



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



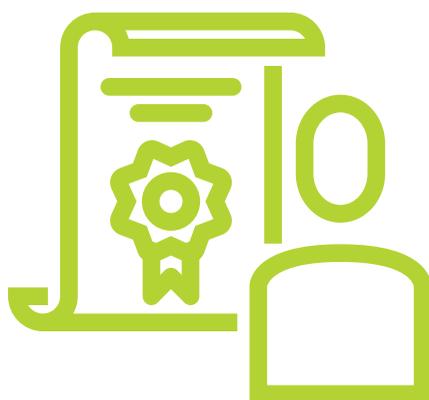
Ранний возраст: 0–16



Трудовой возраст: 24–64



Пожилой возраст: 65+



Молодые взрослые: 16–24

Сокращение несправедливости в отношении здоровья на всех этапах жизни

Переход к самостоятельной жизни: молодые взрослые



Публикация Инициативы по Докладу о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Сокращение несправедливости в отношении здоровья на всех этапах жизни

Переход к самостоятельной жизни: молодые взрослые

Публикация Инициативы по Докладу о положении дел в
области обеспечения справедливости в отношении здоровья в
Европейском регионе ВОЗ

РЕФЕРАТ

Учитывая важность всех этапов жизни, в данном докладе рассмотрены вопросы справедливости в отношении здоровья молодых взрослых, социальных детерминант и возможные действия со стороны руководящих органов по их решению. В Главе 1 обсуждается период ранней взрослости, как значительный, но обойденный вниманием этап жизни с точки зрения справедливости в отношении здоровья. В Главе 2 описаны основные вопросы, касающиеся здоровья этой группы, и как социальные детерминанты здоровья влияют на неравенства в отношении здоровья в период молодого взросления. В Главе 3 приведены меры политики, способные сократить неравенства в отношении здоровья среди молодых взрослых, а также специальные индикаторы для оценки изменений по разным направлениям политики и примеры из стран. В Главе 4 изложены обязательства государств, уполномочивающие руководящие органы на действия по вопросам здоровья молодых взрослых, а также европейские приоритеты и движущие факторы политики. В Главе 5 указаны основные заинтересованные стороны и партнеры, участие которых необходимо для сокращения неравенств в отношении здоровья, с утверждением, что межотраслевые действия по улучшению здоровья важны для молодых взрослых.

Ключевые слова

INEQUALITY

HEALTH

YOUTH

EPIDEMIOLOGIC FACTORS

HEALTH POLICY

PREVENTION

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2019

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

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

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

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

Редактор английской версии публикации: Alex Mathieson

Оформление публикации: Marta Pasqualato

Отпечатано в Италии: AREAGRAPHICA SNC DI TREVISO GIANCARLO & FIGLI

Переводчик: Александра Нигай

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности	vi
Введение.....	1
Ранняя взрослость как этап жизни	1
Основные проблемы, связанные со справедливостью в отношении здоровья, у молодых взрослых.....	3
Фактические данные	8
Социальные детерминанты здоровья среди молодых взрослых	8
Экономические издержки в связи с неравенствами в отношении здоровья.....	12
Меры политики	14
Меры политики по сокращению неравенств в отношении здоровья среди молодых взрослых	14
Примеры успешных мер воздействия, включая примеры из стран.....	27
Обязательства государств	29
План действий ВОЗ по охране психического здоровья: профильные задачи.....	29
Ответные меры ВОЗ на насилие	29
ВОЗ: Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков	30
Конвенция Организации Объединенных Наций о правах ребенка	30
Заинтересованные стороны и партнеры для сокращения неравенства в отношении здоровья среди молодых взрослых	31
Библиография	32

Выражение благодарности

Доклад подготовлен профессором общественного здравоохранения Clare Vambra из Института здоровья и общества факультета медицинских наук университета Ньюкасла, Соединенное Королевство, и доктором Katie Thomson, научным сотрудником Института здоровья и общества факультета медицинских наук университета Ньюкасла, Соединенное Королевство.

Авторы хотели бы поблагодарить д-ра Joana Madureira-Lima, технического специалиста по вопросам справедливости и социальных детерминант Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здравоохранение и развитие, и д-ра Paula Franklin, почетного научного сотрудника Института здоровья и общества факультета медицинских наук университета Ньюкасла, Соединенное Королевство, за консультации и замечания.

Данная публикация является одним из результатов Инициативы Доклада о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ (HESRi). Эту работу проводит Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здравоохранение и развитие в Венеции, Италия, и направлена она на содействие инновациям в методах, решениях и партнерствах для ускорения прогресса в достижении здоровой и благополучной жизни для всех в Европейском регионе ВОЗ. Chris Brown, Руководитель Офиса ВОЗ в Венеции, отвечает за стратегическое развитие и координацию Инициативы. Разработка первоначальной рамочной основы осуществлялась на основе работы внешней Научной экспертной консультативной группы для HESRi в Европейском регионе ВОЗ.

Введение

В этом небольшом докладе изложены основные вопросы, касающиеся справедливости в отношении здоровья молодых взрослых, а также действия руководящих органов по их решению. Неравенство в отношении здоровья определяется здесь как (1):

систематические различия в состоянии здоровья между разными социально-экономическими группами внутри общества. Поскольку неравенство является социальным последствием, его теоретически можно избежать, и оно считается неприемлемым в цивилизованном обществе.

В докладе также отмечаются гендерные отличия по состоянию здоровья от социальных норм (2) и взаимодействие различных элементов социального неравенства (например, социально-экономического положения, пола, этнической принадлежности, сексуальной ориентации и инвалидности) (3).

К пониманию неравенств в отношении здоровья применяется подход, учитывающий все этапы жизни. Это позволяет подчеркнуть роль накопления неблагоприятных условий в течение жизни с периодом времени, в котором человек проживает в более/менее ущемленных обстоятельствах (4). Так, неравенство в отношении здоровья – это результат неравенств в накоплении социальных, экономических и психологических благоприятных и неблагоприятных условий с течением времени (4), что означает, что опыт и возможности молодых взрослых оказывают влияние на показатели их здоровья в будущем.

Низкое социально-экономическое положение (в основе которого, к примеру, низкий доход, низкий профессиональный статус и низкий уровень образования), пол и другие оси социального неравенства в молодом взрослом возрасте формируют траектории здоровья в течение жизни через воздействие социальных детерминант здоровья (например, через доступ к услугам здравоохранения, условия жизни, способности человека и сообщества, условия работы, безработицу и социальную защиту) (5). Эти неравенства, возможно, неочевидны в показателях здоровья во время молодого взросления, но проявятся в последующие годы. Поэтому меры политики должны быть направлены непосредственно на тех, кто оставлен без внимания в этот период взросления.

В вводной главе ранняя взрослость определяется как этап жизни (уделяя при этом особое внимание нигде не работающим и нигде не обучающимся), и приводится описание основных неравенств в отношении здоровья, очевидных на этом этапе.

Ранняя взрослость как этап жизни

Молодые взрослые в возрасте 16-25 лет¹ находятся на важном этапе своей жизни, когда они заканчивают обязательное школьное образование и переходят на рынок труда или получают высшее образование.² Возможно, они также покидают свой дом и семью. Этот период

¹ В некоторых данных ранняя взрослость определяется возрастом 15–24 лет, в других - 16–25 лет. В этой связи в данном докладе возрастные границы немного отличаются.

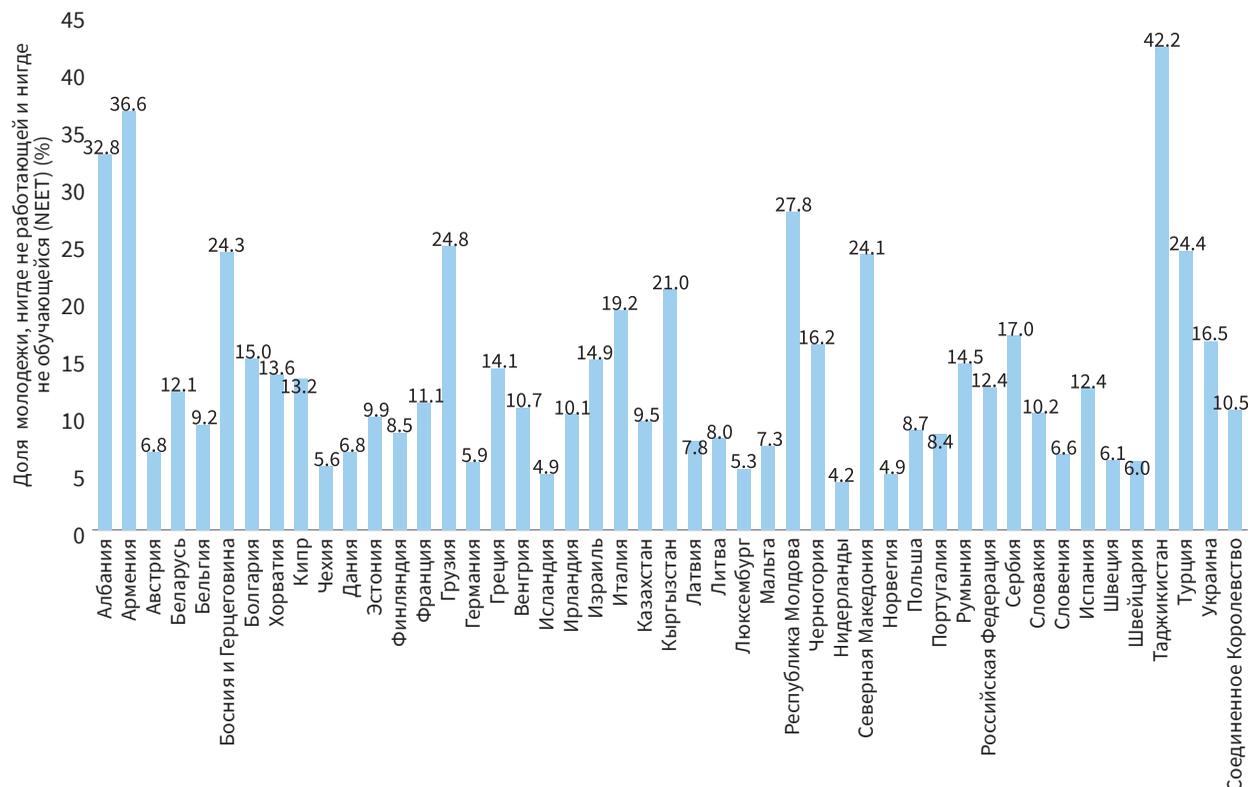
² В Европейском регионе ВОЗ возраст, когда молодые люди оканчивают обязательное школьное образование, сильно варьирует. Почти в трети стран (2,4) молодые люди оканчивают школу до 16 лет, а в пятой части стран они могут учиться до 18-19 лет.

характеризуется изменением, ожиданием и периодами неопределенности и незащищенности (6). Такой период нестабильности может также усугубляться наличием временной занятости, низкой оплатой труда, работой низкого качества, безработицей или иным отсутствием активности. Социальный переход затрудняет исследование социально-экономических неравенств среди молодых взрослых: люди в возрасте 18–25 лет только начинают формировать свой собственный социальный статус, и в большинстве данных используются показатели родителей (например, род деятельности родителей).

Аббревиатура «NEET» (нигде не работающие и нигде не обучающиеся) широко используется в отношении молодых взрослых в возрасте от 15 до 29 лет (7–10). Издержки для общества от NEET выражены в упущенной производительности, налогах, социальном обеспечении и затратах на оказание государственных услуг (11). Но еще более значимы последствия для молодых взрослых, которые могут сказываться на протяжении жизни и касаются социального отчуждения, маргинализации, низкого дохода, плохого здоровья и низкого благополучия (12–16). Молодые мужчины и женщины подвержены риску статуса NEET (13). Многие NEET заняты на неформальном рынке труда и поэтому не учтены в официальной статистике (17).

