложности, обусловленные многонациональным составом населения – здесь проживают албанцы, сербы и такие этнические меньшинства, как рома, ашкали и «египтяне» (РАЕ). Таким образом, мероприятия проекта

UNKT предполагали межсекторальную деятельность, объединяя области, относящиеся к безопасности человека:

- *социально-экономическая несправедливость* – уменьшение хронической нищеты, долгосрочной безработицы, низкого уровня образования, дискриминации по этническому и гендерному признаку с целью определения немедленных возможностей трудоустройства и расширения возможностей занятости для подрастающего поколения;
- *здоровье* – улучшение основных стандартов здоровья среди жителей муниципалитетов, имеющих низкое экономическое и социальное положение, или низкий уровень информированности о том, как принимать осознанные решения о здоровье; и
- *окружающая среда* – продвижение стратегий по ослаблению пагубного воздействия окружающей среды в муниципалитетах с одновременным уменьшением экологического воздействия, обусловленного образом жизни, выбранным жителями.

МЕТОДЫ

ОПИСАНИЕ ВЫБОРОЧНЫХ ДАННЫХ

Для определения конкретных потребностей неблагополучных групп населения и этнических меньшинств Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) заказала и координировала проведение оценки уязвимости общин (ОУО). Этот первичный сбор данных основывался на индивидуальных опросах, которые проводились с 2013 г. для определения отправных точек для вмешательств в таких областях как занятость, социальная защита, охрана окружающей среды и здоровье. Для изучения областей, относящихся к безопасности человека, в процессе ОУО были собраны данные о социальных, экологических и экономических условиях в муниципалитетах Косово Поле и Обилич, а также субъективные данные самооценки состояния здоровья и информация о различных показателях здравоохранения и болезнях. Опубликован описательный отчет ОУО, включая информацию о выборке и вопросах анкеты (12).

Для этого исследования использовался метод квотированной выборки, т.е., пропорция участни-

ков опроса, представляющих меньшинства (напр., группы с низким уровнем дохода или этнические меньшинства) завышалась, поскольку иначе на них приходилась бы лишь незначительная доля выборки. Такой подход обеспечивает учет достаточного числа представителей маргинализированных групп для проведения значимого анализа, однако это также означает, что данные, полученные в ходе опроса, не являются репрезентативными в отношении этнических или социально-экономических характеристик населения в этих двух муниципалитетах. Например, совокупность выборки хорошо отражает возрастную и гендерную структуру местного населения, но включает более высокую пропорцию уязвимых групп, таких как домохозяйства РАЕ или безработные лица (детальная информация о различиях между местным населением и совокупностью выборки представлена в соответствующем отчете ВОЗ) (10). Окончательная база данных, использованная ВОЗ для анализа, содержит субъективную информацию о 1998 домохозяйствах, в которых проживают 9495 неидентифицируемых лиц.

АНАЛИЗ ДАННЫХ

В данной статье представлены результаты вторичного анализа данных с акцентом на аспектах экологической справедливости, проведенного Европейским региональным бюро ВОЗ. Анализ данных основывался на моделях кросс-табуляции и логистической регрессии и был структурно разделен на четыре этапа (более подробную информацию можно найти по ссылке в библиографии) (10):

1. Приоритетные проблемы экологического неблагополучия;
2. Влияние отдельных социальных детерминант на неравенства в отношении экологических рисков;
3. Комбинированное воздействие социальных детерминант на неравенства в отношении экологических рисков; и
4. Влияние экологических и социальных детерминант на здоровье.

Переменные, использованные для анализа экологической уязвимости, были стратифицированы на четыре категории экологических детерминант: три из них относились к традиционным источникам воздействия (неудовлетворительные условия водоснабжения, санитарии и гигиены; неудовлетворительные жилищные условия; неудовлетворительные условия

окружающей среды), и одна относилась к низкой платежеспособности населения, которое не может себе позволить оплату услуг (см. вставку 1). Социальные детерминанты, которые рассматривались в ходе анализа уязвимости, соответствовали рекомендациям Комиссии по социальным детерминантам здоровья (1) и включали социально-экономические, демографические, этнические и территориальные факторы, влияющие на жилищные условия и здоровье (см. вставку 1). Что касается информации о здоровье, то анализ был сосредоточен на получении субъективных самооценок состояния здоровья для регрессивного анализа, однако для проведения бивариантного анализа также использовались выбранные данные о воздействии на состояние здоровья.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ, ОБНАРУЖЕННЫЕ В ХОДЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пропорция участников общей выборки, подвергавшихся определенным экологическим воздействиям, была в высшей степени изменчивой и колебалась от очень небольшой части населения (напр., 3% из совокупности выборки не имели электричества в жилищах) до более чем половины участников выборки, затронутых экологическими проблемами. Такие общие проблемы обычно касались обеспечения питьевой водой, источниками энергии, загрязнения окружающей среды и стоимости экологических услуг (см. рис. 1).

ВЛИЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ НА НЕРАВЕНСТВО В СТЕПЕНИ ПОДВЕРЖЕННОСТИ ЭКОЛОГИЧЕСКИМ РИСКАМ

В отдельных группах населения или на отдельных территориях экологические проблемы могут возникать гораздо чаще. Это приводит к неравенству в степени подверженности экологическим рискам и называется «дифференцированной подверженностью», которая указывает, какие конкретные группы населения (напр., пожилые люди, дети или малообеспеченные лица) более уязвимы к воздействию экологических рисков (2).

