



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



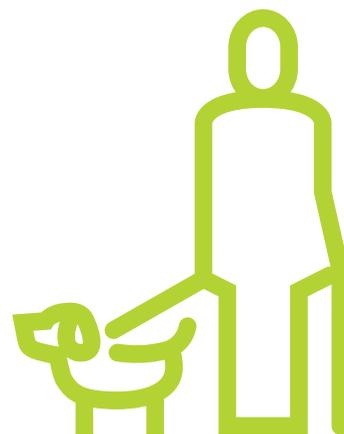
Ранний возраст: 0–16



Молодые взрослые: 16–24



Трудовой возраст: 24–64



Пожилой возраст: 65+

## Сокращение несправедливости в отношении здоровья на всех этапах ЖИЗНИ

### Пожилой возраст и здоровое старение



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**

## **Пожилой возраст и здоровое старение**

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

## РЕФЕРАТ

Здоровое старение - процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающий благополучие в пожилом возрасте. Ставшие системными неравенства в получении услуг здравоохранения, несправедливые и предотвратимые различия в состоянии здоровья или в распределении ресурсов здравоохранения накапливаются с течением времени и меняют траектории здоровья на разных этапах жизни. Соответствующая оценка и постоянный мониторинг несправедливости в отношении здоровья и детерминант ложатся в основу конкретных мер, направленных на снижение несправедливости к пожилым людям. Успешные действия неуклонно улучшают или выравнивают различия в состоянии здоровья на всех этапах жизни. В данном докладе обсуждаются различные детерминанты здоровья людей старшего возраста: услуги здравоохранения, способности человека и сообщества, условия жизни, трудовая занятость и условия работы, доходы и социальная защита. В нем приведены варианты политики и конкретные примеры мер в системах здравоохранения и разных секторах по сокращению несправедливости в отношении здоровья пожилых людей и потенциальные показатели измерения прогресса.

## Ключевые слова

HEALTH EQUITY  
HEALTHY AGEING  
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH  
PUBLIC POLICY  
DELIVERY OF HEALTH CARE  
INTERSECTORAL COLLABORATION

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 можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

## © 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 примерные 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 их 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 TREVISAN GIANCARLO & FIGLI

Переводчик: Александра Нигаи

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Выражение благодарности .....</b>	<b>vi</b>
<b>Введение .....</b>	<b>1</b>
Социальные детерминанты здоровья .....	1
Мнения пожилых людей о здоровом старении .....	1
Измерение, меры воздействия и мониторинг воздействия.....	2
<b>Здоровье и услуги здравоохранения .....</b>	<b>12</b>
Фактические данные .....	13
Меры политики.....	14
Обязательства государств.....	16
Заинтересованные стороны и партнеры .....	16
<b>Здоровье, способности человека и сообщества .....</b>	<b>17</b>
Фактические данные .....	17
Меры политики .....	18
Обязательства государств.....	19
Заинтересованные стороны и партнеры .....	19
<b>Здоровье и условия жизни .....</b>	<b>20</b>
Фактические данные .....	20
Меры политики .....	21
Заинтересованные стороны и партнеры .....	22
<b>Здоровье, занятость и условия работы .....</b>	<b>23</b>
Фактические данные .....	23
Меры политики .....	24
Обязательства государств.....	26
Заинтересованные стороны и партнеры .....	26
<b>Здоровье, доход и социальная защита .....</b>	<b>27</b>
Фактические данные .....	27
Меры политики .....	28
Обязательства государств.....	29
Заинтересованные стороны и партнеры .....	29
<b>Заключение.....</b>	<b>30</b>
<b>Библиография .....</b>	<b>31</b>

## Выражение благодарности

Авторы хотели бы поблагодарить Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, эпидемиолога штаб-квартиры ВОЗ, за анализ данных Обследования здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе и подготовку Рис. 1а–с; а также Theadora Koller, технического специалиста штаб-квартиры ВОЗ, за добросовестное и необходимое экспертное рецензирование. Авторы благодарят анонимных рецензентов за предоставленные замечания, предложения и комментарии и тех, кто участвовал в экспертном обсуждении, организованном Европейским региональным бюро ВОЗ, включая Jenny Poraу, Директора Центра по проблемам неравенства в отношении здоровья Ланкастерского университета, Соединенное Королевство.

Европейское региональное бюро ВОЗ признательно за оказание финансовой поддержки, в том числе поддержки при проведении исследования и подготовки данного доклада, фонду Velux Stiftung. Мнения, выраженные в данной публикации, не обязательно отражают мнения фонда Velux Stiftung.

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

Подход, учитывающий все этапы жизни, показывает важность определенного времени и обстоятельств в понимании причинно-следственных связей воздействия внешних факторов и их последствий в жизни человека. Несмотря на рост числа научных публикаций, есть необходимость в улучшении и разделении понимания разных факторов, формирующих здоровье и благополучие людей, а также развития устойчивости к внешним воздействиям и рискам на всех этапах жизни у разных поколений (1). Повышенное внимание на лечение отдельных заболеваний или планирование для определенных возрастных групп в системах здравоохранения вместо охраны здоровья, ориентированной на человека на протяжении его жизни, продолжает оставаться препятствием для практического применения комплексного подхода, учитывающего все этапы жизни (2). Литературные источники по этому вопросу носят более теоретический характер или привязаны к определенной дисциплине, не давая практической информации для формирования политики и мер воздействия.

Несмотря на то, что в центре внимания данного доклада – пожилые люди, он также призван внести вклад в достижение единого и исчерпывающего понимания детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья на всех этапах жизни, позволяющего оптимизировать возможности и сократить несправедливые и предотвратимые неравенства. За основу взяты вопросы и меры политики, направленные на проблемы неравноправности в предыдущих публикациях этой серии. Но при рассмотрении категории пожилых людей особое внимание уделено следующим аспектам.

## Социальные детерминанты здоровья

В докладе использованы основы политики, предложенные Комиссией ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (3), для рассмотрения детерминант и путей, ведущих к достижению справедливости в отношении здоровья, подчеркивая важность социального положения и процессов, определяющих доступ людей к ресурсам и возможностям. В отличие от использования одной категории для описания опыта людей, теория пересечений показывает сложные пути, где человек одновременно испытывает разные виды дискриминации: эйджизм, сексизм, расизм и другие формы институционализированной дискриминации. Также принят во внимание более недавний анализ Комиссии по основам политики, позволяющий описать и объяснить здоровье пожилых и опыт здорового старения (4–6). В последних работах учитываются этапы жизни (7), напоминая о необходимости выйти за рамки медико-биологических детерминант отдельных нарушений здоровья или множества заболеваний, с которыми сталкиваются пожилые люди (8).

## Мнения пожилых людей о здоровом старении

Концепции и основы политики отражают мнения пожилых о процессе старения и ведут к формированию мер политики и действий, обеспечивающих пожилых людей возможностями. Все больше углубленных исследований описывают понимание пожилыми людьми детерминант здоровья, их восприятия потребностей в охране здоровья с течением времени и способов формирования устойчивости к внешним воздействиям (см. недавние исследования Menichetti и Graffigna (9) и Tkatch et al. (10)). Как указано у Bryant et al. (11), здоровье означает «идти и делать что-то значимое». На основе проведенных опросов определено четыре компонента здорового

старения: нечто стоящее, что нужно сделать, баланс между способностями и вызовами, соответствующие внешние ресурсы и характеристики личных установок.

Каждое исследование стремится отметить уникальность взглядов и тонкости, но проявляются некоторые общие выводы, которые особенно актуальны для руководств по определению политики и подхода к формированию программ в определенном контексте: в чем могут нуждаться пожилые люди за счет своих собственных ресурсов, семей, сообществ, систем поддержки (включая способ организации служб здравоохранения) и их расширенной среды для поддержания своего здоровья и благополучия с течением времени.

*Всемирный доклад о старении и здоровье* определяет здоровое старение как «процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в пожилом возрасте» (12). Функциональная способность – это «все связанные со здоровьем характеристики, которые позволяют людям существовать и делать то, что они считают значимым для них». Данное определение отражает индивидуальную жизнеспособность людей (совокупность всех их физических и психических способностей) и взаимодействие с их особой средой (более широкие детерминанты здоровья, которые накапливаются на этапах жизни и способствуют многообразию сильных и слабых сторон).

Здоровое старение – непрерывный процесс, не определяемый хронологическим возрастом. Несмотря на важность долголетия, здоровое старение, как процесс, должно улучшить траекторию человека по этапам жизненного цикла для раннего достижения высокого уровня возможностей и способностей и максимального замедления их спада. Это также означает, что люди, чья траектория направлена на спад, имеют право на лечение и иные формы оказания помощи и социальной поддержки, без потери своего достоинства. Выходя за рамки этой главы, понимание путей и рассмотрение траекторий должны показать и объяснить неравенства на индивидуальном уровне, в группе и в целом, как внутри одной страны, так и по странам. Поэтому возможностью здорового старения должны быть обеспечены все пожилые люди, а не только те, у кого нет заболеваний или инвалидности, или те, кто выше или ниже порога клинической значимости, и в то же время нужно признать, что потребности и ценности пожилых людей очень разнообразны.

## **Измерение, меры воздействия и мониторинг воздействия**

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья отметила, что директивный орган знает, что со временем ситуация с неравенствами в оказании услуг здравоохранения улучшается при наличии опубликованных данных поступательного «улучшения» и «выравнивания» различий в показателях здоровья (13), означая, что здоровье всех социальных групп улучшается до уровня, близкого к уровню самой обеспеченной социальной группы. Для этого необходимы длительные исследования для оценки неравенства: осталось ли оно неизменным, ухудшилось или улучшилось на протяжении жизни, обращая внимание в целом на неравенства среди социальных, экономических и демографических групп.