На Рисунке 1 показана доля молодых взрослых, нигде не работающих и нигде не обучающихся, в Европейском регионе ВОЗ в 2018 г., которая варьирует от 42,2% в Таджикистане до 4,2% в Нидерландах. В 27 странах их численность превышает 10%, в том числе в Соединенном Королевстве (10,5%), Франции (11,1%), Российской Федерации (12,4%), Испании (12,4%), Греции (14,1%) и Италии (19,2%).

Рисунок 1. Доля молодых взрослых (в возрасте 15–24 лет), нигде не работающих и нигде не обучающихся в 2018 г.^{ab} (согласно последним имеющимся данным)



^a Отсутствуют данные по Азербайджану, Андорре, Грузии, Монако, Сан-Марино, Туркменистану и Узбекистану.

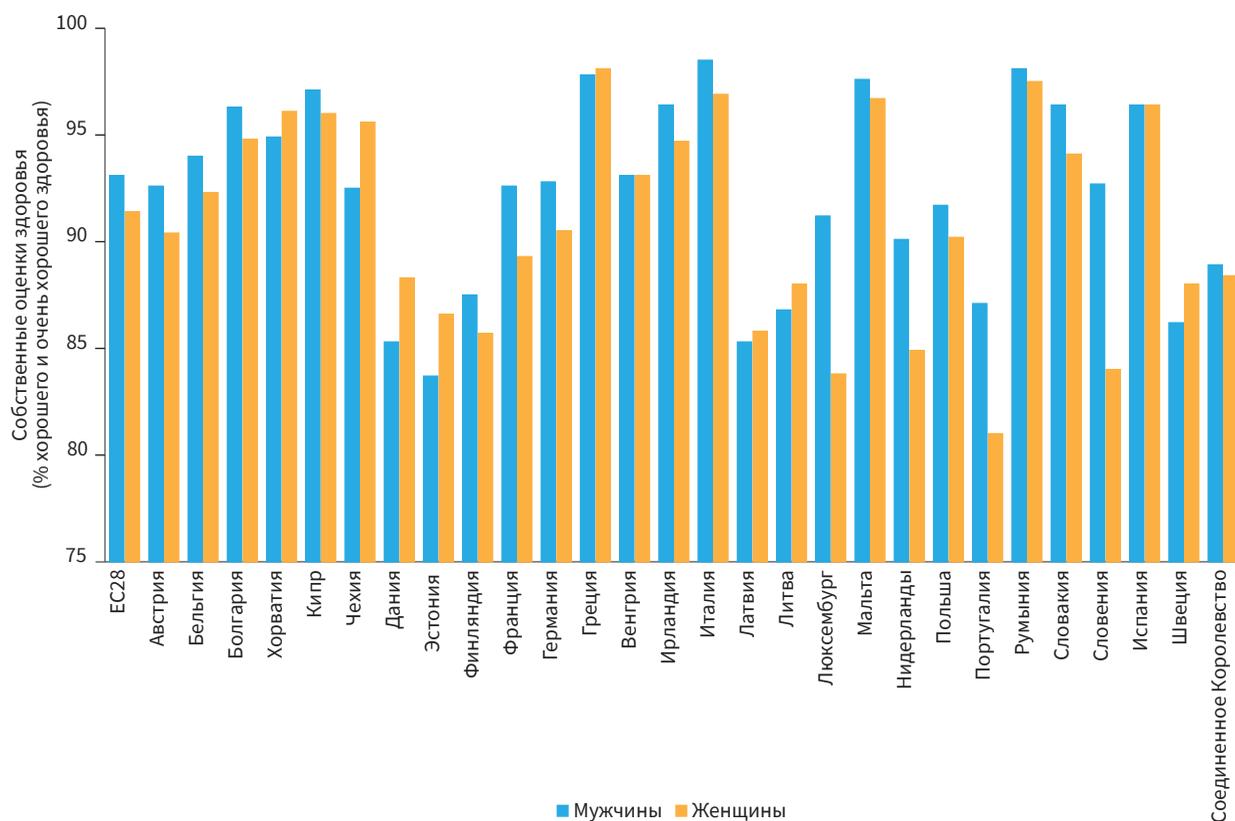
^b Международная организация труда определяет NEET как долю населения данной возрастной группы и пола, нигде не работающей и нигде не обучающейся.

Источник: Международная организация труда (18).

Основные проблемы, связанные со справедливостью в отношении здоровья, у молодых взрослых

Неравенства в отношении здоровья по социально-экономическому положению (образование, род деятельности и доход) и гендерные отличия по состоянию здоровья от социальных норм начинают проявляться в молодой взрослости между странами Европейского региона ВОЗ и внутри стран. К примеру, по данным 2017 г. в государствах, являющихся членами Европейского Союза (ЕС28), (19) доля молодых взрослых (16-24 лет) с «хорошим» и «очень хорошим» здоровьем по собственным оценкам составляет 92,3% (варьируя в странах ЕС28 от 83,7% до 98,1 %) (Рисунок 2). Собственные оценки здоровья в ЕС28, как правило, немного выше среди молодых мужчин, чем молодых женщин (93,1% и 91,4% соответственно), а также немного выше среди молодых взрослых, проживающих в домохозяйствах с самым высоким уровнем доходов (95,6% среди проживающих в домохозяйствах с высоким доходом по сравнению с 90,0% среди проживающих в домохозяйствах с низким доходом).

Рисунок 2. Собственные оценки здоровья среди молодых взрослых (16–24 лет) в ЕС28, 2017 г.^a



^a Собственные оценки здоровья по информации молодых людей, оценивающих свое здоровье как «хорошее» или «очень хорошее».

Источник: Евростат (19).

На здоровье и поведение в отношении здоровья среди молодых взрослых также влияют гендерные нормы и взаимодействие социальных характеристик (включая социально-экономическое положение, гендер, сексуальную ориентацию, этническую принадлежность и статус мигранта) (3). Данные Европейского Союза (ЕС) отражают неравенства в уровне ожирения среди молодых мужчин и женщин по квинтилям дохода, самый низкий уровень ожирения среди тех, у кого самый высокий уровень дохода (20).

Смертность среди молодых взрослых

В Таблице 1 указаны ведущие причины смерти среди молодых мужчин и женщин (15–29 лет) в Европейском регионе ВОЗ, где самые распространенные - членовредительство и дорожные травмы. Межличностное насилие также распространено в обеих группах, а расстройства, вызванные употреблением наркотиков, и ВИЧ/СПИД - важные причины для мужчин и женщин соответственно.

Таблица 1. Пять основных причин смерти среди мужчин и женщин в возрасте 15–29 лет^а в Европейском регионе ВОЗ, 2016 г. (последние имеющиеся данные), общий коэффициент смертности приведен на 100 000 населения в год^б

	Мужчины	Женщины
1	Членовредительство (19)	Членовредительство (5)
2	Дорожные травмы (17)	Дорожные травмы (4)
3	Расстройства, обусловленные приемом наркотиков (6)	ВИЧ/СПИД (2)
4	Межличностное насилие (5)	Межличностное насилие (1)
5	Утопление (4)	Инфекции нижних дыхательных путей (1)

^а Отсутствуют отдельные данные в отношении 16–25-летних.

^б Согласно полученным данным по причинам, связанным со СПИД, в течение 2016 года в 29 странах ЕС/Европейской экономической зоны умерло 849 человек. Тем не менее, начиная с 2007, идет постепенное сокращение сообщений о случаях смерти по причине СПИДа ввиду улучшений в оказании помощи и лечении (21). Смертность может быть связана с тем фактом, что только 96% людей, которым поставлен диагноз «ВИЧ», получают антиретровирусную терапию (АРТ) (22), и около 12% всего числа людей, живущих с ВИЧ, диагноз не поставлен. 21% впервые диагностированных случаев ВИЧ в 2016 г. в Европейском регионе ВОЗ среди граждан тех стран, которые не предоставляют информацию (21).

Источник: ВОЗ (23).

Неравенства, проявляемые в нанесении себе увечий и состоянии психического здоровья

Неудовлетворительное состояние психического здоровья – значительная проблема для многих молодых взрослых, особенно молодых женщин. 20% могут испытывать проблемы с психическим здоровьем в отдельно взятый год (24), и почти половина проблем с психическим здоровьем возникает до достижения 14 лет (75% - до 24 лет) (25).

Во всех странах Европы большие социально-экономические неравенства в отношении психического здоровья и гендерные различия среди молодых взрослых. Недавний анализ европейских данных (20 стран ЕС) показал социальные различия в возникновении депрессии на разных этапах жизни (26), при этом люди с более низким уровнем образования сообщают о большей распространенности депрессии по сравнению с людьми, имеющими среднее и высшее образование. В исследовании также установлены четкие гендерные различия в появлении депрессии, тревожности и нанесении себе вреда в течение жизни в ЕС (27). Эти неравенства в состоянии психического здоровья также очевидны и в период ранней взрослости (28).

Возникают также и новые и формирующиеся вызовы для психического здоровья молодых взрослых, например, рост распространенности организованной в сетях травли и груминга, которые часто направлены на молодых людей в социально-неблагополучных сообществах,

особенно женщин (29). Факты показывают связь между азартными играми (в сети и в букмекерских конторах и других точках) с лишениями и неблагоприятными показателями психического здоровья (30).

Дорожные травмы

Ежегодно в мире на дорогах погибает около 1,3 млн. человек, и еще 20–50 миллионов получают несмертельные травмы (31). В дорожно-транспортных происшествиях в большинстве своем погибают мужчины в возрасте от 10 до 19 лет (31), больше всего смертных случаев происходит в государствах Центральной Азии. В Казахстане, к примеру, в год происходит 24,2 случая смерти на 100 000 населения, а в Кыргызстане – 22,0 случая смерти на 100 000 населения. Самый низкий уровень в западной Европе (2,8 и 2,9 случаев смерти на 100 000 населения в год в Швеции и Соединенном Королевстве соответственно).

Исследования ВОЗ показывают, что вождение под воздействием наркотических средств – одна из пяти основных причин травм, связанных с несчастными случаями (32,33). Есть данные, подтверждающие, что дорожные травмы преобладают среди людей, занимающих низкое социально-экономическое положение (34–37). Вероятность попадания людей из районов с низким социально-экономическим положением в автомобильные аварии вдвое больше, чем людей из более благополучных по социально-экономическому положению районов (37,38). Потребление алкоголя является фактором, способствующим дорожным происшествиям (39). Данные из стран южной Европы показывают, что у женщин риск получения травмы в дорожном происшествии выше, чем у мужчин, но тяжесть последствий более серьезная среди мужчин (40); это в свою очередь связано с различиями в подверженности риску, связанными с гендерными нормами (41,42).

Насилие и гендерное насилие

Межличностное насилие (в семье, со стороны интимного партнера и в сообществе) оказывает особенное влияние на молодых взрослых (43). Более 15 000 молодых европейцев погибают в результате убийства каждый год, более 40% от убийства холодным оружием (44), и еще больше попадают в больницы в результате травм. На молодых мужчин приходится более 80% таких случаев смерти (45).

Мужчины с большей вероятностью выступают в качестве лиц, совершающих насилие, а женщины – скорее жертвы, что связано с традиционными гендерными нормами мужественности (2). Сексуальное и гендерное насилие и травля – значительные проблемы для молодых девушек. До 24% женщин, опрошенных в *многострановом исследовании ВОЗ по здоровью женщин и бытовому насилию в отношении женщин* (46), например, сообщили о принуждении к первому в их жизни половому акту.

Торговля людьми для оказания сексуальных услуг становится все более актуальной проблемой в Европейском регионе ВОЗ, когда женщин из более бедных стран Региона отправляют в более благополучные для сексуальной эксплуатации. Это одна из форм гендерного насилия, которая несоразмерно влияет на женщин: 95% зарегистрированных жертв торговли людьми для сексуальной эксплуатации в ЕС – женщины и девочки (47).