ВСТАВКА 1. ПЕРЕМЕННЫЕ, ПРИМЕНЯВШИЕСЯ ПРИ АНАЛИЗЕ

Детерминанты экологического неблагополучия

Неудовлетворительные условия водоснабжения/гигиены/санитарии, определенные как наличие трех или более проблем из списка ниже:

- отсутствие туалета в доме
- отсутствие ванной или душа в доме
- отсутствие подключения к системе канализации
- отсутствие водопровода
- мнение о неудовлетворительном качестве воды
- мнение о неудовлетворительном количестве воды.

Неудовлетворительные жилищные условия, определенные как наличие двух или более проблем из списка ниже:

- отсутствие холодильника
- отсутствие кухонной плиты
- отсутствие кровати для каждого члена семьи
- отсутствие электроснабжения в доме.

Неудовлетворительные экологические условия, определенные как наличие четырех или более проблем из списка ниже:

- ветхое или нездоровое жилище
- перенаселенность
- использование твердого топлива для приготовления пищи и отопления
- мнение о плохом качестве воздуха
- мнение о плохом качестве почвы
- предполагаемое наличие токсичных веществ.

Низкая платежеспособность населения, определенная как наличие трех или более проблем из списка ниже:

- проблемы с приобретением продуктов питания
- проблемы с приобретением воды
- проблемы с приобретением энергии
- невозможность приобрести лекарства
- болезни из-за нехватки продуктов питания.

Детерминанты социального неблагополучия

Социально-экономические детерминанты:

- образование
- квинтиль уровня дохода
- занятость
- финансовая ситуация.

Демографические детерминанты:

- пол
- возраст
- наличие детей в домохозяйстве
- размер домохозяйства.

Этнические детерминанты:

- этническая принадлежность (албанец; серб; РАЕ).

Территориальные детерминанты:

- муниципальный округ
- город – село.

РИСУНОК 1. ОСНОВНЫЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОКРУГАХ

ИСТОЧНИКИ ЭНЕРГИИ

Использование твердого топлива для отопления

79,3%

Использование твердого топлива для приготовления пищи

70,4%

ЗАГРЯЗНЕНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Мнение о загрязнении воздуха

60,7%

Сообщили о загрязнении почвы

50,5%

СТОИМОСТЬ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Проблемы с приобретением энергии

55,9%

Проблемы с приобретением воды

47,6%

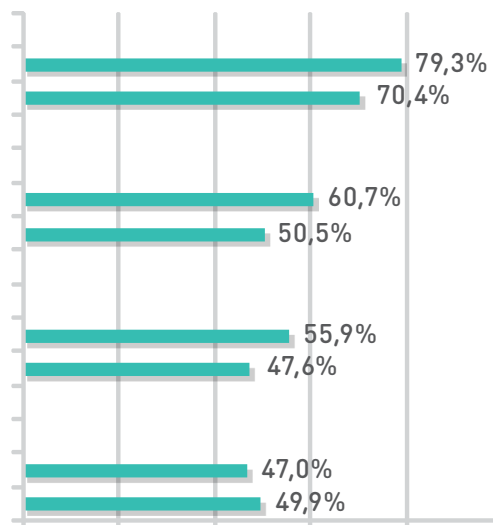
ПИТЬЕВАЯ ВОДА

Отсутствие водопровода

47,0%

Мнение о неудовлетворительном качестве

49,9%



Неравенства в степени подверженности рискам, обусловленные социальными детерминантами, наблюдались во всех четырех категориях экологического неблагополучия в этих двух муниципалитетах. Степень влияния социальных детерминант на экологическое неблагополучие различалась в зависимости от рассматриваемых экологических категорий.

1. *Неудовлетворительные условия водоснабжения/гигиены/санитарии/* (7,4% от всей совокупности выборки) в основном обусловлены этническими и социально-экономическими детерминантами. Наиболее сильно затронутыми подгруппами оказались РАЕ (20,7%), лица без образования (19,9%), лица, относящиеся к самому низкому квинтилю доходов (18,5%), и лица в тяжелой финансовой ситуации (18,7%). Территориальные детерминанты сыграли роль в неравенстве по отдельным переменным (напр., отсутствие водопровода чаще встречалось в сельской местности), в то время как демографические детерминанты сыграли менее значимую роль.
2. На *неудовлетворительные жилищные условия* (затронута 12,7% от всей выборки) в основном влияют этнические и социально-экономические детерминанты. Наиболее неблагополучными группами были РАЕ (35,1% указали, что проживают в плохих жилищных условиях) и лица без образования (34,2%) или относящиеся к самому низкому квинтилю доходов (29,4%). Менее сильным, но все

же значительным фактором влияния оказался возраст (в неблагоприятном положении находились дети) и состав семьи (домохозяйства с детьми находились в неблагоприятной ситуации).

3. *Неудовлетворительные экологические условия* (26,3% от всей выборки) были обусловлены широким спектром детерминант (социально-экономических, демографических и территориальных, а также этнической принадлежностью), однако различия в степени подверженности воздействию были менее заметными по сравнению с неудовлетворительными жилищными условиями. Самые высокие уровни подверженности воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды отмечались среди лиц из самого низкого квинтиля доходов (37% респондентов сообщили о неудовлетворительных экологических условиях) и финансовыми проблемами (36,8%), в больших домохозяйствах в составе семи и более человек (36,6%), среди РАЕ (36,4%) и жителей сельской местности (34,4%).
4. *Малообеспеченность* (26,6% от общей выборки) почти всегда обусловлена социально-экономическими детерминантами и этнической принадлежностью. Самый высокий уровень неравенства отмечался среди лиц с финансовыми проблемами (65,1%), РАЕ (57,5%), лиц из самого низкого квинтиля доходов (54%) и лиц, не имеющих образования (49,4%). Различия между городом и селом практически не влияли на различия в уровне обеспеченности.