В зависимости от модели неравенства и данных о том, что можно сделать, меры политики или программы могут быть направлены на конкретных людей или группы или могут быть общими. Выборочные меры воздействия могут быть направлены на тех, у кого нет возможностей или доступа к эффективным услугам, в то время как соразмерный универсализм предлагает

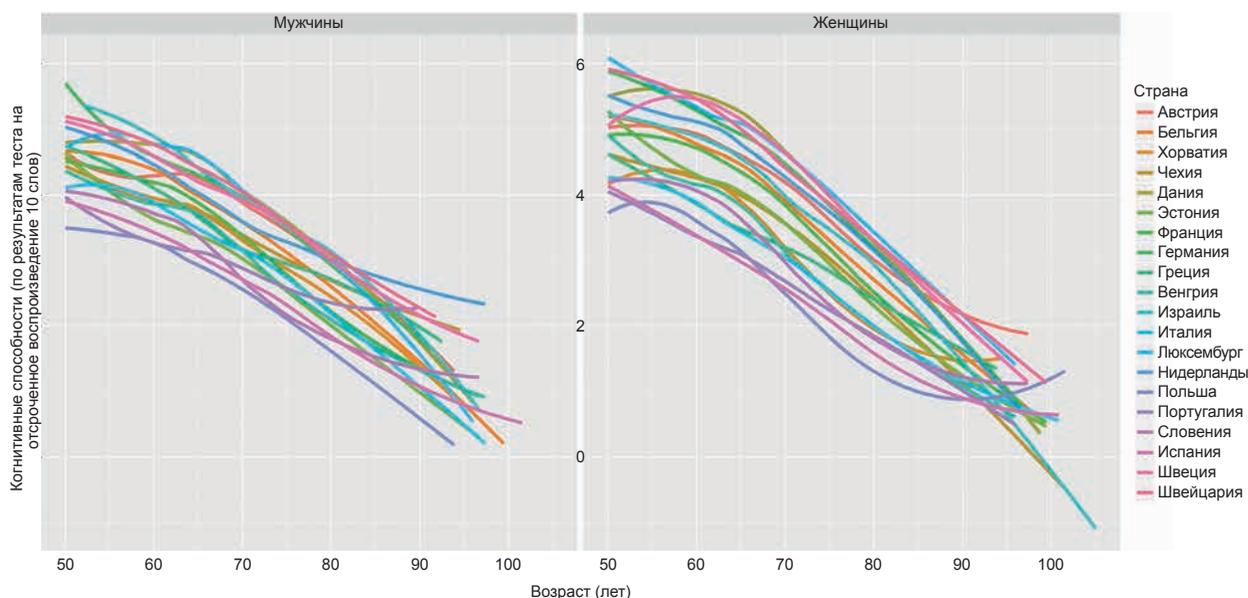
каждому возможность быть вовлеченным, при этом масштаб и интенсивность соразмерны уровню неблагоприятного положения или нужды.

В некоторых случаях общие и целенаправленные услуги сосуществуют, при этом последние отвечают за то, чтобы более ущемленные подгруппы населения не остались незамеченными из-за характерных барьеров, с которыми они могут сталкиваться. Для снижения неравенств в отношении здоровья также необходимо получение исходных сведений до применения особых мер воздействия, после чего должны последовать мониторинг и анализ успешности мер воздействия для здорового старения и справедливости в отношении здоровья. В Европе показатели здорового старения отражают различия по возрасту, полу, стране и финансовому положению домохозяйств, как следует из полученных статистических данных лонгитюдного Обследования здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе (SHARE) в 20 странах.

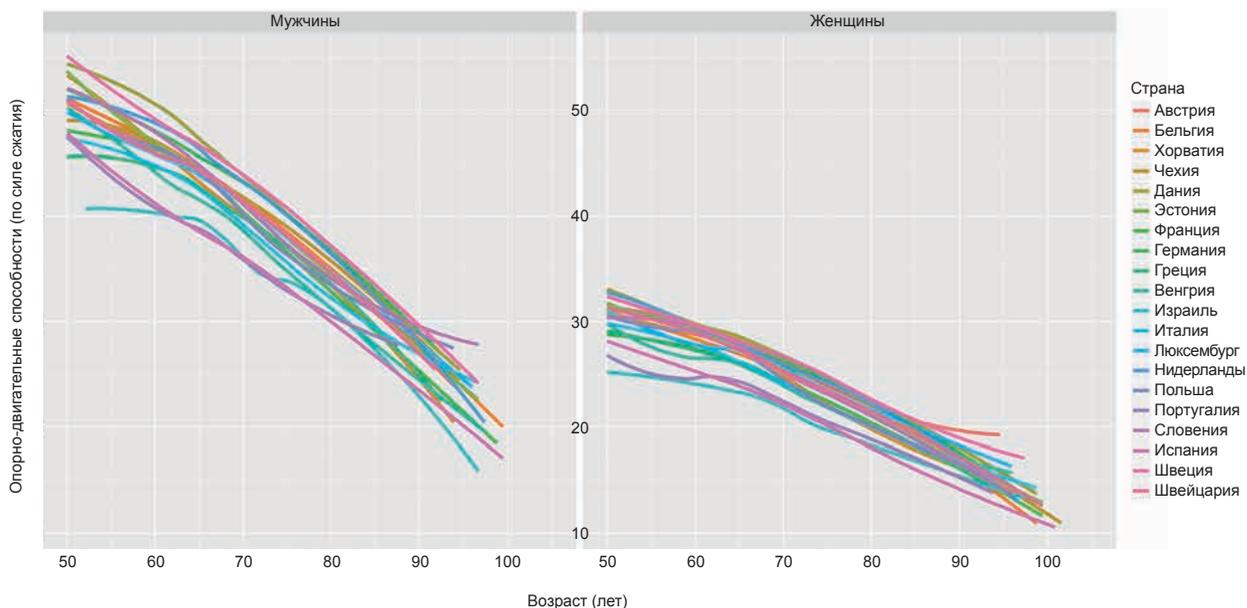
На Рис. 1а–с показаны различия в области здорового старения по возрасту, полу, стране и доходу домохозяйств. В их основе лежат репрезентативные на национальном уровне данные из 20 стран, включенные в более последние раунды (2013–2016) обследования SHARE, в том числе более 120 000 человек в возрасте 50 лет и старше.

На Рис. 1а видно, что женщины всех возрастных групп во всех 20 странах Европы обладают более высокой когнитивной способностью (по оценкам теста на запоминание 10 слов), чем мужчины, но Рис. 1б показывает, что мужчины всех возрастных групп во всех странах обладают более высокой физической способностью (по оценке силы сжатия), чем женщины. Рисунок 1с показывает рост уровня когнитивных способностей в большинстве стран с улучшением финансового положения домохозяйств (по квинтилям), проявляя социальное различие. В анализе использованы перекрестные данные с учетом последствий в зависимости от когорты и возраста. Тем не менее аналогичные социальные различия установлены и по физическим возможностям в зависимости от финансового положения домохозяйств. Различия в уровне образования не показали связи с различиями в когнитивных или физических способностях (не отражено на Рис. 1а–с).

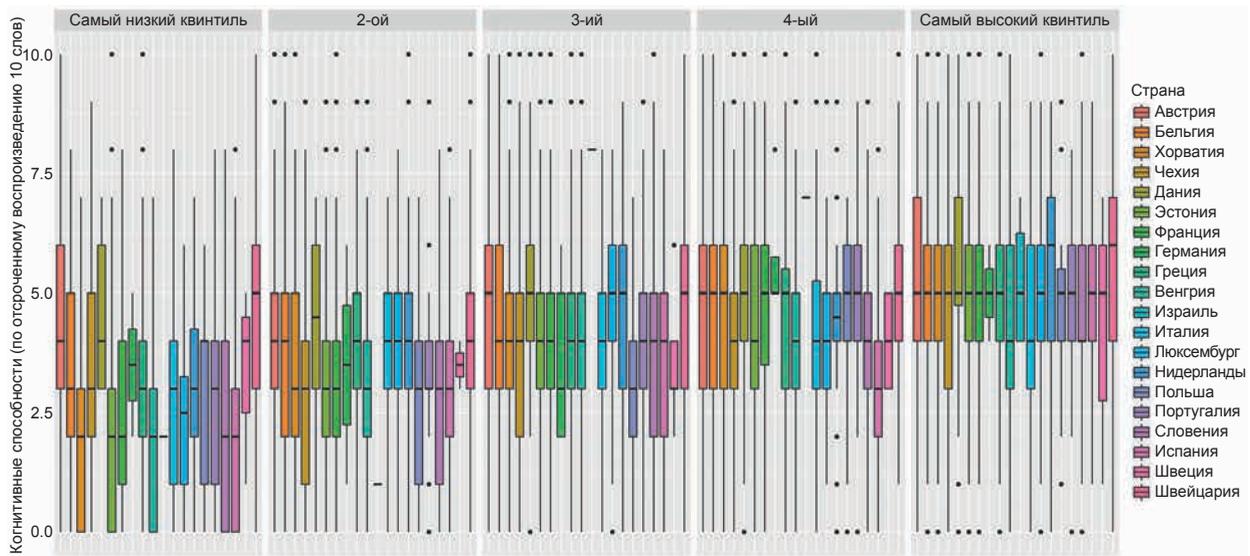
**Рис. 1а. Когнитивные способности в зависимости от возраста и пола в 20 странах Европы, возраст 50 лет и выше, перекрестные данные (2013–2016)**



**Рис. 1б. Физические способности в зависимости от возраста и пола в 20 странах Европы, возраст 50 лет и выше, перекрестные данные (2013–2016)**



**Рис. 1с. Когнитивные способности в зависимости от возраста и финансового положения домохозяйств (квильные группы) в 20 странах Европы, возраст 50 лет и выше, перекрестные данные (2013–2016)**



В соответствии с *Глобальной стратегией и планом действий по проблеме старения и здоровья (14)* ВОЗ в настоящее время обрабатывает с сетью взаимодействующих экспертов, многие из которых из Европейского региона (15), подход к измерению здорового старения, что включает призыв к странам проводить перекрестные и лонгитюдные обследования с участием пожилых людей и подготовку к докладу о состоянии здорового старения в мире, который будет опубликован до 2020 г.

Существует множество детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья, сложных путей и взаимоотношений (см. Kuh et al. (1), Sadana et al. (6) и Bell & Marmot (7)). В

докладе рассматривается подсовокупность в соответствии с тематикой серий по всем этапам жизненного цикла. В частности, Европейская рабочая группа, изучающая фактические данные по социальным детерминантам здоровья и пожилым людям, согласилась, что распределение факторов, ведущих к различиям в показателях здоровья пожилых людей, отражает накопленные неблагоприятное положение, дискриминацию и опыт лежащей в основе несправедливости, а именно в здравоохранении, образовании, социальной сплоченности, гендерной принадлежности, условиях жизни и работы (16). Поэтому в данном докладе рассматриваются следующие детерминанты: услуги здравоохранения; способности человека и сообщества; условия жизни; трудовая занятость и условия работы; доход и социальная защита.

Фактические данные о том, что можно сделать для преодоления этих детерминант, и о воздействии на несправедливость в отношении здоровья тщательно собраны из малоизвестных источников и научных исследований. Для урегулирования детерминант необходимо взаимодействие здравоохранения с другими секторами. Варианты политики и примеры из стран принимаемых мер политики, направленных на улучшение здорового старения и справедливости в отношении здоровья на основе имеющейся литературы, кратко изложены в Таблице 1; но мы не рассматривали обоснованность каждого варианта политики.

Важным ограничением стало то, что большинство литературных источников содержит данные по странам Западной Европы или странам Европейского Союза, в то время как региональная политика по здоровью и благополучию «Здоровье-2020» охватывает 53 государства Европейского региона ВОЗ. В Таблице 2 представлены результаты Доклада о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья, который можно использовать для оценки изменений в каждом направлении политики.