Международные обзоры систематически показывают связь между лишениями и рисками становления виновником или жертвой насилия (43,48). В исследовании в Соединенном Королевстве (Англия) установлено, что среди мужчин 17-19 лет по насилию разница между

самыми обделенными и менее обделенными квинтилями в госпитализации в больницы скорой помощи по всем причинам составляет 20% (49). Преступления с применением насилия усиливают психологическое напряжение, снижают качество жизни, влекут финансовые затраты для системы правосудия и ведут к низкой производительности (50–52).

Сексуальное здоровье

Заболееваемость ВИЧ в Европейском регионе ВОЗ практически увеличилась вдвое с 2000 по 2013 год с 3,5 на 100 000 населения до 6,7 (53). Заболееваемость намного выше в восточной части Региона (21), но с 2007 г. смертность от ВИЧ/СПИД значительно снизилась благодаря улучшению доступа к антиретровирусному лечению (21). Увеличение распространенности ВИЧ сопровождалось большим числом инфекций *Chlamydia trachomatis*, зарегистрированных в странах ЕС и Европейской экономической зоны (54). Три четверти всех случаев инфекций хламидий в Европе выявлены в возрастной группе молодых взрослых (15–24 лет) (54), есть убедительные данные социально-экономического неравенства в болезнях, передаваемых половым путем. В международном систематическом обзоре, например, установлено, что молодые люди, находящиеся в неблагоприятном положении, ущемленные в разных сферах, включая низкий уровень образования, низкий класс профессиональной группы и проживание в бедных районах, подвержены повышенному риску инфекции хламидии (55). Распространенность хламидий среди девочек и молодых женщин в возрасте 15–20 лет вдвое больше, чем среди юношей (56), что вызвано тем фактом, что девочки вступают в половой контакт с более взрослыми сексуальными партнерами.

ВИЧ также сильно ассоциируется с социальными неблагоприятными условиями, в том числе с употреблением инъекционных наркотиков, бездомностью и статусом миграции (21,57,58). В 2016 г. у более 160 000 человек в Европейском регионе ВОЗ впервые диагностирован ВИЧ, 9% из них – молодые люди в возрасте 15–24 лет. Большинство этих случаев (69%) – молодые мужчины (21).

Неравенства существуют также в Регионе по неудовлетворенному спросу на услуги планирования семьи, при этом у женщин из более обеспеченных стран и занимающих хорошее социально-экономическое положение доступ лучше (59).

Употребление наркотиков

Молодые взрослые могут экспериментировать с запрещенными наркотиками, например, с марихуаной, кокаином, амфетамином и экстази в период перехода во взрослость, что может помешать будущему образованию, занятости и другим жизненным обстоятельствам (60).

Данные Европейского центра по мониторингу наркотиков и наркотической зависимости отмечают распространенность наркотиков в Европе (61):

- употребление марихуаны от 0,4% в Турции до 22,1% во Франции;
- употребление кокаина от 0,2% в Греции и Румынии до 4,2% в Соединенном Королевстве;
- употребление экстази от 0,1% и менее в Италии и Турции до 3% в Чехии и Соединенном Королевстве; и
- употребление амфетамина от 0,1% и менее в Румынии, Италии и Португалии до 2,5% в Эстонии.

Молодые люди, занимающие низкое социально-экономическое положение, с большей вероятностью будут употреблять наркотики и испытывать связанные с этим проблемы со здоровьем (в том числе смерть по причине наркотиков) и социальный вред (62). Уровень зависимости – самый низкий среди молодых взрослых из слоев с более высоким социально-экономическим положением (60,63,64), тогда как низкий доход и безработица показывают сильную связь с зависимостью в любом возрасте (64–66). Употребление наркотиков также отличается по полу: данные из ЕС и соседних стран по молодым взрослым (15-34 лет) постоянно показывают более высокое употребление марихуаны молодыми мужчинами (от 0,4% до 21,5%), чем молодыми женщинами (от 0,% до 15,5%) (67).

Фактические данные

В данной главе описаны ключевые социальные детерминанты здоровья, которые неблагоприятно влияют на неравенства в отношении здоровья на этапе молодой взрослости. Также здесь обсуждаются экономические издержки, возникающие в результате неравенства, и выгоды от справедливости в отношении здоровья.

Социальные детерминанты здоровья среди молодых взрослых

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (5) определила их как:

условия, в которых люди растут, живут, работают и стареют, и системы, организованные для того, чтобы справляться с болезнями ... Условия, в которых люди живут и умирают, в свою очередь, формируются политическими, социальными и экономическими силами.

Рассматриваются следующие ключевые социальные детерминанты: доступ к услугам здравоохранения, условия жизни, способности человека и сообщества, условия работы, безработица и социальная защита.

Доступ к услугам здравоохранения

Доступ к охране здоровья важен для молодых взрослых, особенно тех, кто страдает хроническими заболеваниями. Всеобщий и бесплатный доступ к здравоохранению жизненно важен для сокращения неравенств в отношении здоровья в течение жизни, но обеспечение охраны здоровья меньше в странах и регионах, где выше потребность в нем – это так называемый «закон об обратной помощи» (68).

На разных этапах при одинаковых потребностях в охране здоровья люди более низкого социально-экономического положения с меньшей вероятностью получают доступ и пользуются услугами по охране здоровья, чем представители групп более высокого социально-экономического положения (69,70). Неравенства в доступе к охране здоровья для молодых взрослых возникают в связи с неудобством доступа (по причине географических, правовых и информационных барьеров и обеспечения врачебной тайны) и ценовой недоступностью (по причине стоимости услуг и более низкой покупательской способности молодых взрослых) (71). Переход от педиатрической к взрослой терапевтической помощи может быть особенно затруднен для молодых взрослых с хроническими состояниями. Незапланированные переходы могут повлиять на образование, работу и здоровье, и в результате пациенты могут выпасть из динамического наблюдения, слабо соблюдать приверженность лечению и чаще подлежать госпитализации (72). Организация такого перехода и наличие учреждений, предусмотренных только для подростков, могут напрямую повлиять на оказание помощи и показатели здоровья молодых взрослых (73).

Условия жизни

Жилье – важная детерминанта неравенств в отношении здоровья (74). У людей, проживающих в некачественном и небезопасном жилье, здоровье хуже, чем у других (75). Дорогая аренда и высокие расходы на жилье неблагоприятно сказываются на здоровье, поскольку сокращаются расходы в других сферах (например, на питание) (76). Затраты на жилье также могут неблагоприятно повлиять на здоровье через бремя долга, связанного с собственностью жилья или высокой арендой, что ведет к тревожности и беспокойствам (77). Некачественное жилье (например, сырость в доме, плохая безопасность или санитария, перенаселенность) также отрицательно влияют на здоровье (проявляемое, к примеру, ростом заболеваемости органов дыхания).

Негарантированное владение жильем (например, краткосрочные договоры аренды) оказывает отрицательное психосоциальное воздействие на здоровье, в особенности психическое здоровье (78). Молодые взрослые в особенности в большей степени проживают в плохом жилье, которое они скорее всего снимают, у них небольшие доходы и гарантии проживания (79). Молодые взрослые также с большей вероятностью могут остаться без дома (80). Мигранты (большая часть из которых – молодые взрослые) подвержены риску плохих условий проживания вследствие дискриминации, безработицы и бедности (при этом молодые женщины-мигранты особенно уязвимы). Вероятность того, что съемщики жилья из числа мигрантов станут домовладельцами в три раза меньше; перенаселенность рожденных за пределами ЕС и в возрасте 20–64 лет составляет 25% (по сравнению с 17% среди граждан), и чрезмерное бремя платы за жилье для неграждан ЕС трудоспособного возраста составляет 30% (по сравнению с 11% среди граждан) (81).

Способности человека и сообщества

Способности человека и сообщества сильно связаны с неравенствами в отношении здоровья на всех этапах жизни. Неблагоприятные условия во время молодой взрослости могут привести к ухудшению здоровья в будущем (82). Пониженный уровень социального капитала человека и сообщества (83)³ и уровни контроля, устойчивости к внешним воздействиям и доверия ассоциируются с ухудшением здоровья (83,84).

Социальные сети и сети, поддерживающие личные взаимоотношения, также важны для неравенств в отношении здоровья. Социальная изоляция и одиночество ассоциируются с плохими показателями здоровья, включая уменьшение продолжительности жизни (85). Доступ к качественному и непрерывному образованию связан с хорошими показателями здоровья (86,87), так же как и работа на добровольных началах и участие в общественной жизни сообщества (например, группы верующих или молодежные объединения (88)).

Грамотность и грамотность в отношении здоровья важны для здоровья (например, при доступе к услугам или на рынок труда), особенно среди женщин, проживающих в сообществах и странах с низким уровнем доходов (89–91). Подростковая беременность влияет на возможности образования и профессиональной подготовки, а также будущие доходы, приводя к ухудшению показателей здоровья в течение жизни как для родителей, так и их детей (92). Социально неблагополучные молодые мужчины и женщины с большей вероятностью станут родителями-одиночками (92). Молодые взрослые с низким социально-экономическим статусом с большей

³ Социальный капитал подразумевает взаимность, доверие, гражданскую идентичность, гражданскую активность, чувство принадлежности и сети сообществ.

вероятностью будут осуществлять уход за членами семьи, имеющими проблемы со здоровьем или инвалидность (93,94). Это неблагоприятно влияет на их образование и возможности трудоустройства, а также психическое здоровье (93).

Поведение в отношении здоровья, на которое влияют коммерческие детерминанты здоровья (алкоголь, курение, физическая активность, питание, азартные игры и употребление психоактивных веществ) показывает очень сильную социальную динамику среди молодых взрослых и ассоциируется с неблагоприятными показателями здоровья (53,95–99). Способности человека и сообщества также показывают социальную динамику, при этом низкий уровень характерен для более ущемленных людей и сообществ по социально-экономическим показателям, что оказывает воздействие на неравенства в отношении здоровья в течение жизни (100–102).

Занятость и условия работы

Рабочая среда – важная детерминанта здоровья и неравенств в отношении здоровья в течение жизни. Как результат статуса на рынке труда молодые взрослые с низким социально-экономическим положением с большей вероятностью будут заниматься работой, наносящей ущерб здоровью (включая временную и небезопасную работу, больше часов, работу, требующую больше физических усилий и/или с маленькой зарплатой), что с течением жизни ассоциируется с ухудшением здоровья. По данным ЕС 2017 г. доля временных работников среди молодых взрослых (15–24 лет) составляет 44,0% по сравнению с всего лишь 14,4% среди всего трудоспособного населения (15–64 лет) (103). Такие воздействия, связанные с характером работы, накапливаются в течение трудового пути, приводя к неравенствам в отношении здоровья в пожилом возрасте (104). Они также могут в краткосрочной перспективе способствовать неравенствам в отношении психического здоровья среди молодых людей.

Нарушения здоровья, связанные с физической рабочей средой (например, шум, большие нагрузки и воздействие химических веществ), больше распространены среди работников, занимающихся физическим трудом, чем служащих (104). Данные европейского исследования условий работы, к примеру, показывают, что у людей низшего класса профессиональных групп (работники физического труда или работающие на низкооплачиваемой небезопасной работе) подвержены воздействию физических опасностей на 50% выше, чем из высшего класса профессиональных групп (руководители или специалисты) (104).