КОМБИНИРОВАННОЕ ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ НА НЕРАВЕНСТВА В СТЕПНИ ПОДВЕРЖЕННОСТИ ЭКОЛОГИЧЕСКИМ РИСКАМ

В реальной жизни социальное неблагополучие концентрируется в конкретных группах, и эти социально уязвимые группы населения обычно одновременно страдают от различных социально-экономических, демографических и других проблем. Такие многочисленные социальные лишения находят свое отражение и в постоянно растущем воздействии экологических рисков, что, в свою очередь, приводит к усилению неравенства. Если взять в качестве примера неудовлетворительные условия водоснабжения, гигиены и санитарии, слияние только трех социальных детерминант ассоциировалось с пятикратным и статистически значимым усилением воздействия пагубных факторов: с 7,4% в общей выборке до 20,7% среди всех РАЕ, 34,3% среди РАЕ, живущих в сельской местности, и среди 41% РАЕ в сельской местности из самого низкого квинтиля доходов. В таблице 1 представлены масштабы неравенства в отношении воздействия экологических условий среди РАЕ в ситуациях множественных социальных лишений по всем четырем экологическим категориям; данные представлены по двум сценариям.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ НА ЗДОРОВЬЕ

Домохозяйства, сообщившие о различных проблемах со здоровьем и болезнях (таких как травмы и отравления, бронхит, пневмония или кожные болез-

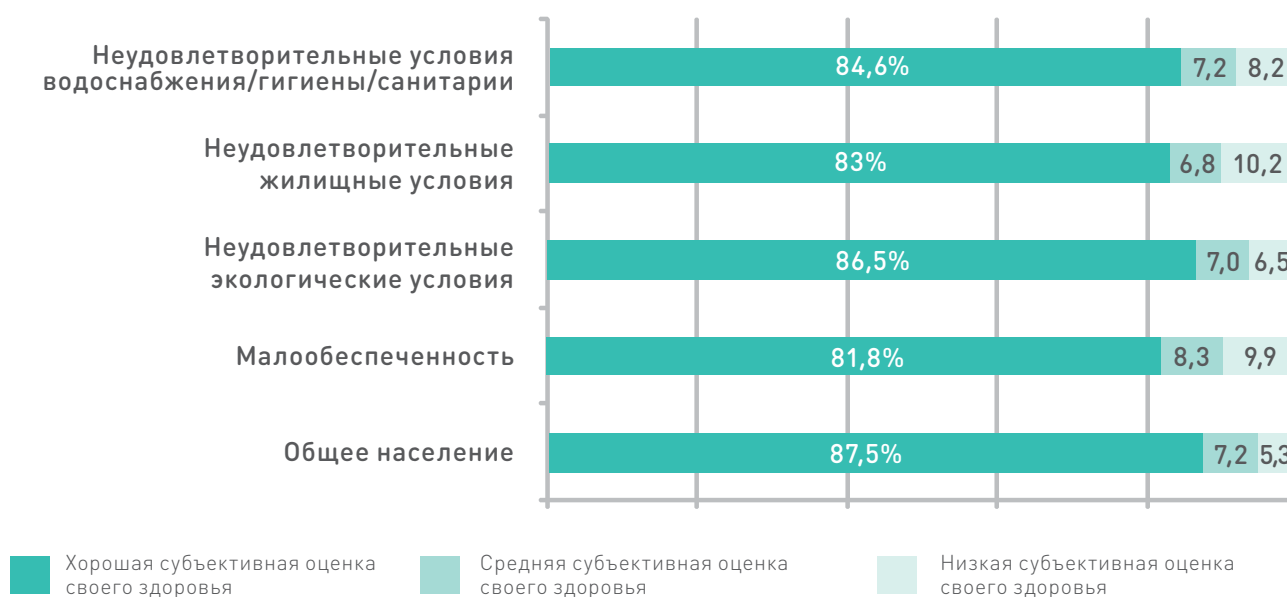
ни) чаще сообщали о неудовлетворительных условиях водоснабжения/гигиены/санитарии, плохих жилищных и экологических условиях и своей малообеспеченности. В то время как 80% участников опроса сообщили о своем хорошем здоровье, все лица, сообщившие о плохих экологических условиях, оценили состояние своего здоровья как плохое. Неудовлетворительные жилищные условия и малообеспеченность оказались самыми сильными факторами воздействия и ассоциировались с более чем вдвое частыми сообщениями респондентов о своем плохом здоровье по сравнению с общей популяцией (см. рис. 2). Эти результаты показывают, что действия по улучшению жилищных и экологических условий, а также по оказанию адекватных и доступных услуг принесут взаимодополняющие выгоды для здоровья населения.