Таблица 1. Краткий обзор вариантов политики и примеров стран из Европейского региона ВОЗ по результатам изучения литературы

Детерминанта несправедливости в отношении здоровья	Примеры из стран
<p><b>Варианты политики по каждой детерминанте</b></p>	
<p><b>Услуги здравоохранения</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Постепенно внедрять всеобщий охват услугами здравоохранения с комплексным и интегрированным предоставлением услуг с учетом потребностей пожилых людей; усиливать механизмы финансовой защиты. Всесторонние услуги здравоохранения включают не только лечение, реабилитацию и паллиативную помощь, но и профилактику и укрепление здоровья, а также снижение факторов риска и скрининг заболеваний; они направлены не только на медицинскую помощь, но и охрану психического здоровья, стоматологию, длительный уход и другие услуги здравоохранения, важные для пожилых людей.</li> <li>Расширять формальный длительный уход на уровне сообщества, включая уход за пожилыми и неизлечимо больными людьми в зависимости от местных потребностей. Оказывать поддержку людям, осуществляющим уход, и семьям в виде финансовой помощи, обучения, помощи в замещении лица, осуществляющего уход, и создания дневных центров, учитывая гендерные аспекты.</li> <li>Внедрять интегрированную помощь для пожилых людей с использованием разработанных руководств (17) и механизмов (18) с беспрепятственным использованием услуг охраны здоровья, длительного ухода, получением вспомогательных средств и социальных услуг в зависимости от необходимости для поддержки «старения на месте».</li> <li>Преодолевать барьеры для доступа к охране здоровья и длительному уходу в сельских и отдаленных территориях посредством мер политики и стимулов для развития и удержания кадров, сотрудничества с сектором транспорта и исследования мобильных ресурсов, таких как телекоммуникации.</li> <li>Улучшать доступность для пожилых людей, имеющих проблемы с подвижностью и со сниженной индивидуальной жизнеспособностью, в учреждениях здравоохранения, включая сооружение пандусов для колясок, предусматривая просторные места для сидения и обучение работников здравоохранения, направленное на улучшение коммуникации с людьми с нарушениями зрения или слуха.</li> </ul>	<p><b>Телеподдержка на дому (муниципалитет Малтепе, Турция)</b> В 2013 г. людям старше 65 лет в рамках государственно-частного партнерства были выданы бесплатные беспроводные устройства для улучшения доступа к информации и услугам здравоохранения и снижения социальной изоляции. По запросу пожилых людей соединяли с центром обслуживания вызовов, который оказывал консультации по профилактике и здоровому образу жизни, был кем-то, с кем можно поговорить, давал направление в экстренные службы, на оказание помощи на дому и услуги здравоохранения (19).</p> <p><b>Многопрофильные команды для пожилых людей на уровне сообщества (Торбей, Соединенное Королевство (Англия))</b> Начиная с 2000 г., людям в возрасте 65 лет и старше, проживающим в сообществе, со сложными потребностями в охране здоровья предоставлялась интегрированная помощь после выписки из больницы с использованием объединенного финансирования из Национальной службы здравоохранения и местного исполнительного органа. Многопрофильные команды предоставляют сестринский уход, реабилитационную, физиотерапевтическую и социальную помощь пожилым людям для поддержки «старения на месте». Улучшился своевременный доступ к длительному уходу в сообществе, при этом сократился уровень госпитализаций и обращений в отделение экстренной помощи, не неся при этом дополнительных затрат (20).</p> <p><b>Программа «Геродент» (Бельгия (Фландрия))</b> Многоэтапная программа оказания стоматологической помощи создана в 2010 г. для обеспечения резидентов домов сестринского ухода равным доступом к стоматологическим услугам. В рамках программы осуществлялись регулярные посещения мобильной группы стоматологов для оказания профилактической и лечебной стоматологической помощи, привлечены консультанты и координаторы по гигиене полости рта, проводится обучение и профессиональная подготовка персонала домов сестринского ухода, и внедрены руководства по гигиене полости рта. По результатам оценки на основе опроса резидентов 21 дома сестринского ухода значительно реже регистрируются случаи кариеса зубов, что сузило разрыв в показателях у этих резидентов со средними показателями в западной Европе. До внедрения программы распространенность нелеченых кариесов постоянных зубов у взрослых, проживающих в домах длительного ухода, составляла 70,5% по сравнению со средним показателем в западной Европе – 35,8%; после внедрения программы распространенность снизилась до 36,5%. Программа также ассоциировалась со сниженной потребностью в установке пломб тем, кто сохранил свои зубы, и снижена доля зубных протезов, нуждающихся в починке, перебазировке или обновлении (21).</p>

Таблица 1 (продолжение)

Детерминанта несправедливости в отношении здоровья	Варианты политики по каждой детерминанте	Примеры из стран
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внедрять или усиливать законодательство по недопущению дискриминации по разным признакам, включая возраст и пол, при предоставлении услуг здравоохранения. Содействовать предоставлению услуг здравоохранения, ориентированных на людей и учитывающих гендерные аспекты и длительный уход.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Привлекать пожилых людей, особенно тех, кто сталкивается с неравноправностью, к формированию, реализации и оценке политики на всех уровнях правительства посредством прямого участия, консультаций или расширения роли гражданского общества в системе управления.</li> <li>• Показывать пожилым людям возможности для социального участия, включая возможность работы на добровольных началах и групповых занятий без дискриминации по возрасту с применением принципов справедливости при устранении барьеров, связанных с расходами, образованием, мобильностью, языком и культурой.</li> <li>• Поддерживать программы сообществ с участием разных поколений.</li> <li>• Выделять места в сообществе, где пожилые люди могут встречаться и общаться, включая центры для людей старшего возраста, общественные парки и клубы. Предоставлять доступ к компьютерам и интернету бесплатно или за небольшую плату, как в клубах и библиотеках.</li> <li>• Улучшать грамотность по вопросам здоровья среди пожилых людей, предоставляя доступ к ресурсам, используя формат коммуникации, удобный для лиц пожилого возраста, учитывая факторы справедливости (включая языковые барьеры) при предоставлении информации по вопросам здоровья и проведению обучения по использованию информационных технологий.</li> <li>• Стимулировать обсуждение в обществе вопросов здорового старения и справедливости в отношении здоровья, развивать механизмы подотчетности, такие как проведение оценки воздействия и индикаторы справедливости.</li> </ul>	<p><b>Предоставление социальной помощи патронажным семьям (Российская Федерация)</b></p> <p>Во многих сельских и отдаленных территориях Российской Федерации патронажные семьи принимают на проживание пожилых людей, совмещая услуги проживания с уходом с оказанием таких услуг, как готовка еды, стирка и медицинская помощь. Это делается для того, чтобы пожилые люди, одинокие и нуждающиеся в уходе, могли дольше оставаться в семейной социальной среде. Патронажные семьи проходят подготовку и получают денежную компенсацию после принятия обязательств по обеспечению ухода за пожилыми людьми, проходят интервью, и оцениваются их жилищные условия (22).</p>
<p><b>Способности человека и сообщества</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Программа реализована в 2002-2004 годах с совместным финансированием из средств Министерства образования, науки и культуры и участвующих местных исполнительных органов; в рамках программы на уровне сообщества женщинам предлагались виды деятельности и услуги по поддержке, включая организацию мест для встреч, программа поддерживала внесение изменений в меры политики и социальные изменения (23).</li> </ul> <p><b>Город для всех возрастов (Эдинбург, Соединенное Королевство (Шотландия))</b></p> <p>Создана устойчивая структура для активного участия пожилых людей с разной этнической принадлежностью в планировании, реализации и оценке этой программы, которая служит долгосрочным планом для пожилых людей, проживающих в Эдинбурге (23).</p> <p><b>Центры взаимодействия разных поколений II (Германия)</b></p> <p>В 2012 г. Министерством по делам семьи, пожилых граждан, женщин и молодежи профинансировано 450 центров взаимодействия разных поколений для социально изолированных пожилых людей с молодыми семьями, нуждающимися в поддержке. Каждый такой центр уникален и осуществляет разные виды деятельности, например, помощь в выполнении домашних заданий для школьников и «международные посиделки на кухне» для людей разных национальностей (24).</p>	<p><b>Программа «Спелые яблоки» (Австрия)</b></p> <p>Программа реализована в 2002-2004 годах с совместным финансированием из средств Министерства образования, науки и культуры и участвующих местных исполнительных органов; в рамках программы на уровне сообщества женщинам предлагались виды деятельности и услуги по поддержке, включая организацию мест для встреч, программа поддерживала внесение изменений в меры политики и социальные изменения (23).</p> <p><b>Город для всех возрастов (Эдинбург, Соединенное Королевство (Шотландия))</b></p> <p>Создана устойчивая структура для активного участия пожилых людей с разной этнической принадлежностью в планировании, реализации и оценке этой программы, которая служит долгосрочным планом для пожилых людей, проживающих в Эдинбурге (23).</p> <p><b>Центры взаимодействия разных поколений II (Германия)</b></p> <p>В 2012 г. Министерством по делам семьи, пожилых граждан, женщин и молодежи профинансировано 450 центров взаимодействия разных поколений для социально изолированных пожилых людей с молодыми семьями, нуждающимися в поддержке. Каждый такой центр уникален и осуществляет разные виды деятельности, например, помощь в выполнении домашних заданий для школьников и «международные посиделки на кухне» для людей разных национальностей (24).</p>	<p><b>Программа «Спелые яблоки» (Австрия)</b></p> <p>Программа реализована в 2002-2004 годах с совместным финансированием из средств Министерства образования, науки и культуры и участвующих местных исполнительных органов; в рамках программы на уровне сообщества женщинам предлагались виды деятельности и услуги по поддержке, включая организацию мест для встреч, программа поддерживала внесение изменений в меры политики и социальные изменения (23).</p> <p><b>Город для всех возрастов (Эдинбург, Соединенное Королевство (Шотландия))</b></p> <p>Создана устойчивая структура для активного участия пожилых людей с разной этнической принадлежностью в планировании, реализации и оценке этой программы, которая служит долгосрочным планом для пожилых людей, проживающих в Эдинбурге (23).</p> <p><b>Центры взаимодействия разных поколений II (Германия)</b></p> <p>В 2012 г. Министерством по делам семьи, пожилых граждан, женщин и молодежи профинансировано 450 центров взаимодействия разных поколений для социально изолированных пожилых людей с молодыми семьями, нуждающимися в поддержке. Каждый такой центр уникален и осуществляет разные виды деятельности, например, помощь в выполнении домашних заданий для школьников и «международные посиделки на кухне» для людей разных национальностей (24).</p>
<p><b>Условия жизни</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Внедрять меры политики, поддерживающие равноправный доступ к качественному и доступному жилью для пожилых людей, усиливать правовую защищенность права проживания и владения для всех и защиту граждан от незаконного выселения, поддерживать политику «Сначала жилье» для решения проблем с бездомностью в пожилом возрасте.</li> </ul>	<p><b>Субсидии на ремонт для пожилых людей (Дьер, Венгрия)</b></p> <p>Местный исполнительный орган создал специальный фонд, позволяющий пожилым людям подавать заявки на получение средств на ремонт дома согласно руководству WELHOPS, направленный на прямые бытовые и жилищные потребности в дополнение к качеству безопасности окружающей среды (14).</p>	<p><b>Субсидии на ремонт для пожилых людей (Дьер, Венгрия)</b></p> <p>Местный исполнительный орган создал специальный фонд, позволяющий пожилым людям подавать заявки на получение средств на ремонт дома согласно руководству WELHOPS, направленный на прямые бытовые и жилищные потребности в дополнение к качеству безопасности окружающей среды (14).</p>