Люди, занимающиеся работой низшего класса, также испытывают больше воздействия неблагоприятных психо-социальных условий работы (включая дефицит времени, монотонную работу, социальную взаимность, контроль работы и самостоятельность, справедливость, производственные обязанности, обеспеченность работой и социальную поддержку (104)), что приводит к повышению риска заболеваемости, вызванной стрессом, включая ишемическую болезнь сердца (105), неблагоприятное поведение в отношении здоровья (например, нездоровые пищевые привычки, отсутствие физической активности, тяжелое пьянство и курение) (106), ожирение (107), нарушения опорно-двигательного аппарата (108) и проблемы с психическим здоровьем (109).

Гибкая или ненадежная занятость (неформальная работа, временная работа или работа на определенный срок, не оговариваемое договором рабочее время (нулевое рабочее время), работа с частичной занятостью или другие менее регулируемые формы труда), которые более распространены среди женщин, также ассоциируются с плохими показателями психического и физического здоровья (59). Неблагоприятные условия работы еще больше затрудняют доступ к

услугам здравоохранения из-за ненормированного рабочего дня или потому что медицинское страхование привязано к трудовым соглашениям. Это актуально не только в ЕС, но и других странах Европейского региона ВОЗ, где на долю неформальных рабочих мест приходится все больше рабочей силы. В Российской Федерации, например, 16% рабочей силы занято в неформальном секторе, но наблюдаются существенные региональные неравенства, варьируя от менее 5% в состоятельных городах Москве и Санкт-Петербурге до более 20% в менее состоятельных Южном и Северо-Кавказском регионах (110–112).

Инвалидность ведет к исключению из трудовой занятости (113). Также встречается проблема гендерного разделения рабочих мест на основе традиционных гендерных норм. Масштаб этой проблемы варьирует в Регионе. Молодые женщины с низким социально-экономическим положением все с большей вероятностью будут занимать низкоквалифицированные, низкооплачиваемые рабочие места, значительно способствуя гендерному неравенству в оплате труда между мужчинами и женщинами (114). Они также с большей вероятностью работают с частичной занятостью, снижая свой общий доход и свои пенсионный взносы, что может привести к бедности в пожилом возрасте (114).

Доход и социальная защита

Социальная защита⁴ может смягчить последствия безработицы и/или ненадежной занятости (104). В целом, данные показывают, что защита дохода для безработных, имеющих заболевание, в пожилом возрасте или находящихся в других ситуациях и испытывающих нужду (например, являясь одиноким родителем, экономически неактивным или работая с неполной занятостью), сопровождается улучшением здоровья населения (например, снижается младенческая смертность, улучшается здоровье детей и благополучие, уменьшается смертность во всех возрастных социально-экономических группах) (115). Также возникновению неравенств способствует понижение заработной платы и снижение доли благосостояния для работников, продолжающееся с 1970-х годов (116).

На неравенства в отношении здоровья среди молодых взрослых по-разному влияют безработица, низкий доход и меры социальной защиты. Например, молодым взрослым могут меньше выплачивать финансовых пособий, чем пожилым людям в соответствии с критериями, установленными для выплаты пособий (117). В 2015 году, в Соединенном Королевстве был строго ограничен доступ к жилищным пособиям для 18–21-летних (118) и денежным пособиям для одиноких родителей (92). Также пособия в системах социального страхования часто связаны со стажем работы и размером ранее получаемой зарплаты, которые, как правило, у молодых взрослых небольшие. Снижена защита от безработицы для молодых людей в странах северной Европы, охватывая сейчас всего 10% безработных молодых шведов и финнов, а также 45% безработных норвежцев в возрасте 24 и менее лет (119). За пределами ЕС социальная защита становится менее щедрой для всех возрастных групп: в Российской Федерации, например, пособия по безработице ограничиваются сроком 12 месяцев (120–122).

Низкий доступ к пособиям или его сокращение могут повысить риск бездомности среди молодых взрослых. Воздействие слабой социальной защиты остро ощущается в неполных семьях. Значительно сократилась поддержка для одиноких родителей по всей Европе с начала 2000-х годов, что особенно повлияло на молодых женщин (123).

⁴ Социальная защита подразумевает пакет мер, предоставляемых государством, на поддержку дохода в разных неблагоприятных обстоятельствах, например, пособие по болезни, пособие по безработице, пенсионное обеспечение и помощь одиноким родителям.

Безработица – еще одна важная детерминанта неравенств в отношении здоровья среди молодых взрослых. Безработица увеличивает шансы ухудшения здоровья (25), включая повышенную вероятность смертности (26), плохое психическое здоровье и самоубийства (27), плохое здоровье по собственным оценкам и длительные заболевания, ограничивающие продолжительность жизни (28), а также рискованное поведение в отношении здоровья (29). Меры политики по социальной защите могут смягчить воздействие безработицы на здоровье (16). Люди из групп с низким социально-экономическим положением несоразмерно подвергаются риску безработицы (31), и уровень безработицы среди молодых взрослых выше, чем среди других групп (как отмечено в отношении нигде не работающих и нигде не обучающихся - NEET). Исследования показали, что статус NEET в период ранней взрослости оказывает самостоятельное влияние на развитие последующих возможностей на рынке труда для молодых людей и молодых женщин (124), и что статус NEET – это механизм социальной маргинализации (124).

Экономические издержки в связи с неравенствами в отношении здоровья

В данном разделе обсуждаются экономические издержки неравенств и экономические выгоды справедливости в отношении здоровья. Неравенства в доступе к охране здоровья приводят к излишним случаям преждевременной смерти, что влечет за собой большие экономические издержки в связи со снижением производительности и ростом затрат на охрану здоровья и социальное обеспечение (125). Хорошее здоровье и снижение неравенств в отношении здоровья повышают производительность как результат активности на рынке труда, улучшенного графика работы и роста потребления и эффективности (126–128).

Согласно оценкам издержки в связи с социально-экономическими неравенствами в отношении здоровья в странах ЕС составляют 9,4% валового внутреннего продукта (ВВП) (125). Ежегодно в ЕС 700 000 случаев смерти вызваны неравенством, составляя 20% всех затрат на здравоохранение и 15% всех затрат на выплату социальных пособий (126). Улучшение здоровья 50% населения Европы, занимающих низшее положение, до среднего состояния здоровья 50%, занимающих самое высокое положение, повысит производительность труда на 1,4% ВВП в год, т.е. ВВП в ЕС будет более чем на 7% выше в течение пяти лет после улучшения здоровья. По данным Соединенного Королевства (Англии) 2012 года более 250 000 излишних госпитализаций связаны с неравенствами в доступе к охране здоровья (129), при этом затраты для системы здравоохранения оцениваются в 4,8 миллиардов фунтов стерлингов в год (130).

Неравенства в нездоровом поведении в отношении здоровья также влекут экономические издержки. Например, общие издержки курения, т.е. расходы здравоохранения на лечение заболеваний и потеря трудоспособности, вызванных курением, оценивались в ЕС в 7,3 миллиардов евро в 2009 (131). Аналогично, затраты, связанные с алкоголем, в мире составляют 1,3–3,3% ВВП (132,133), т.е. 200–500 миллиардов евро в ЕС в 2017 г. (134).

Также высоко экономическое бремя, связанное с нездоровым питанием и низкой физической активностью. Издержки ожирения для ЕС в 2012 г. оценивались в более 80 миллиардов евро в год (135), из которых в связи с диабетом - 883 миллиона евро только для Франции, Германии, Италии, Испании и Соединенного Королевства (136). Несмотря на то, что большая часть этих издержек проявляется на последующих этапах жизни, когда неравенства в отношении здоровья становятся более явными, необходимы профилактические меры на всех этапах жизни, в том числе на важном этапе молодой взрослости.

Имеются очевидные данные, подтверждающие окупаемость мер воздействия, направленных на детей раннего возраста и школьников (137), но мало данных об окупаемости мер воздействия, направленных на молодых взрослых или нигде не работающих и нигде не обучающихся (13). На это необходимо обратить внимание в будущих исследованиях.

Меры политики

В данной главе описаны меры политики, которые могут снизить неравенства в отношении здоровья среди молодых взрослых путем воздействия на социальные детерминанты, в том числе указаны специальные показатели оценки изменения в разных направлениях политики с примерами из стран.

Меры политики по сокращению неравенств в отношении здоровья среди молодых взрослых

В Таблицах 2–6 описаны меры политики, которые могут снизить неравенства в отношении здоровья среди молодых взрослых по каждой из пяти ключевых детерминант, с приведением подтверждающих данных.

Таблица 2 (продолжение)

Факторы риска	Данные	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социально-экономическому положению ^а
	<ul style="list-style-type: none"> • Многие расходы на услуги психического здоровья • Анонимная диагностика проблем сексуального здоровья и бесплатное лечение независимо от статуса иммиграции 	<ul style="list-style-type: none"> • Незапланированная беременность • Неудовлетворенная потребность в услугах планирования семьи для женщин в возрасте 15–49 лет с разбивкой по материальному состоянию • Психологический стресс среди молодых людей 	<ul style="list-style-type: none"> • Незапланированная беременность • Неудовлетворенная потребность в услугах планирования семьи для женщин в возрасте 15–49 лет с разбивкой по материальному состоянию • Психологический стресс среди молодых людей 	<ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/> • <input checked="" type="checkbox"/> • <input checked="" type="checkbox"/>

^а Индикаторы политики, которые детализируют данные по социально-экономическому положению, определены с использованием Атласа здоровья и данных Евростата.

Таблица 3. Политика в отношении условий жизни

Факторы риска	Данные	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социально-экономическому положению ^а
Жилье	<ul style="list-style-type: none"> • Молодые взрослые, особенно занимающие низкое социально-экономическое положение, с большей вероятностью проживают в частном арендуемом жилье, что подвергает их повышенному риску высоких затрат, низкого качества и бездомности • Некачественные стандарты жилья могут повысить риск ухудшения психического, физического и социального здоровья и благополучия из-за плохого отопления, вентиляции, водоснабжения и несчастных случаев дома 	<ul style="list-style-type: none"> • Соответствующее требованиям социальное жилье • Предложение стимулов застройщикам для строительства домов • Частное арендованное жилье – хороший стандарт (обеспечиваемый через регулирование и проверки, к примеру) • Контроль аренды и регулирование владения • Достаточное количество общедоступной и жилой для бездомных людей и поддержка в перемещении в более постоянное жилье • Обеспечение качества жилья, к примеру, по санитарии и вентиляции 	<ul style="list-style-type: none"> • Чрезмерное бремя стоимости жилья • Чрезмерное бремя стоимости жилья для молодых людей • Распространенность безопасного водоснабжения и местонахождение источника, с разбивкой по городу/селу или по квартилям благосостояния • Доля населения с базовыми или безопасными услугами санитарии с разбивкой по городу/селу или по квартилям благосостояния • Тяжелые жилищные условия • Тяжелое материальное положение молодых людей • Неспособность надлежащим образом отапливать дом • Перенаселенность 	<ul style="list-style-type: none"> • <input checked="" type="checkbox"/>

Таблица 3 (продолжение)