Результаты логистической регрессии подтверждают, что неудовлетворительные условия водоснабжения/гигиены/санитарии, плохие жилищные условия и малообеспеченность в значительной степени ассоциировались с более частыми сообщениями респондентов о своем плохом здоровье. Самым сильным фактором воздействия оказалась малообеспеченность – частота низкой субъективной оценки своего здоровья в таком случае возрастала почти в четыре раза (соотношение шансов [СШ] 3,8). Однако при проведении множественных регрессий, включая социальные детерминанты, статистически значимой осталась только «нехватка средств для оплаты услуг» (СШ 2,2; см. табл. 2). При рассмотрении социальных детерминант чаще всего низкая субъективная

ТАБЛИЦА 1. УСИЛЕНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ В СВЯЗИ С МНОГОЧИСЛЕННЫМИ АСПЕКТАМИ СОЦИАЛЬНЫХ ЛИШЕНИЙ

Сценарий	Население, не обеспеченное полноценными услугами водоснабжения/гигиены/санитарии (%)	Население, живущее в неадекватных жилищных условиях (%)	Население, живущее в неадекватных экологических условиях (%)	Малообеспеченные группы населения (%)
База отсчета (общая выборка)	7,4	11,6	26,3	26,6
Сценарий уровня бедности (акцент на низком доходе и финансовых проблемах)	РАЕ, живущие в сельской местности, с низким уровнем дохода и тяжелой финансовой ситуацией: 43,3	РАЕ, живущие в сельской местности, с низким уровнем дохода и большими домохозяйствами: 82,0	РАЕ, живущие в городах, с низким уровнем дохода и большими домохозяйствами: 69,4	РАЕ, живущие в городах, с низким уровнем дохода и находящиеся в тяжелой финансовой ситуации: 83,9
Сценарий на основе ограниченных ресурсов (акцент на отсутствии образования и работы)	РАЕ, живущие в городах, не имеющие образования: 48,8	РАЕ, живущие в сельской местности, не имеющие работы и образования: 87,9	РАЕ, живущие в сельской местности, не имеющие работы и образования: 84,4	РАЕ, живущие в городах, не имеющие работы и образования: 72,7

РИСУНОК 2. РАЗЛИЧИЯ В СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ С РАЗБИВКОЙ ПО ЭКОЛОГИЧЕСКИМ КАТЕГОРИЯМ



оценка своего здоровья была связана с пожилым возрастом, после чего следовали такие факторы, как низкий уровень образования, финансовые проблемы или проживание в сельской местности, а этническая принадлежность и пол никак не соотносились с различиями в субъективной оценке собственного здоровья. Таким образом, эти результаты указывают на наличие большого различия в подверженности воздействию пагубных факторов между неблагополучными этническими группами (например, РАЕ), но отсутствуют различия в степени уязвимости между лицами, которые подверглись такому воздействию.

ОБСУЖДЕНИЕ

ОГРАНИЧЕНИЯ И ПРОБЕЛЫ В ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

В базе данных, использованных для настоящего исследования, существуют определенные ограничения, которые зачастую встречаются в социальных и экологических исследованиях и ограничивают возможность использования результатов, особенно относящихся к воздействию социальных и экологических детерминант на здоровье.

ТАБЛИЦА 2. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГРЕССИВНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В ОТНОШЕНИИ НИЗКОЙ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Категория	СШ (95% ДИ) – более частые субъективные оценки своего здоровья как плохого		Социальные детерминанты, связанные с более частыми низкими субъективными оценками своего здоровья	Социальные детерминанты, не связанные с более частыми низкими субъективными оценками своего здоровья
	Модель, не скорректированная с учетом социальных детерминант	Модель, скорректированная с учетом социальных детерминант		
Неудовлетворительные жилищные условия	2,8 [2,2–3,5]	1,0 [0,6–1,7]	<ul style="list-style-type: none"> • Пожилой возраст • Низкий уровень образования • Финансовые проблемы • Проживание в сельской местности 	<ul style="list-style-type: none"> • Пол • Этническая принадлежность
Неудовлетворительные экологические условия	1,2 [0,9–1,6]	0,8 [0,5–1,2]		
Неудовлетворительные условия водоснабжения/гигиены/санитарии	1,7 [1,2–2,5]	0,8 [0,5–1,2]		
Малообеспеченность	3,8 [3,0–4,9]	2,2 [1,4–3,4]		

Первый пробел в данных обусловлен тем, что данные собирались в ходе индивидуальных интервью и, таким образом, представляют субъективные мнения опрошенных представителей домохозяйств. Это может серьезно ограничить точность информации из-за личного восприятия ситуации (например, если речь идет о качестве питьевой воды или о субъективной оценке собственного здоровья). Второе ограничение относится к данным о заболеваниях, которые собирались на уровне домохозяйств (а не в ходе индивидуального опроса), и поэтому не позволяют получить достоверную оценку распространенности заболеваний.

Однако при всех этих ограничениях результаты, представленные в настоящем отчете, следует рассматривать как свидетельства о социальной и экологической уязвимости, и их потенциальной взаимосвязи с показателями здоровья в двух муниципалитетах. Необходима дальнейшая работа, чтобы подтвердить масштабы и последствия социальной и экологической уязвимости для здоровья, а также проанализировать, являются ли такие результаты типичными и для других населенных пунктов в Косово.

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ И ПОЛИТИЧЕСКАЯ АКТУАЛЬНОСТЬ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

В ходе исследования было обнаружено, что экологические детерминанты, оказывающие воздействие на здоровье и услуги здравоохранения, также связаны с социальными факторами.

Поскольку основные экологические проблемы в двух муниципалитетах связаны с качеством питьевой воды, источниками энергии, загрязнением и стоимостью экологических услуг, необходимы профилактические меры в разных секторах, занимающихся оказанием государственных услуг, социальным обеспечением, охраной окружающей среды, энергообеспечением и развитием городской инфраструктуры. Это позволит уменьшить масштабы экологических проблем, негативно влияющих на жизнь большей части местного населения.