Таблица 1 (продолжение)

<p>Детерминанта несправедливости в отношении здоровья</p>	<p>Варианты политики по каждой детерминанте</p>	<p>Примеры из стран</p>
<p><b>Трудовая занятость и условия работы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Разрабатывать активную политику рынка труда для содействия доступу к трудовой занятости среди пожилых людей за счет предоставления налоговых скидок и льгот для стимулирования найма, учитывать факторы равноправности при формировании политики, такие как гибкий предусмотренный законодательством возраст выхода на пенсию и пенсионный возраст в зависимости от вида деятельности и продолжительности жизни разных групп.</li> <li>• Поддерживать занятость в старшем возрасте за счет предоставления благоприятных условий работы такими мерами, как гибкий график, вовлечение социальных партнеров: профсоюзы, неправительственные организации и организации работодателей.</li> <li>• Разработать комплексную стратегию по вопросам дискриминации в трудовой занятости. Законодательно предусмотреть недопущение дискриминации по возрасту, полу и другим форм дискриминации в трудовой занятости.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Содействовать санитарии, тепло- и топливной эффективности в доме, помогать с ремонтом, содержанием, оценкой и переоборудованием в доме за счет таких мер, как минимальные стандарты и жилищные субсидии.</li> <li>• Стать сообществом, удобным для любого возраста на основе руководств (19) и инструментов (25), учиться на опыте городов и сообществ, комфортных для людей любого возраста (26). Оценивать комфортность сообщества для пожилых и применять принципы справедливости (12).</li> <li>• Развивать антропогенную среду с учетом принципов справедливости, включая модели землепользования и дизайн местности, способствующие физической активности для всех, универсальное городское планирование и экономически и физически доступный общественный и специализированный транспорт в сообществе. Повышать равноправность через программы модернизации жилых кварталов.</li> <li>• Повышать продовольственную безопасность для пожилых людей путем введения фискальных мер политики, улучшающих доступность здорового и устойчивого выбора продуктов питания, представляя продовольственные субсидии и не подвергая ответственному порицанию «продуктовые банки», содействуя среде здорового питания за счет надлежащего городского планирования.</li> <li>• Усиливать меры по сокращению выбросов и воздействия загрязнения воздуха на уязвимые группы, такие как пожилые люди, особенно тех, у кого есть хронические заболевания или людей с более низким социально-экономическим статусом, посредством образования и коммуникации.</li> </ul>	<p><b>Италия</b> В 2012 г. введены финансовые стимулы с целью повышения занятости работников старшего возраста из социально неблагополучных районов страны. Так, работодателям лиц старшего возраста были предоставлены льготы по зарплате и социальным взносам (27).</p> <p><b>Австрия</b> В 2011 г. была разработана национальная стратегия обучения в течение всей жизни для создания в стране сети услуг по обучению и образованию для лиц старшего возраста в своих сообществах. Стратегия призвана помочь пожилым работникам поддерживать свои профессиональные навыки и иметь доступ к обучению и образованию, поддерживая при этом рабочую среду, содействующую обучению (27).</p>
<p><b>Автобусы Softline (Стокгольм, Швеция)</b> Автобусы проходили по жилым районам, где много пожилых людей, соединяя эти районы с центральными пунктами, такими как аптеки, продовольственные службы и банки. Вместо заранее спланированных остановок автобусы останавливались там, где люди на улице подавали знак рукой (23).</p>		

Таблица 1 (продолжение)

Детерминанта несправедливости в отношении здоровья	Варианты политики по каждой детерминанте	Примеры из стран
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддерживать проведение обучения, консультирования по вопросам профессиональной деятельности и внедрять программы трудовой занятости для пожилых работников с целью обеспечения людей с любым уровнем образования доступом к инклюзивным рынкам труда на условиях равноправности.</li> <li>• Предусматривать меры политики и программы по гигиене труда и технике безопасности для всех работников, включая людей старшего возраста и неформальных работников. Определять вклад неформальной неоплачиваемой работы в экономику, учитывая его в подведомственных расчетах.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сочетать государственные накопительные и ненакопительные пенсионные программы, предусмотренные законодательством, и внедрять минимальные уровни пособий и механизмы индексации для обеспечения соответствующего размера пособий и охвата.</li> <li>• Охватить накопительными пенсионными программами ранее неохваченных работников, в том числе неформальных работников, признать оплачиваемые и неоплачиваемые взносы как поставщиков услуг по осуществлению ухода, и сократить барьеры к присоединению к пенсионным программам, исходя из уровня доходов.</li> <li>• Обеспечить всеобщий охват государственным ненакопительными пенсиями, которые позволят поддерживать уровень жизни.</li> <li>• Рассмотреть механизмы перераспределения в пенсионных фондах для учета различий в прошлых доходах, включая применение повышенных ставок замещения для лиц с низкими доходами от работы.</li> <li>• Обеспечивать пенсиями по утере кормильца с минимальным уровнем и благоприятной индексацией для сокращения гендерной неравновесности. Сравнять пенсионный возраст мужчин и женщин.</li> <li>• Разработать меры политики и многосторонние соглашения для возможности сохранения и перевода пенсий.</li> <li>• Обеспечить доступность финансируемых государством медицинских и социальных услуг, включая охрану здоровья, длительный уход, жилье, санитарию, обеспечение продовольствием и службы трудовой занятости.</li> </ul>	<p><b>Кипр</b></p> <p>Пенсионная система на Кипре включает накопительный и ненакопительный компоненты. Последний, называемый Социальным пенсионным фондом, обеспечивает жителей в возрасте 65 лет и старше, которые не участвовали на рынке труда, пенсиями независимо от нуждаемости; 95% получателей - женщины. В ходе пенсионной реформы 2009 года увеличены пенсии для домохозяйств с доходами ниже уровня бедности и домохозяйств, где хотя бы один житель получал пенсию из Социального пенсионного фонда или других пенсионных фондов. Для домохозяйств с относительно низким доходом размер пенсии был увеличен больше. Проведенная пенсионная реформа позволила снизить уровень бедности и неравенство в доходах, как следует из коэффициента Джини среди пожилых людей (28).</p>

**Таблица 2. Потенциальные показатели из Доклада о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья для оценки воздействия по каждому направлению политики**

Услуги здравоохранения	Возможности человека и сообщества	Условия жизни	Трудовая занятость и условия работы	Доход и социальная защита
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Скрининг (рак шейки матки)</li> <li>• Доля людей с пролеченной гипертонией</li> <li>• Доля людей с пролеченным диабетом</li> <li>• Предотвратимая госпитализация на 100 000 населения</li> <li>• Расходы из собственных средств</li> <li>• Расходы из собственных средств, доводящие до бедности</li> <li>• Катастрофические расходы из собственных средств</li> <li>• Неудовлетворенные потребности в охране здоровья по сообщениям людей</li> <li>• Люди, неформально оказывающие уход или помощь не менее раза в неделю</li> <li>• Качество в здравоохранении по собственным оценкам</li> <li>• Меры политики, защищающие права мигрантов, не являющихся гражданами, на услуги здравоохранения в стране</li> <li>• Разработка формулы выделения ресурсов на здравоохранение на субнациональном уровне</li> <li>• Курение</li> <li>• Употребление алкоголя (регулярное и запойное)</li> <li>• Ожирение/излишний вес</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Свобода выбора и контроль собственной жизни</li> <li>• Равноправное лечение по закону и отсутствие дискриминации</li> <li>• Ощущаемая способность влияния на политику</li> <li>• Уровень грамотности среди взрослых</li> <li>• Уровень охвата формальным и неформальным образованием и обучением</li> <li>• Участие в деятельности на общественных началах</li> <li>• Регулярность встреч с друзьями, родственниками или коллегами для общения</li> <li>• Люди, которым есть к кому обратиться за помощью</li> <li>• Доверие к другим</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невозможность должным образом обогревать свой дом</li> <li>• Нехватка продовольствия</li> <li>• Плотность пунктов быстрого питания с разбивкой по неблагоприятным районам</li> <li>• Доля населения, имеющего удобный доступ к общественному транспорту</li> <li>• Перенаселенность жилища</li> <li>• Доля домохозяйств, получающих жилищные пособия</li> <li>• Острая нехватка жилья</li> <li>• Чрезмерность затрат на жилье</li> <li>• Государственные расходы на жилье и благоустройство, как доля валового внутреннего продукта (ВВП)</li> <li>• Законные права, защищающие гарантии владения и пользования жильем/имущественные права</li> <li>• Смертность и годы жизни, утраченные в результате инвалидности, по причине небезопасной санитарии</li> <li>• Ненадлежащее снабжение питьевой водой/улучшенной санитарией</li> <li>• Удовлетворенность жилой средой</li> <li>• Содействие самостоятельному проживанию</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доля труда в ВВП (зарплата и выплаты на социальную защиту)</li> <li>• Рабочая нагрузка</li> <li>• Несчастные случаи на рабочем месте</li> <li>• Занятость людей с инвалидностью</li> <li>• Доля людей, осуществляющих уход за больными/ нетрудоспособными родственниками/ друзьями</li> <li>• Несколько раз в неделю</li> <li>• Уровень экономической активности</li> <li>• Средняя зарплата /доход</li> <li>• Индекс профессиональных навыков и свободы действий</li> <li>• Доля работников, работающих более 40 часов в неделю</li> <li>• Выплата при сокращении на уровне двух лет занятия должности, в месяцах</li> <li>• Безработица</li> <li>• Государственные расходы на программы рынка труда, как доля ВВП/участники программ рынка труда на 100 нуждающихся в работе</li> <li>• Отнесенные к какой-либо категории, см. выше (участники программ для рынка труда на 100 нуждающихся в работе)</li> <li>• Потеря дохода из-за перехода на пособия по безработице, как доля ранее получаемых доходов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уровень бедности</li> <li>• Показатель неравенства доходов (Джинни)</li> <li>• Государственные расходы на социальные выплаты и услуги, кроме здравоохранения</li> <li>• Коэффициент замещения в пенсионном обеспечении (по полу и социально-экономическому положению)</li> <li>• Доля людей, старше предусмотренного законодательством пенсионного возраста, получающих пенсию (по полу и социально-экономическому положению)</li> <li>• Финансовая устойчивость</li> <li>• Устойчивость государственных услуг</li> <li>• Социальная справедливость и права</li> <li>• Расходы на социальную защиту</li> <li>• Охват, распределение пособий и достаточность программ социальной помощи</li> <li>• Ратификация конвенции Международной организации труда по вопросам социальной защиты, по программам</li> </ul>

Таблица 2 (продолжение)

Услуги здравоохранения	Возможности человека и сообщества	Условия жизни	Трудовая занятость и условия работы	Доход и социальная защита
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Смертность и годы жизни, утраченные в результате инвалидности, по причине загрязнения воздуха</li> <li>Доля сообщающих о загрязнении /саже/других проблемах окружающей среды</li> <li>Жертвы дорожно-транспортных происшествий</li> <li>Чувство безопасности/защиты в районе проживания</li> <li>Доступ к зеленому пространству</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Доля безработных, получающих пособия по безработице</li> <li>Доля временных работников</li> <li>Предусмотренная законодательством минимальная месячная зарплата до уплаты налогов относительно среднемесячной зарплаты</li> <li>Охват коллективными договорами (%)</li> <li>Среднее количество инспекторов по охране труда на 10 000 работников</li> <li>Нарушения здоровья, связанные с работой, по сообщениям работников</li> <li>Смертность и годы жизни, утраченные в результате инвалидности, по причине, связанной с родом занятий</li> </ul>	

## Здоровье и услуги здравоохранения

Традиционно считается, что для многих людей потребности в охране здоровья со временем становятся более комплексными и приобретают с возрастом хронический характер. В 2015 году у 61% населения Европейского Союза в возрасте 65 лет и старше было хотя бы одно длительное заболевание или нарушение здоровья (29). На пять хронических неинфекционных заболеваний – сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, хронические заболевания органов дыхания и психические расстройства – приходится 77% бремени заболеваний и 86% случаев смерти в Европейском регионе ВОЗ (30). Меры первичной профилактики, направленные на образ жизни и прочие факторы риска неинфекционных заболеваний, т.е. отказ от курения, увеличение физической активности и снижение потребления алкоголя, положительно влияют на здоровье в старшем возрасте; а меры вторичной профилактики, включая скрининг на наличие раковых заболеваний, эффективны для предотвращения смертности (30). Но профилактические услуги здравоохранения, направленные на пожилых людей, часто ограничены и не скоординированы (31).