Факторы риска	Данные	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социаль-но-экономическому положению ^а
Окружающая среда	<ul style="list-style-type: none"> Молодые люди, проживающие в бедных сообществах, могут находиться в некачественной антропогенной среде (что, к примеру, подтверждает их воздействию загрязнения воздуха и преступлений) Молодые взрослые несоразмерно подвержены насилию У молодых взрослых может не быть возможности использовать частный транспорт, и поэтому они нуждаются в качественном общественном транспорте по доступным ценам Молодые взрослые должны быть защищены от вреда, наносимого нездоровым питанием, алкоголем и курением 	<ul style="list-style-type: none"> Доступ к качественной антропогенной среде для молодых взрослых, стимулирующей здоровое поведение и ограничивающей воздействие загрязнителей Законодательные подходы к налогообложению наносящих вред здоровью веществ (например, табак и алкоголь) Регулирование для предотвращения нездорового поведения (например, запрет рекламы табака или запрет алкоголя в общественных местах) Меры воздействия для сокращения вредного употребления психоактивных веществ Ограничительные меры политики в отношении лицензирования и покупки огнестрельного оружия Охрана правопорядка в сообществе, ориентированная на проблемы Меры воздействия для сокращения концентрации городской бедности и модернизация городской среды 	<ul style="list-style-type: none"> Государственные расходы на жилье и благоустройство, выраженные как доля ВВП Неспособность оплачивать дом надлежащим образом Предусмотренные законодательством права, защищающие гарантии пользования жильем/имущественные права Удовлетворенность жилой средой Перенаселенность жилья Перенаселенность среди молодых людей Годы жизни с поправкой на инвалидность (DALYs) из-за небезопасной санитарии Доля домохозяйств, получающих жилищные пособия DALYs из-за загрязнения воздуха Доля населения, сообщающая о загрязнении/саже/других проблемах с окружающей средой Пассажирские автомобили, по типу топлива и объему двигателя Смертность в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) Среднегодовая концентрация двуокиси азота в воздухе Доля населения, сообщающая о трудности в доступе к зеленому пространству Доступ к общественному транспорту Небезопасность нахождения на улице с наступлением темноты Чувство незащищенности от совершения преступления в собственном доме 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ ✗ ✗ ✓ ✓ ✗ ✗ ✓ ✗ ✗ ✗ ✗ ✗ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓

Таблица 3 (продолжение)

Факторы риска	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социаль-но-эконо-мическому положе-нию ^а
	• Налог на добавленную стоимость на алкоголь		✗
	• Акцизный налог на табак как доля розничной стоимости		✗
	• Регулярное потребление алкоголя (как минимум, еженедельно)		✓
	• Заявления о насилии (со смертельным и несмер-тельным исходом)		✗
	• Госпитализация в результате насильственных посягательств		✗
	• Потребление табака среди молодежи		✓
	• Смертность в ДТП среди молодежи		✗
	• Межличностное насилие среди молодежи		✗
	• Торговля людьми		✗
	• Восприятие органов государственного управле-ния молодежью		✗
	• Молодые люди, проживающие с родителями		✗
	• Продовольственная нестабильность		✓

^а Индикаторы политики, которые детализируют данные по социально-экономическому положению, определены с использованием Атласа здоровья и данных Евростата

Таблица 4. Способности человека и сообщества

Факторы риска	Данные	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социально-экономическому положению
Низкий уровень социального и общественного капитала	<ul style="list-style-type: none"> • Вовлеченность молодежи, выраженная в членстве в политических партиях, и снижение явки на выборах • Вовлеченность молодежи в работу на общественных началах и гражданская активность (например, группы верующих и молодежные объединения) • Молодые взрослые из бедных слоев с большей вероятностью будут осуществлять уход 	<ul style="list-style-type: none"> • Сформирована культура расширения прав и возможностей, где молодые люди приходят быть услышаны • Увеличен контроль сообщества и его участие в принятии решений • Просветительская деятельность по наращиванию устойчивости к внешнему воздействию, в т.ч. электронное и мобильное здравоохранение • Стимулирование работы на добровольных началах • Поддержка молодых людей, осуществляющих уход, через образование, здравоохранение и социальную помощь 	<ul style="list-style-type: none"> • Участие в добровольческой деятельности ✓ • Участие молодежи в гражданских группах ✗ • Государственные расходы на жилье и благоустройство как доля ВВП ✗ • Ощущаемая способность влиять на политику ✓ • Доверие к другим ✓ • Регулярность встреч с друзьями, родственниками и коллегами для общения ✗ • Социальная поддержка среди молодых людей по собственной информации ✗ • Люди, у которых есть к кому обратиться за помощью ✗ • Свобода выбора и контроль собственной жизни ✗ • Восприятие коррупции в органах государственного управления ✗ • Равенство перед законом и отсутствие дискриминации ✗ • Молодежная политика ✗ • Возраст для занятия выборных должностей ✗ • Восприятость органов государственного управления молодежью ✗ 	✓
Неудовлетворительные возможности для образования и обучения	<ul style="list-style-type: none"> • У молодых взрослых из групп с низким социально-экономическим положением успеваемость хуже, что ведет к безработице/ низкооплачиваемой работе • Статус NEET ведет к стигматизации и маргинализации 	<ul style="list-style-type: none"> • Образовательная политика, включая обучение на протяжении жизни и развитие ребенка • Увеличение финансирования на детей/ молодых взрослых из групп с низким социально-экономическим положением 	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень грамотности среди молодежи ✗ • Государственные расходы на образование ✗ • Завершение обучения в старших классах ✗ • Доля 20–29-летних с низким уровнем образования (ISCED^a 0–2), % ✗ 	✗

Таблица 5. Условия работы

Факторы риска	Данные	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социально-экономическому положению
Вид/качество трудовой занятости	<ul style="list-style-type: none"> У молодых людей с низким социально-экономическим положением с большей вероятностью менее качественная работа (негарантированная, временная, неформальная) У молодых людей с низким социально-экономическим положением с большей вероятностью нестабильная и негарантированная работа Молодые люди с низким социально-экономическим положением подвержены большему риску низкой оплаты и бедности Молодые люди с низким социально-экономическим положением подвержены большему риску нарушения баланса работы и личной жизни Гендерный разрыв в заработной плате особенно оказывает воздействие на молодых женщин с низким социально-экономическим положением 	<ul style="list-style-type: none"> Обеспечено исполнение трудового законодательства и прав для временных работников Доступ к профсоюзам для тех, кто традиционно не считался наемными работниками Законодательный запрет на договоры с нулевыми часами Законодательная норма, обязывающая предоставлять временным работникам отпуск, больничный и пенсию Зарплата не ниже прожиточного минимума для всех работников Принято и обеспечено исполнение законодательства об охране труда и технике безопасности Защита баланса между работой и личной жизнью посредством обеспечения исполнения национального законодательства о рабочей неделе с санкциями в отношении тех, кто нарушает Снижен разрыв в заработной плате посредством законодательства, мониторинга и санкций 	<ul style="list-style-type: none"> Работники по типу (постоянные, временные) Риск бедности для работающих молодых людей по полу и возрасту Молодые люди, проживающие в домохозяйствах с очень низкой интенсивностью труда Трудовая занятость молодежи Средняя зарплата/доход Количество работников с пенсионными отчислениями Трудовая занятость по секторам Производственная нагрузка Несчастные случаи на производстве Разрыв в трудовой занятости инвалидов Предусмотренная законодательством номинальная месячная заработная плата до удержаний Средняя зарплата/доход Охват коллективным договором (%) Среднее количество инспекторов по труду на 10 000 работников Охват коллективным договором (%) Плотность профсоюзов Нарушение здоровья, связанное с работой, по самоощущению DALYs из-за воздействия на рабочем месте Доля работников, работающих более 40 часов в неделю 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ ✗ ✗ ✓ ✗ ✗ ✗ ✓ ✓ ✗ ✗ ✗ ✗ ✗ ✓ ✗ ✗ ✗

Таблица 5 (продолжение)

Факторы риска	Данные	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социально-экономическому положению
			<ul style="list-style-type: none"> Недостаточно занятые работники с частичной занятостью 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Люди, ищущие работу, но не готовые приступить сразу 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Люди, готовые приступить, но не ищущие работу 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Минимальные права на оплачиваемый ежегодный отпуск 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Индекс профессиональных навыков и свобод действий 	✓
			<ul style="list-style-type: none"> Вынужденная частичная занятость как доля всей частичной занятости среди молодых людей 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Основные причины частичной занятости молодых людей 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Частичная занятость как доля всей занятости молодых людей 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Молодые временные работники как доля общей численности работников 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Самозанятость среди молодежи 	✓

Таблица 6. Безработица и социальная защита

Факторы риска	Данные	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социально-экономическому положению
Социальная защита	<ul style="list-style-type: none"> Социальная защита – важная детерминанта здоровья Молодые люди часто исключены из мер социальной защиты 	<ul style="list-style-type: none"> Рост расходов на социальную защиту Нестрогие критерии для получения пособий Молодые взрослые соответствуют критериям на получение пособий Любые выплаты пособий на детей вплоть до окончания обучения на дневной форме 	<ul style="list-style-type: none"> Бедность Молодые люди, подверженные риску бедности Работающие бедняки Разрыв в бедности в связи с инвалидностью 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ ✗ ✓ ✓

Таблица 6 (продолжение)

Факторы риска	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социаль-но-эконо-мическому положе-нию
<ul style="list-style-type: none"> • Безработица подвергает молодых людей боль-шему риску бедности и бездомности • Большое число нигде не работающих и нигде не обучающихся среди молодых взрослых 	<ul style="list-style-type: none"> • Социальная защита как система государствен-ной социальной поддержки для молодых взрослых • Всеобщий базовый доход • Программы активного рынка труда • Рост государственных и частных инвестиций в сферы с низкой занятостью • Стимулирование работы на общественных началах для улучшения будущих возможностей занятости 	<ul style="list-style-type: none"> • Длительность оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком для матери, отца и ухода на дому для матерей (недели) • Длительность оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком для отца и родителей, предусмотрен-ного для отцов (недели) • Доля матерей с новорожденными, получающих пособия по беременности и родам • Охват программами социальной помощи (данные Aspire) • Распространенность программ социальной помо-щи (данные Aspire) • Достаточность программ социальной помощи (данные Aspire) • Доля труда в ВВП (зарплата и переводы на соци-альную защиту) 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ ✗ ✗ ✗ ✗ ✓ ✗
<ul style="list-style-type: none"> • Безработица подвергает молодых людей боль-шему риску бедности и бездомности • Большое число нигде не работающих и нигде не обучающихся среди молодых взрослых 	<ul style="list-style-type: none"> • Социальная защита как система государствен-ной социальной поддержки для молодых взрослых • Всеобщий базовый доход • Программы активного рынка труда • Рост государственных и частных инвестиций в сферы с низкой занятостью • Стимулирование работы на общественных началах для улучшения будущих возможностей занятости 	<ul style="list-style-type: none"> • Безработица среди молодежи (%), 15–24 лет • Коэффициент безработицы среди молодежи (%), 15–24 лет • Коэффициент безработицы среди молодежи ✗ (15–24 лет) к коэффициенту безработицы среди взрослых (25–74 лет) (по полу и возрасту) • Доля молодежи, не работающей долгое время ✗ • Нигде не работающие и нигде не обучающиеся (доля населения 15–24 и 25–29 лет) ✓ • Нигде не работающие и нигде не обучающие-ся (15–24 лет) по статусу на рынке труда (доля населения) • Состав населения, нигде не работающего и нигде не обучающегося ✗ • Коэффициент занятости к населению молодых людей 15–24 и 25–29 лет (доля населения) ✗ 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ ✗ ✗ ✗ ✓ ✓ ✗ ✗

Таблица 6 (продолжение)

Факторы риска	Данные	Направления мер политики	Индикаторы для оценки изменений	Наличие данных по социаль-но-эконо-мическому положе-нию
			<ul style="list-style-type: none"> Уровень образования молодых людей (20–24 лет) (ISCED^a 3 и выше) (%) ✓ 	✓
			<ul style="list-style-type: none"> Уровень образования молодежи (20–24 лет) (ISCED 3 и выше) (%) ✓ 	✓
			<ul style="list-style-type: none"> Уровень занятости лиц (20–34 лет), недавно выпу- стившихся (ISCED 3–8) (%) ✓ 	✓
			<ul style="list-style-type: none"> Доля труда в ВВП (зарплата и выплаты на соци- альную защиту) ✗ 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Доля безработных, получающих пособие по безработице ✗ 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Доля временных работников ✗ 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Потеря доходов в результате перехода на посо- бие по безработице как доля прошлых доходов ✗ 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Государственные расходы на активные меры политики в отношении рынка труда как доля ВВП ✗ 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Длительная безработица среди молодежи ✗ 	✗
			<ul style="list-style-type: none"> Длительная занятость среди молодежи ✓ 	✓
			<ul style="list-style-type: none"> Экономическое бездействие ✗ 	✗

^a ISCED = Международная стандартная классификация образования.