Что касается неравенства в степени подверженности экологическим рискам, то полученные результаты указывают на наличие различных форм таких неравенств при разных экологических последствиях: некоторые группы в основном подвергаются воздей-

ствию социально-экономических детерминант, в то время как для других более актуальными являются этнические или территориальные детерминанты. При создании групп для межсекторальных действий необходимо будет учитывать различное влияние социальных детерминант на различные экологические последствия, поскольку это поможет выявить наиболее важные коренные причины, требующие внимания. Это представляется особенно важным при разработке вмешательств, направленных на решение экологических и жилищных проблем и обеспечение водоснабжения, поскольку на них особенно сильно влияют демографические и территориальные детерминанты, поэтому для их решения могут потребоваться адаптированные к местным условиям подходы, которые не обязательно будут эффективны в других местах. Тем не менее полученные результаты также продемонстрировали, что самые высокие уровни экологической уязвимости обусловлены множественными социальными лишениями, в которых сочетаются самые разные формы неблагополучия, а это требует межсекторальных мероприятий, направленных на решение социальных, инфраструктурных и территориальных задач.

Анализ воздействия социальных и экологических детерминант на здоровье показал, что социальные условия могут повлиять на состояние здоровья как непосредственно, так и косвенно в зависимости от экологического риска. Таким образом, действия по обеспечению адекватных экологических условий могут способствовать сокращению неравенств в отношении здоровья независимо от социальных детерминант. Однако межсекторальные подходы, объединяющие осуществление социальных и экологических вмешательств, могут оказаться наиболее перспективными для смягчения и предупреждения неравенств в отношении здоровья, обусловленных экологическими условиями.

ОСМЫСЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ИХ СРАВНЕНИЕ В ЕВРОПЕЙСКОМ КОНТЕКСТЕ

Исследование показало, что социальные детерминанты негативно влияют на подверженность экологическим рискам, и что экологические и социальные детерминанты содействуют неравенствам в отношении здоровья. Хотя методологические ограничения не позволяют в полной мере провести сравнение с другими странами, это общее заключение согла-

суется с целым рядом докладов ВОЗ, в которых рассматривались неравенства в отношении здоровья (1, 2, 5, 6, 13–15), а также отражает результаты, недавно полученные в других странах (16–20). Что касается субъективной оценки собственного здоровья, то результаты исследования показывают, что участники выборки в основном позитивно оценивали состояние своего здоровья (87,5% сообщили, что у них довольно хорошее здоровье). Это совпадает с данными Европейского исследования качества жизни (21), в котором отмечено, что 83,4% жителей Косово сообщили о своем хорошем здоровье, однако приводятся гораздо более низкие субъективные оценки состояния здоровья в среднем во всех странах Европы (60,9%). Такой контраст между Косово и средними европейскими оценками во многом объясняется возрастными различиями, поскольку население Косово гораздо моложе, чем в среднем в Европе.

Однако результаты исследования в двух муниципалитетах Косово довольно специфичны, поскольку представляют данные о неравенствах в области, затронутой широким спектром экологических проблем (таких как использование твердого топлива и загрязнение воздуха) и содержат подробную информацию, позволяющую проанализировать местные взаимосвязи между социальными и экологическими детерминантами, которые формируют неравенства в отношении здоровья и других сферах. Таким образом, результаты этого исследования

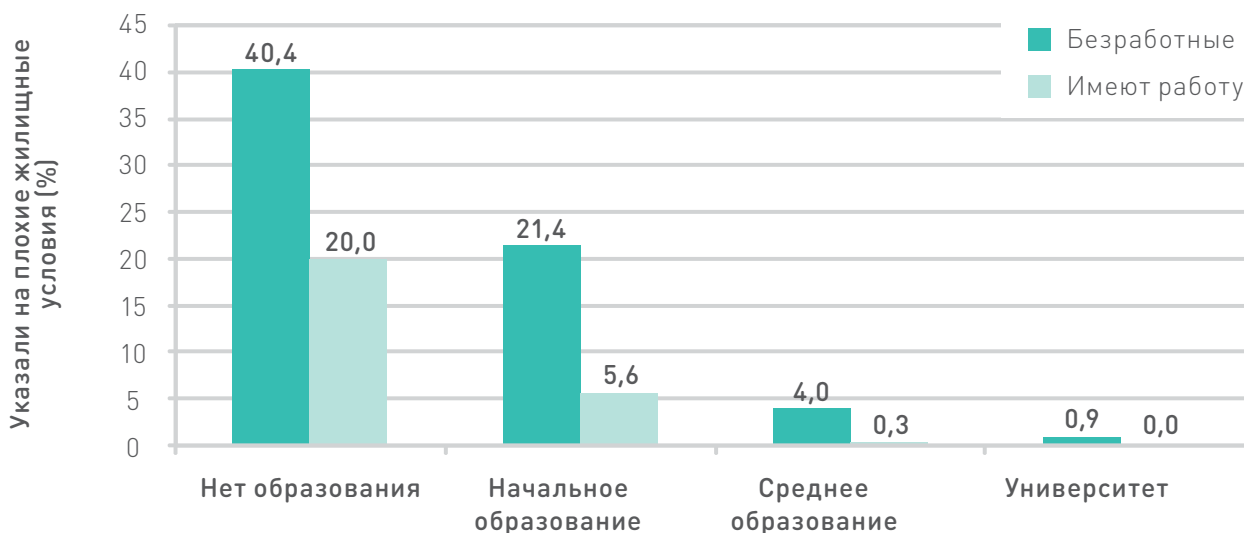
обеспечивают надежную основу для планирования местных межсекторальных действий в муниципалитетах Косово Поле и Обилич с целью улучшения экологических условий и уменьшения неравенства в отношении здоровья.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ НА МЕСТНОМ УРОВНЕ

Полученные результаты подтверждают, что социальные детерминанты оказывают сильное негативное влияние на подверженность экологическим рискам, которые, по оценкам, обуславливают около 23% глобального бремени болезней (22). В данном случае, в муниципалитетах Косово Поле и Обилич неудовлетворительное водоснабжение, плохие жилищные условия, использование твердого топлива, загрязнение воздуха и почвы, и стоимость услуг по снабжению являются наиболее распространенными экологическими детерминантами здоровья (10).