В данной главе рассматриваются способы внедрения подхода, в центре которого – потребности человека, и увеличения доступа к услугам здравоохранения и социальной помощи. В последующих главах рассматривается: насколько более широкие межотраслевые меры воздействия способствуют созданию среды, комфортной для всех возрастов, и улучшению способностей и возможностей для пожилых людей.

Пожилой возраст часто сопровождается снижением индивидуальной жизнеспособности (12), совокупности всех физических и психических способностей человека (см. перекрестные оценки физического и когнитивного функционирования в зависимости от возраста и пола в 20 странах Европы на Рисунках 1а и б). В мире потеря слуха, проблемы со зрением и остеоартрит больше всего способствуют снижению индивидуальной жизнеспособности, в Европейском регионе деменцией страдают около 10 миллионов человек, и предполагается, что их число увеличится вдвое до 2030 г. (32). Зависимостью от посторонней помощи, как результат серьезного спада индивидуальной жизнеспособности, является неспособность выполнять хотя бы одно из действий в повседневной жизни: одеваться, есть, купаться или принимать душ, передвигаться по комнате, ложиться и вставать с кровати, пользоваться туалетом (12). Функциональная способность или способность существовать и делать что-то значимое для пожилых людей определяется индивидуальной жизнеспособностью и взаимодействием с широкой социальной, экономической и физической средой.

Люди, зависимые от посторонней помощи, нуждаются в медицинской и социальной помощи, которую им обычно оказывают системы длительного ухода на дому, в сообществах или, в случае необходимости, в учреждениях, где они проживают. «Старение на месте» или проживание дома в сообществе с некоторой долей самостоятельности – то, что предпочитают пожилые европейцы, и что приносит определенную социальную, психологическую и финансовую пользу. Для поддержания такого желания необходимо улучшить доступность и ориентированность на потребности человека при оказании длительного ухода на дому, в сообществе или дневных центрах (33).

Длительный уход в Европе обеспечивают преимущественно неоплачиваемые лица, осуществляющие уход, особенно женщины (34). Несмотря на то, что большая часть формального длительного ухода предоставляется в сообществе, в финансировании, предоставлении и организации этой услуги существуют большие различия (35). Услуги здравоохранения, длительный уход и социальные услуги часто организованы разобщенно с ограниченной

координацией, даже в странах с высоким уровнем доходов, что приводит к дополнительным затратам для пожилых людей и для системы и снижению удовлетворенности получаемой помощью (12,36).

## Фактические данные

Одним из сильнейших барьеров для пожилых людей при доступе к услугам здравоохранения являются расходы из собственных средств, как результат отсутствия финансовой защиты (29). Финансовое бремя вследствие оплаты за услуги здравоохранения, выраженное в катастрофических расходах, обеднении и необходимости заимствования денег, тяжелее для домохозяйств, где проживают люди в возрасте 50 и более лет, в шести странах, в том числе в Российской Федерации (37). Благополучие определяет обращение за медицинской помощью в странах, где не предусмотрен всеобщий охват услугами здравоохранения, и многие пожилые люди не обращаются за профилактической помощью и даже лечением, поскольку у них есть более важные базовые потребности (38). Пожилые жители Европы часто вынуждены платить из собственных средств за услуги по охране здоровья и длительного ухода (39). Люди старшего возраста с более высоким социально-экономическим статусом в нескольких странах чаще обращаются за медицинской, стоматологической помощью и к узким специалистам (40). Даже в некоторых самых обеспеченных странах Европы пожилые люди, страдающие от хронических заболеваний, несут катастрофические расходы на охрану здоровья (41).

Доступ к длительному уходу определяется не только потребностью, но и уровнем благополучия. Несмотря на отсутствие убедительных выводов в литературных источниках, неравенство в пользу богатых наблюдается в отношении оплачиваемых услуг по уходу на дому в Европе (42). Неудовлетворенные потребности в получении помощи среди пожилых людей в шести странах Европы оказались особенно высокими там, где уровень пользования государственными услугами низкий (43). Более активное участие государства в улучшении состояния длительного ухода соотносится с улучшением справедливости при доступе к услугам. Польза государственного финансирования также была продемонстрирована при оказании помощи в конце жизни, как одному из элементов длительного ухода. Согласно исследованию в 16 странах Европы и Израиле, где государственные расходы на длительный уход выше, помощь в конце жизни в амбулаторных условиях использовалась чаще, а количество госпитализаций сократилось (44).

Более плохие показатели здоровья вместе с ухудшенным доступом к услугам здравоохранения с большей вероятностью покажут малоимущие социальные группы. Пожилые люди в Европе, менее состоятельные и менее образованные, с большей вероятностью умрут и будут иметь слабое здоровье, функциональные ограничения и проблемы со слухом, зрением и жеванием (45–47). Большие различия наблюдаются по социально-экономическому положению в отношении заболеваний и факторов риска основных причин низкого качества жизни в странах Европейского Союза (45).

Вероятность проблем с расходами, связанными с доступом к услугам здравоохранения и длительному уходу, особенно актуальна для пожилых женщин. Женщины с большей вероятностью окажутся в стесненном положении из-за накопления гендерных неравенств на рынке труда в течение жизни; разница в глубине материальных лишений между мужчинами и женщинами в Европе самая большая среди людей старше 65 лет (48). В то же время у пожилых женщин больше потребностей в услугах здравоохранения; они живут дольше мужчин в каждой стране Европейского региона (49) и больше времени, будучи нездоровыми (50) (Рисунок 2). Поскольку они живут дольше своих супругов, пожилые женщины, возможно, не всегда получают поддержку в виде посторонней помощи и нуждаются в формальной поддержке по

длительному уходу. С другой стороны, поскольку смертность в возрасте 30-70 лет выше среди мужчин, необходимо решать проблемы с такими факторами как недостаточное обращение за медицинской помощью и поведение, сопряженное с рисками для здоровья, среди пожилых мужчин (51).

Проживание в сельской местности или в отдаленных территориях также может быть барьером для доступа к услугам здравоохранения. Пожилые люди, проживающие на таких территориях, особенно люди с ограниченной подвижностью, могут сталкиваться с трудностями, связанными с проездом, так как службы здравоохранения находятся в основном в городах (36). Работников здравоохранения, обученных работе с пожилыми людьми, особенно не хватает в сельских и отдаленных районах. Также среди барьеров отмечены отсутствие организаций здравоохранения, приспособленных под пожилых людей со сниженными физическими способностями; это означает, что им приходится много времени проводить в ожидании, иметь ограниченный доступ к туалетам или вообще его не иметь, а также сталкиваться с ненадлежащей передачей информации поставщиками услуг людям с нарушениями зрения или слуха. Наряду с пренебрежением неграмотностью в отношении здоровья дискриминационные представления о пожилых у медицинских работников также могут ограничивать доступ к услугам.

## Меры политики

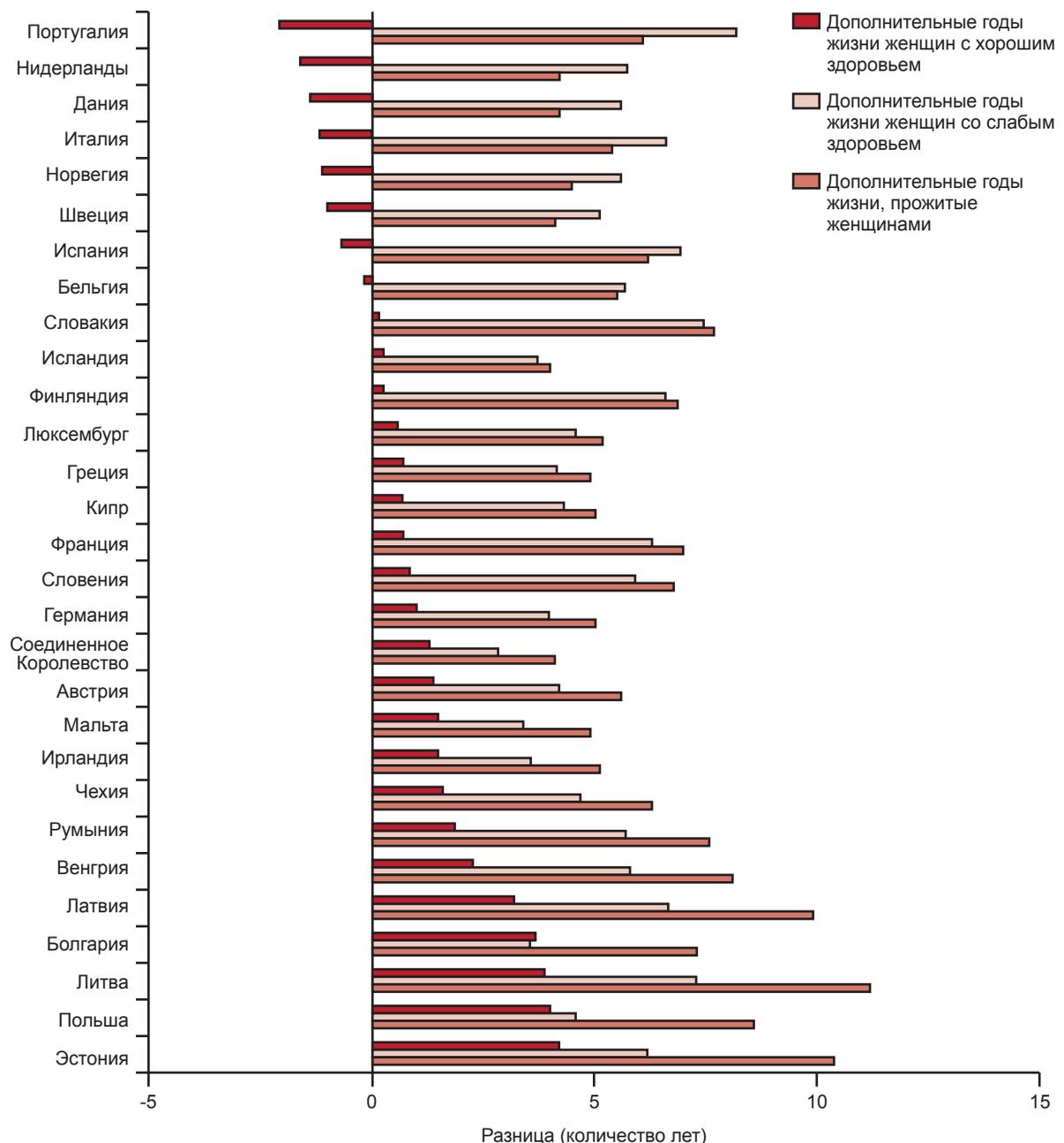
Для улучшения услуг здравоохранения для пожилых людей странам необходимо:

- активнее внедрять всеобщий охват услугами здравоохранения, при этом комплексные и интегрированные услуги должны учитывать потребности пожилых людей; усиливать механизмы финансовой защиты (52): комплексные услуги здравоохранения включают не только лечение, реабилитацию и паллиативную помощь, но и профилактику и укрепление здоровья, в том числе сокращение факторов риска и проведение скринингов на выявление заболеваний, при этом внимание должно уделяться не только медицинской помощи, но и охране психического здоровья, гигиене полости рта, длительному уходу и другим услугам здравоохранения, важным для пожилых людей, включая устройства и приспособления, поддерживающие осуществление функций;
- расширять формальный длительный уход на уровне сообщества, включая помощь в конце жизни на основе местных потребностей;
- оказывать поддержку лицам, осуществляющим уход, и семьям такими мерами, как финансовая помощь, обучение, обеспечение временного ухода на период отдыха лиц, обычно осуществляющих уход, и дневные центры, принимая во внимание гендерные аспекты (см. главы “Здоровье, занятость и условия работы” и “Здоровье, доход и социальная защита”);
- внедрять интегрированную помощь пожилым людям на основе существующих руководств (17) и механизмов (18) с беспрепятственным пользованием охраной здоровья, длительным уходом, предоставлением технических вспомогательных средств и социальных услуг в зависимости от потребности в поддержке «старения на месте»;
- устранять барьеры для доступа к здравоохранению и длительному уходу в сельской местности и отдаленных районах посредством мер политики и стимулов для развития и удержания кадров, взаимодействия с транспортным сектором и исследования мобильных ресурсов, таких как телекоммуникация;
- улучшать доступность для пожилых людей, имеющих проблемы с подвижностью и сниженной индивидуальной жизнеспособностью, в учреждениях здравоохранения,

включая сооружение пандусов для колясок, предусматривая просторные места для сидения и обучение работников здравоохранения, направленное на улучшение коммуникации с людьми с нарушениями зрения или слуха;

- внедрять или усиливать законодательство по недопущению дискриминации, в том числе по возрасту и полу, в предоставлении услуг здравоохранения; и
- содействовать предоставлению услуг здравоохранения, ориентированных на людей и учитывающих гендерные аспекты и длительный уход.

**Рисунок 2. Различия в количестве здоровых лет жизни, количестве лет с проблемами здоровья и ожидаемой продолжительности жизни при рождении между женщинами и мужчинами в некоторых странах Европы в 2012 г.**



Источник: Marmot et al. (50). Перепечатано из журнала The Lancet, 15, 380, Michael Marmot, Jessica Allen, Ruth Bell, Ellen Bloomer, Peter Goldblatt, WHO European review of social determinants of health and the health divide, 1011–1129, © 2012, с разрешения Elsevier.

## Обязательства государств

Государства взяли на себя обязательства по исполнению следующих резолюций и инициатив:

- Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA69.11 по вопросам здоровья в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (53);
- Аддис-Абебская программа действий (54);
- Шестьдесят пятая сессия Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций: здоровье и внешняя политика (резолюция по всеобщему охвату услугами здравоохранения) (55);
- *Стратегия и план действий по вопросам здорового старения в Европе на 2012–2020 годы* (56);
- *Глобальная стратегия и план действий по проблеме старения и здоровья на 2016–2020 годы*, утвержденные резолюцией 69.3 Всемирной ассамблеи здравоохранения (14);
- Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья (57);
- Заключение Совета об устранении разрывов по показателям здоровья в ЕС посредством осуществления согласованных действий по пропаганде здорового образа жизни (58);
- Аделаидское заявление по учету интересов здоровья во всех направлениях политики (59);
- Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA 62.14 об уменьшении несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья (60); и
- Сообщение Комиссии Европейскому парламенту, Совету, Европейскому экономическому и социальному комитету и Комитету по делам регионов – солидарность в отношении здоровья: снижение неравенства в отношении здоровья в ЕС (61).

## Заинтересованные стороны и партнеры

К заинтересованным сторонам и партнерам относятся:

- организации здравоохранения, местные учреждения, организации по осуществлению длительного ухода и ухода на дому;
- организации по вопросам жилья, местного планирования и транспорта (для поддержки удобства доступа к услугам здравоохранения и длительного уходу и обеспечения «старения на месте»);
- разные уровни исполнительных органов, в том числе городов и населенных пунктов (для улучшения предоставления и финансирования услуг здравоохранения, создания мер государственной политики по охране здоровья, которые снижают факторы риска, такие как курение, употребление алкоголя и нездоровое питание, и увеличивают возможности для выбора в пользу здоровья и здорового образа жизни для людей всех социально-экономических слоев);
- учебные и исследовательские учреждения (для поддержки оценки и исследований); и
- партнерства бизнеса и государственно-частные партнерства (для стимулирования инноваций, а также проектирования продуктов и окружающей среды населенного пункта, содействующих «старению на месте»).

## Здоровье, способности человека и сообщества

Понимание потребностей, обеспокоенности и мнений социально отчужденных или иным образом уязвимых групп необходимо для улучшения справедливости в отношении здоровья. Также необходимы фактические данные, чтобы понимать, что помогает выстроить инклюзивные процессы и целенаправленные меры воздействия, не допускающие непреднамеренного ухудшения неравноправности (62). Развитие способностей сообщества и человека позволяет вовлекать людей, испытывающих несправедливость, и формировать более эффективные, обоснованные и приемлемые меры государственной политики, повышающие справедливость.

### Фактические данные

Механизмы вовлечения пожилых людей, испытывающих несправедливость, могут дать им возможность внести вклад в государственную политику, которая влияет на их здоровье, развивая способности сообщества в процессе (62). Прямое участие пожилых людей, особенно пожилых женщин, в формировании политики редко является нормой несмотря на то, что пожилые люди (в возрасте до 75 лет) активнее участвуют в жизни сообщества и общества в форме участия в голосовании по сравнению с молодыми людьми (23,63). Совместное производство по всем социальным и экономическим слоям расширяет возможности людей в интересующем их сообществе для определения проблем и поиска решений. Посредники, такие как организации гражданского общества и официальные советы пожилых людей, могут вовлекать людей старшего возраста, повышая фактическое и эффективное участие (19). Как видно из опроса государственных органов в 25 странах Европы, инклюзивное формирование политики повысило доверие к государству, исполнение принятых решений и результаты с меньшими затратами (64).

Личные способности можно улучшить за счет социализации, повышающей самооценку и мотивацию среди пожилых людей и расширяющей их права и возможности делать то, что значимо именно для них (65,66). Социализация может происходить через работу на общественных началах, вовлечение в учреждения сообщества и управление в государственных учреждениях (вопросы трудоустройства обсуждаются отдельно в главе “Здоровье, занятость и условия работы”). Около 9% людей (от 1% до 21%) в возрасте 55 лет и старше в Европейском Союзе сообщили о работе на общественных началах не менее раза в неделю (19).

Работа на добровольных началах помогает улучшить психологическое благополучие, повысить удовлетворенность жизнью и оценки собственного здоровья, а также снизить изоляцию от общества, являющуюся известным фактором риска преждевременной смертности и функциональных нарушений (23,67). Так, работа на общественных началах и иная социализация или иной приемлемый в культурном отношении вклад особенно полезны каждому третьему одинокому европейцу в возрасте 65 лет и старше (в основном женщинам) (27). Работа пожилых людей на общественных началах также приносит пользу сообществу и позволяет вести диалог с участием нескольких поколений и учиться. Но существует и несправедливость: люди в возрасте 80 лет и старше и те, у кого низкий уровень образования, к примеру, не могут активно участвовать в работе на добровольных началах (68). Пожилые люди с ограниченной подвижностью или индивидуальной жизнеспособностью, имеющие языковые или культурные барьеры, также с меньшей долей вероятности будут принимать участие. Не каждый пожилой человек захочет работать на добровольных началах, и такой выбор человека нужно уважать.

Помимо социализации и участия в жизни общества к социальной среде, содействующей способностям человека, также относятся социальная интеграция и недопущение дискриминации (67). Сообщества, в котором комфортно людям любого возраста, стремятся улучшить социальные связи (69). Социальные сети улучшают устойчивость адаптации, субъективное благополучие и удовлетворенность жизнью среди пожилых европейцев (70–72). Межпоколенческие программы особым образом способствуют уменьшению одиночества и улучшению здоровья по собственным ощущениям и самооценке среди пожилых людей, а также улучшению восприятия пожилых людей детьми (73).

Способности человека также могут поддерживаться грамотностью в вопросах здоровья и социальной грамотностью (62). Грамотность можно определить как обладание знаниями, навыками, пониманием и уверенностью в контроле собственной жизни. Пожилые люди с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья с меньшей долей вероятности будут ратовать за свое здоровье. Согласно обследованию в восьми странах Европы уровень грамотности в вопросах здоровья у 61% людей в возрасте 76 лет и старше был меньше по сравнению с 47% населения в целом (74). Такая несоразмерность еще больше усугубляется вызовом для некоторых пожилых людей в виде информационной технологии, становящейся все более распространенным каналом информации о здоровье (75). Кроме того, люди низкого социального положения, с низким уровнем доходов и образования намного больше ограничены или имеют меньше важных навыков грамотности в вопросах здоровья по сравнению с населением в целом. Социальная мобилизация станет возможной при устранении неравноправности в вопросах грамотности и уменьшении различий в возможности ухода за собой, принятии решений по вопросам здоровья и доступе к услугам здравоохранения (74, 76).