Примеры успешных мер воздействия, включая примеры из стран

Самые важные меры воздействия из Таблицы 2 указаны в корзине мер политики (Рисунок 3), отмеченные разными цветами по направлениям политики. В данном разделе также приведен обзор доказательной базы корзины политики с примерами из стран. Несмотря на то, что они отображены как отдельные направления для мер воздействия, следует отметить необходимость целостного подхода к политике, учитывая все отделы корзины.

Рисунок 3. Корзина политических мер воздействия



Охрана здоровья для всех

Частное медицинское страхование, расходы из собственных средств и маркетизация или приватизация услуг здравоохранения или социальной помощи усиливают неравенства в отношении здоровья (138). Увеличение взносов частного страхования во Франции, например, привело к усилению неравенств при доступе к услугам (138). Данные из Швеции и Соединенного Королевства показывают, что маркетизация и приватизация услуг здравоохранения также отрицательно влияют на справедливость в отношении здоровья, и представители групп с наименьшими доходами с меньшей вероятностью будут иметь доступ к услугам здравоохранения в сравнении со своими потребностями (138). Для молодых взрослых важно, чтобы охраной здоровья были обеспечены все бесплатно по месту предоставления услуг, чтобы были предусмотрены дополнительные целенаправленные меры политики по помощи нуждающимся, что позволит молодым взрослым получить своевременный доступ к здравоохранению и сократить неравенства на всех этапах жизни.

Доступ к качественному жилью

Улучшение окружающей местности для сообщества и обеспечение безопасного, надежного, доступного, подходящего, без излишеств и энергоэффективного жилья для самых неблагополучных групп может улучшить здоровье и сократить неравенства в отношении здоровья (75). В Соединенном Королевстве, например, улучшение внутренних жилищных условий (например, меры по тепло- и энергоэффективности, переселение в новый дом и

ремонт) оказывали положительное воздействие на здоровье, особенно если были направлены на уязвимые группы (75). Доступ к качественному жилью улучшает здоровье и повышает благополучие молодых взрослых, учитывая их высокую подверженность, тем самым сокращая неравенства в течение жизни.

Личные способности

Молодые взрослые, среди прочих, также могут воспользоваться мерами политики охраны общественного здоровья, поддерживающими и укрепляющими их здоровье, для улучшения поведения в отношении здоровья и тем самым сокращения неравенств в отношении здоровья (139). Эффективные меры воздействия включают налоги на нездоровую еду и напитки, программы продовольственных субсидий для женщин с низкими доходами,⁵ запрет на рекламу табака, фторирование воды, программы питания, направленные на семьи с низкими доходами, для улучшения потребления фруктов и овощей, информационные кампании по скринингу рака органов репродуктивной системы и общие популяционные скрининги. Появляются данные по инициативам в Соединенном Королевстве (Англии) по расширению прав и возможностей сообщества, показывающие, что повышение уровня индивидуального и коллективного контроля в группах и сообществах с низким социально-экономическим положением может улучшить здоровье (140).

Условия работы

Увеличение контроля на работе – еще один способ улучшения здоровья (141). Например, есть данные из разных стран, показывающие, что повышенный контроль со стороны работников и их право выбора (например, участие в управлении, контроль задач или самостоятельное составление графика работы) могут оказать положительное влияние на показатели здоровья (142,143), как следует из модели требование-контроль-поддержка здоровья на рабочем месте. Предполагается, что на здоровье работника отрицательно могут влиять должностные обязанности и положительно – контроль и социальная поддержка на рабочем месте (см., например, Marmot et al. (106)). Учитывая повышенную распространенность рабочих мест с низким уровнем контроля среди молодых взрослых с низким социально-экономическим положением, эти меры воздействия могут сократить неравенства в отношении здоровья на протяжении жизни.

Безработица и социальная защита

Данные из разных стран показывают, что щедрые пособия по безработице могут улучшить состояние психического здоровья населения за счет снижения финансовой напряженности, бедности и незащищенности (13). Это особенно относится к нигде не работающим, нигде не обучающимся, которые более восприимчивы к проблемам с психическим здоровьем. Данные также показывают, что меры воздействия, направленные на увеличение занятости среди нигде не работающих, нигде не обучающихся также могут улучшить здоровье за счет увеличения дохода. В недавнем обзоре международных данных, например, установлено, что многокомпонентные меры воздействия, использующие социальные навыки, профессиональная или общеобразовательная аудиторная подготовка, консультирование или персональное наставничество, практика, устройство на работу, обучение на рабочем месте или профессиональное обучение, финансовые стимулы, курирование и индивидуальная поддержка привели к увеличению показателей занятости на 4% (13).

⁵ В рамках программ продовольственных субсидий выдаются здоровые продукты питания, направления на услуги здравоохранения и социальной помощи, проводится обучение по вопросам питания для беременных женщин и семей с маленькими детьми (139).

Обязательства государств

В данной главе указаны обязательства государств-членов, уполномочивающие руководящие органы на принятие мер по здоровью молодых взрослых, а также Европейские приоритеты и политические стимулы, такие как:

- Европейская основа социальных прав (144)
- Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (145)
- Копенгагенский консенсус мэров: более здоровые и счастливые города для всех (146)
- Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (147).

План действий ВОЗ по охране психического здоровья: профильные задачи

Основные задачи *Европейского плана действий по охране психического здоровья на 2013–2020 годы* (148) включают:

1. Все люди, особенно наиболее уязвимые или входящие в группы риска, имеют равные возможности для поддержания психического благополучия на протяжении всей жизни;
2. Люди с нарушениями психического здоровья являются гражданами, чьи права человека ценятся, соблюдаются и защищаются в полной мере;
3. Услуги по охране психического здоровья доступны и приемлемы по стоимости и могут быть получены по месту жительства в соответствии с потребностями; и
4. Люди имеют право на безопасное и эффективное лечение при уважительном к ним отношении.

Ответные меры ВОЗ на насилие

ВОЗ взяла на себя обязательства (149):

- разработать пакет программ по предупреждению насилия в школе;
- привлечь внимание к масштабу насилия среди молодежи и необходимости профилактики;
- выстраивать фактические данные о масштабе и видах насилия в разных условиях;
- разработать руководство для государств и всех соответствующих секторов по предупреждению насилия среди молодежи и усилению мер реагирования на него;
- поддерживать усилия стран по предупреждению насилия среди молодежи; и
- сотрудничать с международными агентствами и организациями по предупреждению насилия среди молодежи во всем мире.

ВОЗ: Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков

ВОЗ опубликовала доклад «Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков (АА-НА!): руководство по осуществлению в странах» (150) в мае 2017 г. Руководство АА-НА! разработано на основе масштабных консультаций с государствами, агентствами Организации Объединенных Наций, подростками и молодыми взрослыми, гражданским обществом и другими партнерами. Оно призвано оказать содействие правительствам в принятии решения о том, что и как планировать при реагировании на потребности подростков в охране здоровья в своих странах. Данный справочный документ предназначен для руководящих органов на национальном уровне и руководителей программ в помощь при планировании, реализации, мониторинге и оценке программ по охране здоровья подростков.

Конвенция Организации Объединенных Наций о правах ребенка

Конвенция Организации Объединенных Наций о правах ребенка (151) – самое широко ратифицированное соглашение о правах человека в мире. Конвенция включает все аспекты жизни ребенка и излагает гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права, которыми обладают все дети. Она распространяется на детей до 18 лет, поэтому Конвенция применима к молодым взрослым в возрасте от 16 до 18 лет.

Заинтересованные стороны и партнеры для сокращения неравенства в отношении здоровья среди молодых взрослых

На Рисунке 4 указаны основные заинтересованные стороны и партнеры, необходимые для сокращения неравенств в отношении здоровья. Для молодых взрослых важны межведомственные действия. Ответственными являются разные агентства, и в разных органах государственного управления и других организациях могут быть использованы меры политики для улучшения состояния психического и физического здоровья, а также сокращения подверженности факторам риска.

Рисунок 4. Заинтересованные стороны

<ul style="list-style-type: none"> • Всеобщий охват • Единая оценка • Надлежащее предоставление услуг по охране психического здоровья для молодых взрослых • Школы/колледжи выявляют и проводят обучение ответственного руководителя, осуществляющего контроль подхода к охране психического здоровья и благополучия • Местные группы по поддержке в охране психического здоровья работают с потребностями молодых людей с легкими-средними нарушениями психического здоровья • Специализированная помощь в учреждениях оказывается в регионах и направлена на молодых взрослых <p>ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ СТОРОНЫ: министерства (здравоохранения, социальной помощи и образования), местные органы охраны общественного здоровья, третий сектор (семьи), религиозные органы</p>	<p>Здравоохранение</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • Политика в области социального обеспечения (включая программы помощи родителям и семьям, пособие по болезни, пособие по безработице) • Обеспечить приемлемость молодых взрослых для получения социальных пособий • Зеленые участки и площадки для игр • Владение жильем и устойчивое финансовое положение (особенно для молодых взрослых, «о которых заботятся», и их переход к самостоятельному проживанию) <p>ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ СТОРОНЫ: министерства (местные исполнительные органы, социальной помощи, жилья, отдыха), третий сектор (семьи)</p>	<p>Условия жизни</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • Политика в области образования: обучение в течение жизни, развитие ребенка, возможности для качественной практики • Проекты в сообществе, обеспечивающие возможности для молодых взрослых принимать активное участие там, где они проживают • Возможности для молодых людей принимать участие в политической жизни сообщества и страны • Применение регулирования, образовательных и фискальных стратегий для продвижения выбора в пользу здорового поведения (и недопущения отрицательного выбора) <p>ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ СТОРОНЫ: министерства (здравоохранения, социальной помощи, образования, финансов), сообщество, местные исполнительные органы, местные органы первичной медико-санитарной помощи и охраны общественного здоровья, третий сектор (дети и семьи, Национальная молодежная организация, религиозные органы).</p>	<p>Способности человека и сообщества</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • Меры политики в отношении труда/рабочей силы для обеспечения прав для молодых взрослых • Законодательство по охране труда и технике безопасности • Законодательство по вопросам инвалидности • Отпуск по уходу за ребенком для матери и отца • Меры политики в отношении минимального/на уровне прожиточного минимума дохода и рабочего времени (что включает взрослых) • Малые/средние предприятия способствуют охране психического здоровья и доступу к поддержке для их сотрудников из числа молодых взрослых <p>ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ СТОРОНЫ: работодатели, министерства (труда, предпринимательства, торговли, здравоохранения, социальной помощи), местные органы первичной медико-санитарной помощи и охраны общественного здоровья, третий сектор (дети и семьи), профсоюзы, Фонд сплочения ЕС, кадры (частного и государственного сектора).</p>	<p>Условия работы</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • Достаточный размер пособий социального обеспечения • Увеличение выплат на социальное обеспечение с учетом инфляции • Смягчение требований для соответствия критериям на получение социальной помощи молодым взрослым • Программы обучения нигде не работающих и нигде не обучающихся <p>ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ СТОРОНЫ: министерства (труда, финансов, образования)</p>	<p>Безработица и социальная защита</p> 

Библиография⁶

1. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up, Part 1: a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/107790>).
2. Здоровье и благополучие мужчин в Европейском регионе ВОЗ: улучшение здоровья в рамках гендерного подхода. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/the-health-and-well-being-of-men-in-the-who-european-region-better-health-through-a-gender-approach-2018>).
3. Gkiouleka A, Huijts T, Beckfield J, Bambra C. Understanding the micro and macro politics of health: inequalities, intersectionality & institutions – a research agenda. *Soc Sci Med*. 2018;200:92–8.
4. Bartley M. Health inequality: an introduction to theories, concepts and methods. Cambridge: Polity Press; 2015.
5. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789244563700_rus.pdf?seq).
6. Ryan P. The school-to-work transition: a cross-national perspective. *J Econ Lit*. 2001;39(1):34–92.
7. Furlong A, editor. *Routledge handbook of youth and young adulthood*, 2nd edition. London: Routledge; 2017.
8. Furlong A. Not a very NEET solution: representing problematic labour market transitions among early school-leavers. *Work, Employment and Society* 2006;20(3):553–69.
9. What does NEETs mean and why is the concept so easily misinterpreted? Geneva: International Labour Organization; 2015 (https://www.ilo.org/employment/areas/youth-employment/work-for-youth/publications/technical-briefs/WCMS_343153/lang--en/index.htm).
10. Mascherini M, Salvatore L, Meierkord A, Jungblut J-M. NEETs – young people not in employment, education or training: characteristics, costs and policy responses in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012 (https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1254en.pdf).
11. Make NEETs history in 2014. London: IMPETUS – Private Equity Foundation; 2014.
12. Bambra C. Yesterday once more? Unemployment and health in the 21st century. *J Epidemiol Community Health* 2010;64(3):213–5.
13. Mawn L, Oliver EJ, Akhter N, Bambra CL, Torgerson C, Bridle C et al. Are we failing young people not in employment, education or training (NEETs)? A systematic review and meta-analysis of re-engagement interventions. *Syst Rev*. 2017;6(1):16.
14. Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM. Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment and job insecurity: In: Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2005:78–96.