С другой стороны, эти результаты показывают, что социальные детерминанты оказывают значительное непосредственное влияние на здоровье населения в этих двух муниципалитетах. Это позволяет предположить, что осуществление мероприятий в области социальной политики, направленных на решение проблем бедности, доходов, образования и занятости, могут оказать двойное воздействие, поскольку принесут прямую выгоду в деле

РИСУНОК 3. ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ РАБОТЫ НА НЕАДЕКВАТНЫЕ ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ С РАЗБИВКОЙ ПО ПОДГРУППАМ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ОБРАЗОВАНИЯ



укрепления здоровья и, в то же время, будут способствовать улучшению экологических условий, влияющих на здоровье в этих муниципалитетах. На основе местных данных на рисунке 3 приведен пример эффективности межсекторальных мероприятий: обеспечение занятости как одно из политических вмешательств, и его влияние на улучшение жилищных условий. Результаты показывают, что люди, имевшие работу, реже жаловались на плохие жилищные условия, и что этот эффект сильнее всего проявлялся в целевой группе, для которой основной проблемой являлись плохие жилищные условия: население без образования или имеющее только начальное образование.

Поскольку такие многочисленные преимущества могут быть обеспечены для разных подгрупп населения (напр., сельских жителей и РАЕ) и при всех

категориях экологического неблагополучия, за исключением неудовлетворительных экологических условий (на которые людям трудно повлиять), полученные результаты позволяют предположить, что социальные вмешательства, например обеспечение занятости, могут принести дополнительную экологическую пользу за счет изменения социального положения людей. В продолжение этого тезиса в таблице 3 перечислены самые разные мероприятия по борьбе с неравенством, которые могут осуществляться местными органами власти, не имеющими отношения к экологии, но, тем не менее, могут принести дополнительную экологическую пользу, как отмечено в отчете об исследовании и *Общем плане действий Организации Объединенных Наций в области развития на 2016–2020 гг.* для Косово (10, 23).

ТАБЛИЦА 3. ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ НЕРАВЕНСТВА С АКЦЕНТОМ НА СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, С РАЗБИВКОЙ ПО СЕКТОРАМ

Сектор	Вмешательства с акцентом на социальные факторы: инвестиции в людей и общество	Вмешательства с акцентом на экологические факторы: инвестиции в инфраструктуру и защиту окружающей среды
Образование	Поддержка базового образования и профессиональной подготовки	Улучшение экологического образования и уровня информированности
Труд	Кампании в поддержку занятости Помощь лицам с низкооплачиваемой работой	Поддержка в создании так называемых «зеленых» рабочих мест (защита окружающей среды, программы энергосбережения и т.п.)
Социальное обеспечение	Программы социальной поддержки	Субсидии на оплату энергии и кампании в поддержку энергосбережения и за использование чистой энергии Предоставление социального жилья
Обеспечение жильем/городское и территориальное планирование		Повышение качества государственных услуг Программы развития села Охрана окружающей среды в городах
Здравоохранение	Повышение медико-санитарной грамотности Активный охват групп риска услугами системы здравоохранения/всеобщий доступ к услугам здравоохранения Осуществление мониторинга социальных детерминант здоровья	Осуществление мониторинга экологических детерминант здоровья
Охрана окружающей среды		Всеобщие действия по охране и улучшению окружающей среды Целевые действия для решения приоритетных экологических проблем и мероприятия в наиболее затронутых районах

Источники: ссылки (10, 23)

Общий план действий ООН в области развития на 2016–2020 гг. для Косово представляет собой подход с участием всех организаций и учреждений системы ООН, работающих в разных секторах (23). Сотрудничество между секторами образования, труда, социального обеспечения и здравоохранения (с акцентом на оказание поддержки человеку), и секторами охраны окружающей среды, транспорта, жилищного и территориального планирования (с акцентом на управление государственными вопросами) позволят взаимодополнить ведомственные повестки дня и поддержать подходы с участием всего правительства и с учетом вопросов здоровья во всех стратегиях. Поскольку недавно утвержденный *Общий план действий ООН в области развития* включает такие приоритетные направления работы, как обеспечение справедливости и социальной интеграции, а также охрану окружающей среды и здоровья, он идеально подходит для использования выводов проекта о межсекторальных действиях в Косово.

ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ДЛЯ МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Поскольку «устранение факторов неравенства в отношении здоровья означает решение проблемы неравного распределения детерминант здоровья» (24), необходимо создавать системы надзора с учетом принципов справедливости для выявления социального и экологического неравенства, и различий в состоянии здоровья, возникающих в разных секторах. В данном исследовании показаны возможности проведения анализа обеспечения справедливости, который позволяет определить связи различных социальных и экологических детерминант и отследить ответственность отдельных секторов. Результаты этого исследования созвучны призыву Комиссии по социальным детерминантам здоровья (1), в котором предусматривается, что системы надзора за соблюдением справедливости в отношении здоровья должны:

- включать физические и социальные экологические детерминанты здоровья (такие как водоснабжение и санитария, жилищные условия, городская инфраструктура, качество воздуха и социальный капитал/уровень обеспеченности);
- стратифицировать данные о здоровье как мини-

мум по полу, двум социальным маркерам (напр., образование, уровень дохода, профессия и т. п.), этнической или расовой принадлежности и одному региональному маркеру (напр., проживание в городе/селе).