## Меры политики

Для улучшения способностей человека и сообщества странам необходимо:

- вовлекать пожилых людей, особенно тех, кто сталкивается с несправедливостью, в формирование, исполнение и оценку политики на всех уровнях государственного управления за счет прямого участия, консультаций или расширения роли гражданского общества в механизмах управления;
- показывать пожилым людям возможности для социального участия, включая возможности работы на добровольных началах и групповых занятий без дискриминации по возрасту и применяя принципы справедливости при устранении барьеров, связанных с расходами, образованием, мобильностью, языком и культурой;
- поддерживать программы сообществ с участием разных поколений;
- выделять места в сообществе, где пожилые люди могут встречаться и общаться, включая центры для людей старшего возраста, общественные парки и клубы;
- предоставлять доступ к компьютерам и интернету бесплатно или за небольшую плату, как в клубах и библиотеках;
- повышать грамотность по вопросам здоровья среди пожилых людей, предоставляя доступ к ресурсам, используя формат коммуникации, удобный для лиц пожилого возраста, учитывая факторы справедливости (включая языковые барьеры при предоставлении информации о здоровье) и с обучением по использованию информационных технологий;

- стимулировать обсуждения в обществе вопросов здорового старения и справедливости в отношении здоровья, развивать механизмы подотчетности, такие как проведение оценки воздействия и индикаторы справедливости.

## Обязательства государств

Государства взяли на себя обязательства по исполнению следующих резолюций и инициатив:

- Аддис-Абебская программа действий (54);
- Европейская основа политики по здоровью и благополучию «Здоровье-2020» (77);
- Статья 25 Хартии Европейского Союза об основных правах (78); и
- Политическая декларация и Мадридский международный план действий по проблемам старения (79).

## Заинтересованные стороны и партнеры

К заинтересованным сторонам и партнерам относятся:

- организации гражданского общества
- службы здравоохранения и службы, работающие в сообществе
- организации в сфере образования и культуры
- учебные и научно-исследовательские учреждения.

## Здоровье и условия жизни

На здоровье пожилых людей влияют условия их жизни, в том числе доступ к услугам и структурам. Среда, комфортная для людей разных возрастов, подразумевает доступное и качественное жилье, доступ к качественным продуктам питания и другим услугам (например, общественный транспорт), и физическую среду, безопасную и поддерживающую здоровый и активный образ жизни (25,80). Универсальный дизайн домашней среды (где все удобно для пользования всеми людьми) делает возможным «старение на месте» без необходимости переоборудования и в сочетании с контролем опасностей для здоровья, связанных с домом, таких как экстремальные значения температуры, загрязнение воздуха внутри помещений, плохая санитария, опасность пожара и падения, приносят результаты (81,82). Социальная среда включает структуру домохозяйства и значимое взаимодействие с другими поколениями, речь о которых идет в главе «Здоровье, способности человека и сообщества».

### Фактические данные

В Европейском Союзе ежегодно сообщается о 4,1 миллионе бездомных, и бездомность в пожилом возрасте встречается все чаще (83,84). Отсутствие доступного и на условиях социального найма жилья способствует росту первичной бездомности (проживание на улице) и вторичной бездомности (отсутствие постоянного места жительства и частая его смена) (85). Недостаточная гарантия сохранения жилья является еще одним способствующим фактором, а выселение – наиболее частая причина бездомности среди пожилых людей в некоторых юрисдикциях, особенно среди одиноких пожилых, у которых нет семьи (86).

Более длительные периоды бездомности характерны для людей старшего возраста вследствие вызовов, связанных с восстановлением в трудовых ресурсах, с большей долей вероятности у них могут быть психические заболевания, хронические проблемы со здоровьем, нарушение когнитивных функций и функциональный спад (87,88). По сравнению с населением в целом бездомные люди с большей вероятностью получают непреднамеренные травмы, и разница в показателях особенно заметна среди пожилых людей (89).

Бездомность несоразмерно влияет на такие группы населения, как бедные, но имеющие работу и мигранты (84). Значительная гендерная несправедливость существует в наличии собственного жилья, чрезмерном бремени стоимости жилья и перенаселенности среди пожилых людей во многих государствах Европейского Союза (90). С проживанием в стесненных условиях сталкиваются семьи, представленные несколькими поколениями, проживающими совместно (91).

Даже когда у пожилых людей есть жилье, они не могут позволить себе его переоборудование, необходимое для поддержания качества жилья, чтобы достичь «старения на месте». Пожилые люди, занимающие низкое социально-экономическое положение, с большей долей вероятности проживают в некачественном жилье (92). С плохим отоплением зимой и недостаточным охлаждением летом сталкиваются соответственно 12% и 17% людей в возрасте 65 лет и старше в Европейском Союзе, в результате чего увеличивается сезонная смертность и заболеваемость (93,94). Отсутствует широкий доступ к базовой санитарии, т.е. душу и соединению с системами канализации, в некоторых странах Европы особенно в сельской местности и отдаленных районах (93,95). Ненадлежащая домашняя среда также увеличивает риск падений и других травм.

Питание – это также основная детерминанта здорового старения (96). Множество факторов становятся причиной недостатка продовольствия в старшем возрасте, в том числе недостаток финансовых средств, функциональные ограничения и социальная изоляция. Недостаточное питание приводит к осложнениям здоровья, что обходится системам здравоохранения и социальной помощи в Европе примерно в 120 миллиардов евро в год, а потребление продуктов, подвергшихся технологической обработке, и ожирение все чаще встречаются среди пожилых людей (96,97).

Антропогенная среда вне дома, включая модели землепользования, градостроительное проектирование и транспортные системы, могут поддержать здоровое старение и активный образ жизни (98,99). Укомплектованные районы обеспечивают близость услуг, облегчают доступ и способствуют физической активности посредством активного передвижения. Районы с благоприятной пешеходной средой с надлежащей инфраструктурой для пешеходов и велосипедистов особенно полезны людям низкого социально-экономического положения и со сниженной индивидуальной жизнеспособностью (100).

Антропогенная среда вне дома также влияет на травматизм среди пожилых людей. В Европейском регионе ежегодно в результате падений умирают 46 000 человек старше 70 лет, около 26% этих случаев смерти можно отнести на неудобство окружающей среды; среди пожилых также один из самых высоких уровней смертности в дорожно-транспортных происшествиях в Регионе (101,102). Универсальный дизайн, что включает устранение опасностей падения и использование уличного освещения, наличие четких знаков и видеосигналов на светофорах, может предотвратить травмы на улице и улучшить доступность для пожилых людей со сниженной индивидуальной жизнеспособностью (19). Наличие, ценовая и физическая доступность общественного транспорта также важны для обеспечения физического и психического благополучия и функциональной способности пожилых людей, особенно женщин и имеющих небольшие доходы, со сниженной индивидуальной жизнеспособностью и живущих в сельской местности (56,103–105).

Пожилые люди более уязвимы к воздействию загрязнения атмосферного воздуха на здоровье из-за большой распространенности хронических заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем (106,107). Несмотря на улучшение ситуации в Европе с выбросами загрязнителей, их концентрации все еще превышают базовые значения в некоторых городах (106). Повышенное воздействие загрязнения воздуха связано с ростом смертности и заболеваемости по сердечно-легочным причинам и ростом заболеваемости болезнью органов дыхания среди пожилых людей (107). Воздействие загрязнения окружающего воздуха также сопряжено со снижением когнитивных способностей у пожилых людей (108,109). Пожилые люди с низким уровнем образования и представляющие другие социально уязвимые группы наиболее подвержены риску воздействия (106).

## Меры политики

Для улучшения условий жизни пожилых людей странам необходимо:

- внедрять меры политики, поддерживающие равноправный доступ к качественному и доступному жилью для пожилых людей, усиливать правовую защищенность владения для всех и защиту граждан от незаконного выселения, поддерживать политику «Сначала жилье» для решения проблем с бездомностью в пожилом возрасте;

- содействовать санитарии, тепло- и топливной эффективности в доме, помогать с ремонтом, содержанием, оценкой и переоборудованием в доме за счет таких мер, как минимальные стандарты и жилищные субсидии;
- стать сообществом, удобным для любого возраста, на основе руководств (110) и инструментов (25), учиться на опыте городов и сообществ, комфортных для людей всех возрастов (26);
- оценивать комфортность сообщества для всех возрастов и применять принципы справедливости (82);
- развивать антропогенную среду с учетом принципов справедливости, включая модели землепользования и дизайн местности, способствующие физической активности для всех, универсальное городское планирование и экономически и физически доступный общественный и специализированный транспорт в сообществе;
- повышать равноправность через программы модернизации жилых кварталов;
- повышать продовольственную безопасность для пожилых людей путем введения фискальных мер политики, повышающих доступность здорового и устойчивого выбора продуктов питания, предоставляя продовольственные субсидии и не подвергая общественному порицанию «продуктовые банки», содействуя среде здорового питания за счет надлежащего городского планирования;
- усиливать меры по сокращению выбросов и воздействия загрязнения воздуха на уязвимые группы, такие как пожилые люди, особенно те, у кого есть хронические заболевания или с более низким социально-экономическим статусом, посредством образования и коммуникации.

## Обязательства государств

Государства взяли на себя обязательства по исполнению следующих резолюций и инициатив:

- Копенгагенский консенсус мэров: более здоровые и счастливые города для всех (111)
- Аддис-Абебская программа действий (54)
- Римская декларация по вопросам питания (112)
- Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов (113).

## Заинтересованные стороны и партнеры

К заинтересованным сторонам и партнерам относятся:

- жилищные и энергетические организации
- местные организации планирования, транспорта и инфраструктуры
- природоохранные организации
- продовольственные и сельскохозяйственные организации
- учебные и научно-исследовательские учреждения
- бизнес и государственно-частные партнерства.

## Здоровье, занятость и условия работы

В Европе увеличилась доля работающих пожилых людей. Уровень занятости людей в возрасте 55–64 лет в Европейском Союзе вырос с 36% в 1997 г. до 49% в 2012 г. (114), возможно, как результат политики государств по более активному участию на рынке труда для обеспечения устойчивости пенсионной системы (103). Увеличение продолжительности жизни, сокращение видов деятельности, требующих физических усилий, и желание людей старшего возраста продолжать работать сделали это возможным (115).

Несмотря на то, что некоторые пожилые люди работают, чтобы оставаться физически и социально активными, а также вносить свой вклад в общество, многие работают из необходимости: из-за нехватки пенсий и сбережений. Это особенно распространено среди тех, кто ранее был безработным, работал с частичной занятостью или получал низкий доход (68). Чуть более половины людей в возрасте 65–69 лет в Европейском Союзе, получающих пенсию, продолжают работать, чтобы улучшить свое финансовое положение (27). Необходимость работать в старшем возрасте особенно свойственна странам с низким уровнем доходов и тем юрисдикциям, где сокращаются государственные расходы, что приводит к росту расходов из собственных средств на получение услуг здравоохранения и социальных услуг.

Необходимость работать для пожилых людей можно снизить за счет надлежащей социальной защиты и справедливых пенсионных систем (см. главу “Здоровье, доход и социальная защита”), а тем пожилым людям, кто хочет работать, должны быть предоставлены равноправные и гибкие возможности трудоустройства и соответствующие условия работы, чтобы обеспечить здоровое старение. Именно о последнем пойдет речь в данной главе.