⁶ Все сайты по ссылкам по состоянию на 25 марта 2018, если не указано иное.

15. Dorling D. Unemployment and health. *BMJ* 2009;338:b829.
16. Экономический кризис и психическое здоровье. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf).
17. George A, Metcalf H, Tufekci L, Wilkinson D. Understanding age and the labour market. York: Joseph Rowntree Foundation; 2015 (<https://www.jrf.org.uk/report/understanding-age-and-labour-market>).
18. Youth NEET rate. In: International Labour Organization [сайт]. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/ilostat/faces/oracle/webcenter/portalapp/pagehierarchy/Page3.jspx?MBI_ID=20&_afLoop=495601892879201&_afWindowMode=0&_afWindowId=ojldaha13_1#!%40%40%3F_afWindowId%3Dojldaha13_1%26_afLoop%3D495601892879201%26MBI_ID%3D20%26_afWindowMode%3D0%26_adf.ctrl-state%3Dojldaha13_57, по состоянию на 20 сентября 2018).
19. Self-perceived health by sex, age and income quintile. In: Eurostat [база данных онлайн]. Brussels: Eurostat; 2018 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?wai=true&dataset=hlth_silc_10, по состоянию на 31 октября 2018).
20. Body mass index (BMI) by sex, age and income quintile. In: Eurostat [база данных онлайн]. Brussels: Eurostat; 2018 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en, по состоянию на 7 ноября 2018).
21. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2017 (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2017-2016-data>).
22. HIV and AIDS in the United Kingdom. In: Avert [сайт]. Brighton: Avert; 2019 (<https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/western-central-europe-north-america/uk>).
23. Top 10 causes of death. In: World Health Organization [сайт]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/, по состоянию на 18 сентября 2018).
24. Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/42679>).
25. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiat*. 2005;62(6):593–602.
26. McNamara CL, Balaj M, Thomson KH, Eikemo TA, Solheim EF, Bambra C et al. The socioeconomic distribution of non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health* 2017;27(Suppl. 1):22–6.
27. Van de Velde S, Huijts T, Bracke P, Bambra C. Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. *Sociol Health Illn*. 2013;35(5):682–98.
28. Wickrama KAS, Noh S, Elder GH. An investigation of family SES-based inequalities in depressive symptoms from early adolescence to emerging adulthood. *Adv Life Course Res*. 2009;14:147–61.
29. Cyber violence against women and girls. Vilnius: European Institute for Gender Equality; 2017 (<https://eige.europa.eu/publications/cyber-violence-against-women-and-girls>).

30. McMahon N, Thomson K, Kaner E, Bamba C. Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: an umbrella review. *Addict Behav.* 2019;90:380–8.
31. Доклад о безопасности дорожного движения в мире 2015 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/ru/).
32. Aitken C, Kerger M, Crofts N. Drivers who use illicit drugs: behaviour and perceived risks. *Drug-Educ-Prev-Polic.* 2000;7(1):39–50.
33. Asbridge M, Poulin C, Donato A. Motor vehicle collision risk and driving under the influence of cannabis: evidence from adolescents in Atlantic Canada. *Accid Anal Prev.* 2005;37(6):1025–34.
34. Cubbin C, Smith GS. Socioeconomic inequalities in injury: critical issues in design and analysis. *Ann Rev Public Health* 2002;23:349–75.
35. Magid A, Leibovitch-Zur S, Baron-Epel O. Increased inequality in mortality from road crashes among Arabs and Jews in Israel. *Traffic Inj Prev.* 2015;16(1):42–7.
36. Feleke R, Scholes S, Warlaw M, Mindell JS. Comparative fatality risk for different travel modes by age, sex, and deprivation. *Journal of Transport & Health* 2018;8:307–20.
37. Klaitman SS, Solomonov E, Yaloz A, Biswas S. The incidence of road traffic crashes among young people aged 15–20 years: differences in behavior, lifestyle and sociodemographic indices in the Galilee and the Golan. *Front Public Health* 2018;6:9.
38. Chen HY, Ivers RQ, Martiniuk AL, Boufous S, Senserrick T, Woodward M. Socioeconomic status and risk of car crash injury, independent of place of residence and driving exposure: results from the DRIVE Study. *J Epidemiol Community Health* 2010;64(11):998–1003.
39. Hingson R, Winter M. Epidemiology and consequences of drinking and driving. *Alcohol Res Health* 2003;27(1):63–78.
40. González-Sánchez G, Maeso-González E, Olmo-Sánchez MI, Gutiérrez-Bedmar A, Mariscal A, García-Rodríguez A. Road traffic injuries, mobility and gender. Patterns of risk in Southern Europe. *Journal of Transport & Health* 2018;8:35–43.
41. Martínez-Ruiz V, Jiménez-Mejías E, Luna-del-Castillo Jde D, García-Martín M, Jiménez-Moleón JJ, Lardelli-Claret P. Association of cyclists' age and sex with risk of involvement in a crash before and after adjustment for cycling exposure. *Accid Anal Prev.* 2014;62:259–67.
42. Road traffic deaths. Data by country. In: *Global Health Observatory data repository* [база данных онлайн]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.51310>, по состоянию на 19 сентября 2018).
43. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2002 (<https://www.who.int/publications/list/9241545615/ru/>).
44. Youth violence. In: *World Health Organization* [сайт]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/areas-of-work/violence/youth-violence>, по состоянию на 9 сентября 2018).
45. Youth violence. In: *World Health Organization* [сайт]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>, по состоянию на 9 сентября 2018).

46. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2005 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>).
47. Gender-specific measures in anti-trafficking actions: report. Vilnius: European Institute for Gender Equality; 2018 (<https://eige.europa.eu/publications/gender-specific-measures-anti-trafficking-actions-report>).
48. Европейский доклад о предупреждении насилия и преступности, связанной с холодным оружием, среди подростков и молодежи. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-report-on-preventing-violence-and-knife-crime-among-young-people>).
49. Bellis MA, Hughes K, Wood S, Wyke S, Perkins C. National five-year examination of inequalities and trends in emergency hospital admission for violence across England. *Inj Prev*. 2011;17(5):319–25.
50. Miller TR, Cohen MA, Wiersema B. Victim costs and consequences: a new look. Washington (DC): National Institute of Justice; 1996 (<https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=155282>).
51. Miller TR, Fisher DA, Cohen MA. Costs of juvenile violence: policy implications. *Pediatrics* 2001;107(1):E3.
52. Gorman-Smith D, Henry DB, Tolan PH. Exposure to community violence and violence perpetration: the protective effects of family functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004;33(3):439–49.
53. План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья: В поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европе - никого не оставить без внимания. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/2016/action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the-2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016>).
54. Annual epidemiological report: sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014.
55. Crichton J, Hickman M, Campbell R, Batista-Ferrer H, Macleod J. Socioeconomic factors and other sources of variation in the prevalence of genital chlamydia infections: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015;15:729.
56. Gravningen K, Braaten T, Schirmer H. Self-perceived risk and prevalent chlamydia infection among adolescents in Norway: a population-based cross-sectional study. *Sex Transm Infect*. 2016;92(2):91–6.
57. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet* 2004;364(9428):83–94.
58. Pharris A, Wiessing L, Sfetcu O, Hedrich D, Botescu A, Fotiou A et al. Human immunodeficiency virus in injecting drug users in Europe following a reported increase of cases in Greece and Romania, 2011. *Euro Surveill*. 2011;16(48):14–8.
59. Monitoring human rights in contraceptive services and programmes. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/contraceptive-services-monitoring-hr/en/>).

60. Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 2004;363(9421):1579–88.
61. Mounteney J, Griffiths P, Sedefov R, Noor A, Vicente J, Simon R. The drug situation in Europe: an overview of data available on illicit drugs and new psychoactive substances from European monitoring in 2015. *Addiction* 2016;111(1):34–48.
62. Parkinson J, Minton J, Lewsey J, Bouttell J, McCartney G. Drug-related deaths in Scotland 1979–2013: evidence of a vulnerable cohort of young men living in deprived areas. *BMC Public Health* 2018;18(1):1.
63. Heyman G. Addiction and choice: theory and new data. *Front Psychiatry* 2013;4(31):68.
64. Today's heroin epidemic infographics. In: Centres for Disease Control and Prevention [сайт]. Atlanta (GA): Centres for Disease Control and Prevention; 2015. (<https://www.cdc.gov/vitalsigns/heroin/infographic.html>).
65. Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health: detailed tables [база данных онлайн]. Seattle (WA): Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2015 (<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs2014/NSDUH-DetTabs2014.htm#tab5-7b>).
66. Dieter H. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2010). *Current Drug Abuse Rev.* 2011;4(1):4–27.
67. Countries (drug report) [база данных онлайн]. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2018 (http://www.emcdda.europa.eu/countries_en).
68. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet* 1971;297(7696):405–12.
69. Nolte E, McKee M. Variations in amenable mortality – trends in 16 high-income nations. *Health Policy* 2011;103(1):47–52.
70. Fjær EL, Balaj M, Stornes P, Todd A, McNamara CL, Eikemo TA. Exploring the differences in general practitioner and health care specialist utilization according to education, occupation, income and social networks across Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health* 2017;27(Suppl. 1):73–81.
71. Gelormino E, Bambra C, Spadea T, Bellini S, Costa G. The effects of health care reforms on health inequalities: a review and analysis of the european evidence base. *Int J Health Serv.* 2011;41(2):209–30.
72. Mazur A, Dembinski L, Schrier L, Hadjipanayis A, Michaud PA. European Academy of Paediatric consensus statement on successful transition from paediatric to adult care for adolescents with chronic conditions. *Acta Paediatr.* 2017;106(8):1354–7.
73. Baltag V, Mathieson A, editors. Youth-friendly health policies and services in the European Region: sharing experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107284>).
74. McNamara CL, Balaj M, Thomson KH, Eikemo TA, Bambra C. The contribution of housing and neighbourhood conditions to educational inequalities in non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health* 2017;27(Suppl. 1):102–6.
75. 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(1):175–84.