Результаты этого исследования подтверждают актуальность такого широкого охвата детерминант здоровья, связанных с разными секторами, формируя надежную основу для разработки эффективных межсекторальных действий, направленных на устранение неравенств в отношении здоровья.

ПОЛИТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ И ПРИМЕНЕНИЯ ПОДХОДА С УЧЕТОМ ИНТЕРЕСОВ ЗДОРОВЬЯ ВО ВСЕХ СТРАТЕГИЯХ

Надежный анализ отдельных детерминант здоровья в разных секторах дает возможность лицам, принимающим решения, выявить наиболее показательные неравенства, наиболее затронутые целевые группы (или целевые районы) и коренные причины неравенств, которые следует устранить в конкретных секторах политики (25). Одновременное осуществление секторальных вмешательств и создание межсекторальных партнерств создают прочную основу для разработки общих муниципальных подходов с учетом вопросов здоровья во всех стратегиях, которые будут содействовать межсекторальным действиям (7).

Обнадеживающие примеры партнерств и институционализированных механизмов сотрудничества, обеспечивающих решение таких сквозных задач можно найти в документах о Европейском процессе «Окружающая среда и здоровье» (ЕПОСЗ) (26) или Общеввропейской программе по транспорту, окружающей среде и охране здоровья (27). Межсекторальные действия и партнерства необходимы для координации ответных мер разных секторов, направленных на решение общей задачи (7, 28). Более того, они являются одним из ключевых элементов для реализации основ политики Здоровье-2020 (4) и различных ЦУР, относящихся к обеспечению экологической устойчивости, справедливости, здоровья и интеграции (3). Однако для реализации этих целей крайне важно иметь местные данные для разработки целевых и эффективных межсекторальных

действий и уделения приоритетного внимания наиболее затронутым группам населения.

Выражение признательности: ВОЗ с благодарностью отмечает партнеров проекта UNKT: ПРООН, Программу добровольцев Организации Объединенных Наций, Детский фонд Организации Объединенных Наций и Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения. База данных оценки уязвимости общин (ОУО) была предоставлена ПРООН.

ВОЗ также выражает признательность за комментарии о результатах исследования, полученные из Отдела здравоохранения и социального обеспечения и Отдела охраны окружающей среды муниципальных округов Косово Поле и Обилич и от сотрудников биологического факультета Приштинского университета. **Источник финансирования:** проект получил финансирование от Целевого фонда Организации Объединенных Наций по безопасности человека в 2012 г. (регистрационный номер UDP-EE-12-090). Финансирующая организация не участвовала в разработке дизайна исследования, сборе и анализе данных, решении о публикации или подготовке рукописи.

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Комиссия по социальным детерминантам. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 г. (http://www.who.int/publications/list/WHO_IER_CSDH_08_1/ru/, по состоянию на 13 мая 2016 г.).
2. Неравенства в отношении экологических условий и здоровья в Европе. Доклад о проведенной оценке. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf?ua=1, по состоянию на 13 мая 2016 г.).
3. United Nations. Sustainable Development Knowledge Platform (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, accessed 13 May 2016).
4. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1, по состоянию на 13 мая 2016 г.).
5. Институт изучения проблем справедливости в отношении здоровья при Университетском колледже Лондона. Обзор социальных детерминант и разрывов по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf, по состоянию на 13 мая 2016 г.).
6. Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья. Рио-де-Жанейро, 21 октября 2011 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_15-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 13 мая 2016 г.).
7. 65-я сессия Европейского регионального комитета, Вильнюс, Литва, 14–17 сентября 2015 г. Развитие межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ. Здоровье – это политический выбор. Рабочий документ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (EUR/RC65/16 + EUR/RC65/16/Conf.Doc/8; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/284260/65wd16e_PromotingIntersectoralAction_150619.pdf?ua=1, по состоянию на 13 мая 2016 г.).
8. Promoting intersectoral and interagency action for health and well-being in the WHO European Region: synergy among the health, education and social sectors. Meeting report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/286504/Promoting-intersectoral-and-interagency-action-for-health-and-well-being-in-the-WHO-European-Region_Paris.pdf, accessed 13 May 2016).
9. Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья. Защитим здоровье детей в изменяющейся среде, Парма, Италия, 10–12 марта 2010 г. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (EUR/55934/5.1 Rev. 2; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78608/E93618.pdf, по состоянию на 13 мая 2016 г.).
10. Socioeconomic, demographic, spatial and ethnic inequalities in environmental exposure in the municipalities of Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić. An exploration of social and environmental vulnerability based on field survey data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/182534/1/Socioeconomic->