76. Stafford M, McCarthy M. Neighbourhoods, housing and health. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social determinants of health*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2006:78–96.
77. Smith SJ, Searle BA, Cook N. Rethinking the risks of home ownership. *Journal of Social Policy* 2009;38(1):83–102.
78. 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 and Society* 2001;18(1–2):50–66.
79. Scotland's Census 2011: shaping our future. Edinburgh: National Records of Scotland; 2011 (<http://www.scotlandcensus.gov.uk/>, по состоянию на 19 сентября 2018).
80. Clarke A. The prevalence of rough sleeping and sofa surfing amongst young people in the UK. *Social Inclusion* 2016;4(4):60–72.
81. Immigrant housing in Europe: overview 2016. In: European Commission [сайт]. Brussels: European Commission 2016 (<https://ec.europa.eu/migrant-integration/intdossier/ewsi-analysis-immigrant-housing-in-europe>, по состоянию на 25 октября 2018).
82. Blane D. The life course, the social gradient and health. In: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social determinants of health*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2006:54–77.
83. Bambra C. *Health divides: where you live can kill you*. Bristol: Policy Press; 2016.
84. Milton B, Attree P, French B, Povall S, Whitehead M, Popay J. The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. *Community Dev J*. 2012;47:316–34.
85. Shiovitz-Ezra S, Ayalon L. Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *Int Psychogeriatr*. 2009;22(3):455–62.
86. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M et al. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010 – the Marmot Review*. London: The Marmot Review; 2010 (<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>).
87. Третий Всемирный доклад об обучении и образовании взрослых. Воздействие обучения и образования взрослых на здоровье и благополучие, занятость и рынок труда, а также на общественную, гражданскую и общинную жизнь. Гамбург: Институт ЮНЕСКО по обучению на протяжении всей жизни; 2016.
88. Jenkinson CE, Dickens AP, Jones K, Thompson-Coon J, Taylor RS, Rogers M et al. Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health* 2013;13(1):773.
89. James DCS, Harville C, Efunbumi O, Martin MY. Health literacy issues surrounding weight management among African American women: a mixed methods study. *J Hum Nutr Diet*. 2015; 28(Suppl. 2):41–9.
90. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(17):1880–8.
91. Friis K, Vind BD, Simmons RK, Maindal HT. The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: a Danish population-based study. *J Diabetes Res*. 2016; 2016:7823130.

92. Gibson M, Thomson H, Banas K, Lutje V, McKee MJ, Martin SP et al. Welfare to work interventions and their effects on the health and well-being of lone parents and their children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2:CD009820.
93. Young carers: review of research and data. Edinburgh: Scottish Government; 2017 (<https://www.gov.scot/publications/young-carers-review-research-data/>).
94. Dahlberg L, Demack S, Bambra C. Age and gender of informal carers: a population-based study in the UK. *Health Soc Care Community* 2007;15(5):439–45.
95. Wardle J, Steptoe A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(6):440.
96. Macintyre S. The social patterning of exercise behaviours: the role of personal and local resources. *Br J Sports Med.* 2000;34(1):6.
97. Nocon M, Keil T, Willich SN. Education, income, occupational status and health risk behaviour. *J Public Health* 2007;15(5):401–5.
98. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD. Alcohol and mortality. *Ann Intern Med.* 1992;117(8):646–54.
99. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/>).
100. Whitehead M, Orton PA, Nayak S, Petticrew M, Sowden A. How could differences in “control over destiny” lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health Place* 2016;39:51–61.
101. Huijts T, Gkiouleka A, Reibling N, Thomson KH, Eikemo TA, Bambra C. Educational inequalities in risky health behaviours in 21 European countries: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health* 2017;27(Suppl. 1):63–72.
102. Dahl E, Malmberg-Heimonen I. Social inequality and health: the role of social capital. *Sociol Health Illn.* 2010;32(7):1102–19.
103. Temporary employees by sex, age and main reason (table - lfsa_etgar). In: Eurostat [база данных онлайн]. Brussels: Eurostat; 2018 (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, accessed 3 August 2018).
104. Bambra C. *Work, worklessness and the political economy of health.* Oxford: Oxford University Press; 2011.
105. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *BMJ* 1999;318(7196):1460–7.
106. Marmot M, Siegrist J, Theorell T. Health and the psychosocial environment at work: In: Marmot M, Wilkinson R, editors. *Social determinants of health*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2006:97–130.
107. Brunner EJ, Chandola T, Marmot MG. Prospective effect of job strain on general and central obesity in the Whitehall II Study. *Am J Epidemiol.* 2007;165(7):828–837.
108. Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993;19(5):297–312.
109. Stansfeld S. Work, personality and mental health. *Br J Psychiatry* 2002;181(2):96–98.

- 110.** Lehmann H, Zaiceva A. Informal employment in Russia: definitions, incidence, determinants and labour market segmentation. Paris: OECD Publishing; 2013 (OECD Economics Department Working Papers, No. 1098; https://www.oecd-ilibrary.org/economics/informal-employment-in-russia_5k3v1tqzmzg7-en).
- 111.** Cairns D. “I wouldn’t stay here”: economic crisis and youth mobility in Ireland. *International Migration* 2014;52(3):236–49.
- 112.** Simionescu M, Strielkowski W, Kalyugina S. The impact of Brexit on labour migration and labour markets in the United Kingdom and the EU. *Terra Economicus* 2017;15(1):148–56.
- 113.** Bamba C, Whitehead M, Hamilton V. Does “welfare to work” work? A systematic review of the effectiveness of the UK’s welfare to work programmes for people with a chronic illness or disability. *Soc Sci Med.* 2005;60(9):1905–18.
- 114.** Dudley C, Kerns J, Steadman K. Gender, sex, health and work. Lancaster: Work Foundation, Lancaster University; 2017 (http://www.theworkfoundation.com/wp-content/uploads/2016/10/418_GSHWBackground.pdf).
- 115.** Beckfield J, Bamba C. Shorter lives in stingier states: social policy shortcomings help explain the US mortality disadvantage. *Soc Sci Med.* 2016;171:30–38.
- 116.** Dorling D. Fair play. Bristol: Policy Press; 2012.
- 117.** Perry J. Promoting the inclusion of young people through social protection: New York (NY): United Nations Department of Economic and Social Affairs Division for Social Policy and Development; 2018 (Social Development Brief #5; <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2018/04/RWSS-Policy-Brief-5.4.pdf>).
- 118.** Wilson W. The reform of Housing Benefit (Local Housing Allowance) for tenants in private rented housing (SN/SP/4957). London: House of Commons Library; 2013 (<https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/SN04957>).
- 119.** Lorentzen T, Angelin A, Dahl E, Kauppinen T, Moisio P, Salonen T. Unemployment and economic security for young adults in Finland, Norway and Sweden: from unemployment protection to poverty relief. *Int J Soc Welf.* 2014;23(1):41–51.
- 120.** Social Security Administration. Social security programs throughout the world: Europe, 2008. Washington (DC): Office of Retirement and Disability Policy; 2010 (<https://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2008-2009/europe/index.html>).
- 121.** Ozkan UR. The dualisation of unemployment compensation in emerging economies: Brazil, China and Russia. *Journal of International and Comparative Social Policy* 2017;33(3):261–81.
- 122.** Walker S. Russa. In: Which are the best countries in the world to live if you are unemployed or disabled? *The Guardian* (London). 15 April 2015 (<https://www.theguardian.com/politics/2015/apr/15/which-best-countries-live-unemployed-disabled-benefits>).
- 123.** Family benefits public spending. In: OECD data [база данных онлайн]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 (<https://data.oecd.org/socialexp/family-benefits-public-spending.htm>).
- 124.** Backman O, Nilsson A. Long-term consequences of being not in employment, education or training as a young adult. Stability and change in three Swedish birth cohorts. *Eur Soc.* 2016; 18(2):136–57.
- 125.** Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(5):412–9.

126. Jarvis A, Vincze MP, Falconer B, Garde A, Geber F. A study on liability and the health costs of smoking. London: GHK; 2009 (DG SANCO (2008/C6/046); https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/tobacco_liability_en.pdf).
127. Costa H, Gilmore A, Peeters S, McKee M, Stuckler D. Quantifying the influence of the tobacco industry on EU governance: automated content analysis of the EU Tobacco Products Directive. *Tob Control* 2014;23(6):473–8.
128. Bambra, C, Munford L, Brown H, Wilding A, Robinson T, Holland P et al. Health for wealth: building a healthier northern powerhouse for UK productivity. Newcastle: Northern Health Sciences Alliance; 2018 (<http://www.thenhsa.co.uk/app/uploads/2018/11/NHSA-REPORT-FINAL.pdf>).
129. Cookson R, Asaria M, Ali S, Shaw R, Doran T, Goldblatt P. Health equity monitoring for healthcare quality assurance. *Soc Sci Med.* 2018;198:148–56.
130. Asaria M, Doran T, Cookson R. The costs of inequality: whole-population modelling study of lifetime inpatient hospital costs in the English National Health Service by level of neighbourhood deprivation. *J Epidemiol Community Health* 2016;70(10):990.
131. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization: 2014 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2014/en/).
132. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373(9682):2223–33.
133. Global status report on alcohol and health 2011. Geneva: World Health Organization: 2011 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_2011/en/).
134. Forster T, Kentikelenis A, Bambra C. Health inequalities in Europe: setting the stage for progressive policy action. Dublin: Action on Social Change (TASC); 2018 (<https://www.feps-europe.eu/resources/publications/629:health-inequalities-in-europe-setting-the-stage-for-progressive-policy-action.html>).
135. Hunt A, Ferguson J. Health costs in the European Union: how much is related to EDCs? Brussels: The Health and Environmental Alliance; 2014 (https://www.env-health.org/IMG/pdf/18062014_final_health_costs_in_the_european_union_how_much_is_realted_to_edcs.pdf).
136. De La Fuente A. Human capital and productivity. *Nordic Economic Policy Review* 2011;2(2):103–32.
137. Investing in high-quality early childhood education and care (ECEC). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 (<https://www.oecd.org/education/school/48980282.pdf>).
138. Bambra C, Garthwaite K, Hunter D. All things being equal: does it matter for equity how you organize and pay for health care? A review of the international evidence. *Int J Health Serv.* 2014;44(3):457–77.
139. Thomson K, Hillier-Brown F, Todd A, McNamara C, Huijts T, Bambra C. The effects of public health policies on health inequalities in high-income countries: an umbrella review. *BMC Public Health* 2018;18(1):869.
140. Lewis S, Bambra C, Barnes A, Collins M, Egan M, Halliday E et al. Participation and inclusion for community empowerment and health: evidence from a longitudinal, multisite qualitative evaluation of an area-based resident led initiative in England, Health Soc Care Community 2019;27:199–206.

141. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;2:CD008009.
142. Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation 2: a systematic review of task restructuring interventions. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:1028–37.
143. Egan M, Bambra C, Thomas S, Petticrew M, Whitehead M, Thomson H. The psychosocial and health effects of workplace reorganisation 1: a systematic review of interventions that aim to increase employee participation or control. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:945–54.
144. European Pillar of Social Rights. In: European Commission [сайт]. Brussels: European Commission; 2017 (https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights_en).
145. Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов. Нью-Йорк (NY): Организация Объединенных Наций; 2006 (https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml).
146. Копенгагенский консенсус мэров - Более здоровые и счастливые города для всех. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/policy/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all-2018>).
147. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9789244591017_rus.pdf?sequence=4).
148. Европейский план действий по охране психического здоровья на 2013–2020 годы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/195187/63wd11r_MentalHealth-3.pdf).
149. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/youth/youth_violence/en/).
150. Глобальное ускорение действий в интересах здоровья подростков (АА-НА!): руководство по осуществлению в странах. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/).
151. Конвенция о правах детей. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединении резолюцией Генеральной ассамблеи 44/25 от 20 ноября 1989; вступление в силу 2 сентября 1990 г. в соответствии со статьей 49. Женева: Управление Верховного комиссара по правам человека; 1989 (<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>).

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

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

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

Эл. адрес: eurocontact@who.int