- demographic-ethnic-inequalities-municipalities-Kosovo.pdf, accessed 13 May 2016).
11. United Nations Kosovo Team. Building a better future for citizens of Fushë Kosovë/Kosovo Polje and Obiliq/Obilić: participation, protection, and multiethnic partnerships for improved education, health and sustainable livelihoods (on the pipeline). (<http://www.unkt.org/building-a-better-future-for-citizens-if-fushe-kosovokosovo-polje-and-obiliqobilibic-participation-protection-and-multiethnic-partnerships-for-improved-education-health-and-sustainable-livelihoods>, accessed 13 May 2016).
 12. Shaipi K. Community vulnerability assessment report 2013. Final draft. Pristina: IQ Consulting/Social Development Foundation; 2013 (http://www.undp.org/content/dam/kosovo/docs/FK_Ob/CVA%20Report%2008.08.2013%20final%20April%202014.pdf, accessed 13 May 2016).
 13. Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf, accessed 13 May 2016).
 14. Всемирная организация здравоохранения, Центр ВОЗ по развитию здравоохранения, Кобе, ООН-ХАБИТАТ. Скрытые города: выявление и устранение несправедливости в отношении здоровья в городах: краткий обзор. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 г. (<http://www.who.int/publications/list/9789211322798/ru/>, accessed 13 May 2016).
 15. Воздействие на социальные детерминанты здоровья: городской контекст и роль местных органов власти. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/166136/UrbanDimensions.pdf, по состоянию на 13 мая 2016 г.).
 16. Vincenti K, Braubach M, editors. Environmental health inequalities in Malta. Valletta: Environmental Health Directorate, Department for Health Regulation, Ministry for Health; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/243160/Environmental-Health-Inequalities-in-Malta.pdf?ua=1, accessed 25 January 2016).
 17. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Executive summary. London: University College London; 2010 (<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, accessed 13 May 2016).
 18. Bunge C, Katzschner A. Umwelt, Gesundheit und soziale Lage. Studien zur sozialen Ungleichheit gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen in Deutschland. [Environment, health and social status. Studies on social inequality in exposure to health-related environmental risks in Germany.] Berlin: Umweltbundesamt; 2009 (http://www.apug.de/archiv/pdf/Umwelt_und_Gesundheit_02_2009_Web.pdf, accessed 13 May 2016).
 19. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C and the Working Group of the Danish review on social determinants of health, editors. Health inequality – determinants and policies. Final report of the Danish review on social determinants of health. Copenhagen: University of Copenhagen; 2011 (<https://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/83A30419FB1B47C1BC0D725AE50E5A3C.ashx>, accessed 13 May 2016).
 20. Commission on the Reduction of Social Inequalities in Health in Spain. Moving forward equity. A proposal of policies and interventions to reduce social inequalities in health in Spain. Madrid: Ministry of Health, Social Policy and Equality; 2010 (http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Moving_Forward_Equity.pdf, accessed 13 May 2016).
 21. European Quality of Life Survey 2012. Database (unweighted). Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2012 (<http://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys-eqls/european-quality-of-life-survey-2012>, accessed 23 May 2016).
 22. Prüss-Üstün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, Neira M. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1, accessed 13 May 2016).
 23. The United Nations Common Development Plan 2016–2020. Pristina: United Nations Kosovo Team; 2015 (http://www.unkt.org/wp-content/uploads/2015/12/UNKT_1012eng.pdf, accessed 13 May 2016).
 24. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*. 2004;33(1):115–31. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0047279403007220>.
 25. Braubach M. Benefits of environmental inequality assessments for action. *J Epidemiol Community Health* 2013;67(8): 625–8. doi:10.1136/jech-2012-201390.
 26. Улучшение состояния окружающей среды и здоровья в Европе: насколько мы продвинулись в достижении этих целей? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/276102/Improving-environment-health-europe-en.pdf, по состоянию на 13 мая 2016 г.).
 27. Schweizer C, Racioppi F, Nemer L. Developing national action plans on transport, health and environment.

A step-by-step manual for policy-makers and planners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/247168/Developing-national-action-plans-on-transport,-health-and-environment.pdf, accessed 13 May 2016).

28. Stone V, editor. Health in all policies. Training manual. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1, accessed 13 May 2016).

INFORMATION FOR AUTHORS

There are no page charges for submissions. Please check www.euro.who.int/en/panorama for details.

Manuscripts should be submitted to eupanorama@who.int

EDITORIAL PROCESS

All manuscripts are initially screened by editorial panel for scope, relevance and scientific quality. Suitable manuscripts are sent for peer review anonymously. Recommendations of at least two reviewers are considered by the editorial panel for making a decision on a manuscript. Accepted manuscripts are edited for language, style, length etc. before publication. Authors must seek permission from the copyright holders for use of copyright material in their manuscripts.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Постраничный тариф к присланным документам не применяется. Подробную информацию можно найти на веб-сайте: www.euro.who.int/ru/panorama.

Рукописи просьба присылать по адресу: eupanorama@who.int

ПРОЦЕСС РЕДАКТИРОВАНИЯ

Все рукописи сначала изучает редакционная коллегия с целью оценки объема, актуальности и научного качества. Выбранные рукописи отправляются экспертам для рецензирования без указания авторов. Затем редакционная коллегия рассматривает рекомендации как минимум двух рецензентов, чтобы принять решение о публикации рукописи. Перед публикацией принятые рукописи проходят литературное редактирование с точки зрения языка и стиля изложения, длины текста и т. п. Авторы должны получить разрешение у владельцев авторского права на использование авторских материалов в своих рукописях.

THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

MEMBER STATES

Albania	Hungary	Russian Federation
Andorra	Iceland	San Marino
Armenia	Ireland	Serbia
Austria	Israel	Slovakia
Azerbaijan	Italy	Slovenia
Belarus	Kazakhstan	Spain
Belgium	Kyrgyzstan	Sweden
Bosnia and Herzegovina	Latvia	Switzerland
Bulgaria	Lithuania	Tajikistan
Croatia	Luxembourg	The former Yugoslav Republic of Macedonia
Cyprus	Malta	Turkey
Czech Republic	Monaco	Turkmenistan
Denmark	Montenegro	Ukraine
Estonia	Netherlands	United Kingdom
Finland	Norway	Uzbekistan
France	Poland	
Georgia	Portugal	
Germany	Republic of Moldova	
Greece	Romania	

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