### Фактические данные

Пожилым людям – одно из крупнейших препятствий для трудоустройства в Европе. Занятость среди людей в возрасте 70–74 лет вдвое меньше, чем среди 65–69 лет (116). При найме и удержании работников наблюдается дискриминация по возрасту, основанная на эйджистских стереотипах об ограничениях, которые связаны с пожилыми людьми (12,115,117). Согласно опросу 26 500 пожилых людей в Европе в 2012 году, 21% либо испытали сами или стали свидетелями дискриминации на работе по причине возраста (118). Но в отношении некоторых пожилых людей, у которых меньше возможностей трудоустройства в цифровой экономике из-за незнания новых технологий и невозможности обучения, дискриминация по возрасту отмечалась при удержании работников (117).

Среди пожилых работников уровень занятости выше у мужчин, чем женщин во всех государствах Европейского Союза (68). Такую разницу можно отнести на гендерную дискриминацию и устоявшиеся традиционные гендерные роли, поддерживающие мужчин как кормильцев семьи (119). Гендерная дискриминация сохраняется при найме, выплате вознаграждения, продвижении по службе, увольнении и в условиях работы во всех странах Европы (116), но было отмечено, что равная доля мужчин и женщин, примерно 20%, готовы работать «так долго, насколько это будет возможным». (120). Женщины также сталкиваются с возрастной дискриминацией раньше, чем мужчины; женщины на рынке труда сталкиваются с возрастной и гендерной дискриминацией (115).

Пожилые люди с более высоким уровнем образования с большей долей вероятности будут работать, чем те, у кого уровень образования ниже. Европейцы 65–80 лет, имеющие высшее

образование, с большей долей вероятности будут работать, чем те, у кого начальное или неполное среднее образование (121). Несмотря на трудности в поиске работы, европейцы с низким уровнем образования работают больше из финансовой нужды, чем люди с высшим образованием (27).

У трудовой занятости есть несколько преимуществ, положительно сказывающихся на здоровье и благополучии, такие как финансовое обеспечение, личное развитие, социальное положение, социальные связи и самооценка (122). Согласно опросу пожилых людей в 10 странах Европы, ощущаемое слабое здоровье сильно ассоциировалось с отсутствием занятости (123). Неравенство в трудовой занятости из-за возраста, пола и уровня образования является результатом неравных возможностей и ведет к несправедливости в отношении здоровья и благополучия. Меры политики, направленные на рост возможностей трудоустройства для этих групп, поддерживают здоровое старение на принципах справедливости, давая возможность пожилым людям работать так долго, сколько они хотят (115). Еще одним преимуществом участия пожилых в трудовых ресурсах является рост экономической производительности (124).

Условия работы, связанные с задачами, выполняемыми работниками, физическая, химическая, эргономическая, технологическая и психосоциальная рабочая среда, а также вид договорных взаимоотношений с работодателями влияют на здоровье (13,122). По результатам опроса в Нидерландах установлено, что такие благоприятные условия для пожилых людей, как сокращенный график работы (меньше часов или дней в неделю), менее трудоемкая работа, высокая удовлетворенность работой и поддержка со стороны работодателей и коллег поощряют их желание работать (116). Но риску рабочей нагрузки и опасным условиям работы больше подвержены люди, занимающие низкое социально-экономическое положение (125).

Условия работы представляют особую обеспокоенность для неформальных работников, таких как лица, осуществляющие уход (122). Неформальная занятость обычно не регулируется законодательными требованиями к условиям работы, гигиене труда и технике безопасности. В Европе более 100 миллионов неоплачиваемых лиц, осуществляющих уход. Многим (особенно женщинам) 65 и более лет; они ухаживают за супругами, родителями, внуками и другими (23). Исследование в 14 странах Европы показало, что примерно 25% людей в возрасте 50–64 лет осуществляли неоплачиваемый уход, и что такими лицами в основном были женщины в возрасте 70+ (126) (Рисунок 3). Лица, осуществляющие неформальный уход, подвержены высоким рискам перегрузки и изоляции. У них также с большей долей вероятности могут быть проблемы с психическим здоровьем и бедным существованием из-за отсутствия оплачиваемой занятости (127,128).

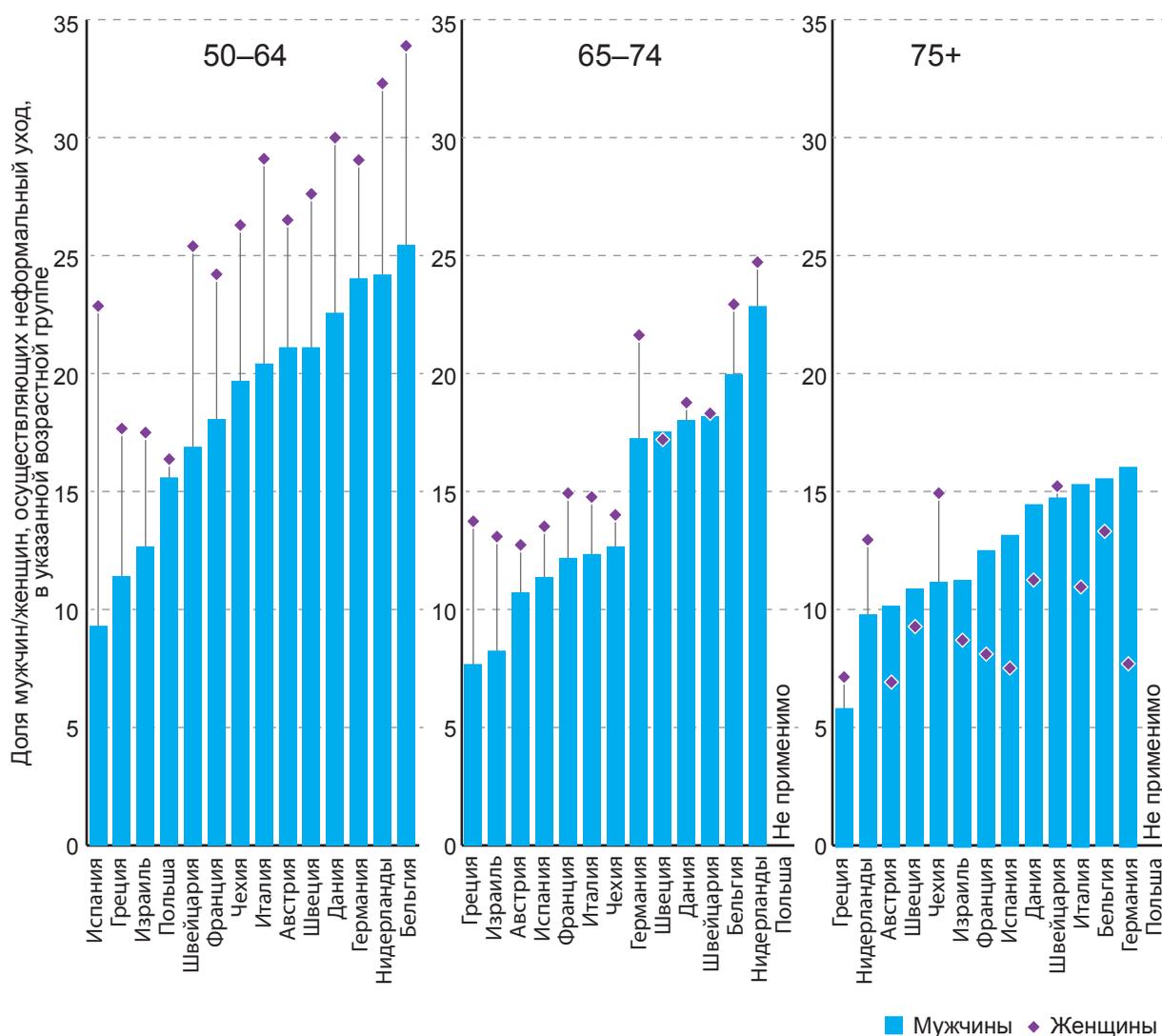
## Меры политики

Для улучшения занятости и условий работы для пожилых людей странам необходимо:

- разрабатывать активную политику рынка труда для содействия доступу к трудовой занятости пожилых людей через предоставление налоговых скидок и льгот для стимулирования найма, учитывать факторы равноправности при формировании политики, такие как гибкий предусмотренный законодательством возраст выхода на пенсию и пенсионный возраст в зависимости от вида деятельности и продолжительности жизни разных групп;
- поддерживать занятость в старшем возрасте за счет предоставления благоприятных условий работы такими мерами, как гибкий график, вовлекать социальных партнеров, таких как профсоюзы, неправительственные организации и организации работодателей;

- разработать комплексную стратегию по вопросам дискриминации в трудовой занятости, законодательно предусмотреть недопущение дискриминации по возрасту, полу и других форм дискриминации в трудовой занятости;
- поддерживать проведение обучения, консультирования по вопросам профессиональной деятельности и внедрять программы трудовой занятости для пожилых работников с целью обеспечения людей с любым уровнем образования доступом к инклюзивным рынкам труда на условиях равноправности;
- предусматривать меры политики и программы по гигиене труда и технике безопасности для всех работников, включая людей старшего возраста и неформальных работников;
- определять вклад неформальной неоплачиваемой работы в экономику, учитывая его в подведомственных расчетах.

**Рисунок 3. Доля женщин и мужчин, осуществляющих неформальный уход, по возрастным группам и странам (как доля женского и мужского населения)**



Источник: Rodrigues et al. (126). Reproduced with permission from Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (Eds.) (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care*. [Здоровое старение и длительный уход: факты и цифры. Вена: Европейский центр политики и исследований в области социального обеспечения] Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

## Обязательства государств

Государства взяли на себя обязательства по исполнению следующих резолюций и инициатив:

- Аддис-Абебская программа действий (54);
- Европейская стратегия до 2020 г. (129);
- Политическая декларация и Мадридский международный план действий по проблемам старения (79);
- Рамочная директива по вопросам о равенстве в сфере занятости (Директива Совета Европы 2000/78/ЕС) (130); и
- Рекомендация Международной организации труда в отношении пожилых работников 1980 г. (№ 162) (131).

## Заинтересованные стороны и партнеры

К заинтересованным сторонам и партнерам относятся:

- работодатели из частного и государственного сектора
- организации по труду и экономическому развитию
- организации по образованию и обучению
- профсоюзы
- ассоциации пожилых людей
- учебные и научно-исследовательские учреждения.

## Здоровье, доход и социальная защита

Программы социальной защиты поддерживают функциональные способности пожилых людей развитием и поддержанием индивидуальной жизнеспособности за счет сокращения рисков для здоровья или предоставления услуг и/или возможности осуществлять повседневные задачи или в целом делать и быть тем, что значимо для них, независимо от их уровня индивидуальной жизнеспособности (12). Государственное пенсионное обеспечение – крупнейший компонент социальной защиты; к другим мерам социального обеспечения относятся денежные или неденежные пособия в службах здравоохранения (см. главу “Здоровье и услуги здравоохранения”), жилье и условия жизни (“Здоровье и условия жизни”), услуги по трудоустройству (“Здоровье, занятость и условия работы”) и образование (132,133). Минимальные нормы социальной защиты, установленные в стране – гарантии социального обеспечения для всех людей на всех этапах жизненного цикла, которые могут снизить и предотвратить бедность, уязвимость и социальную изолированность (134).

### Фактические данные

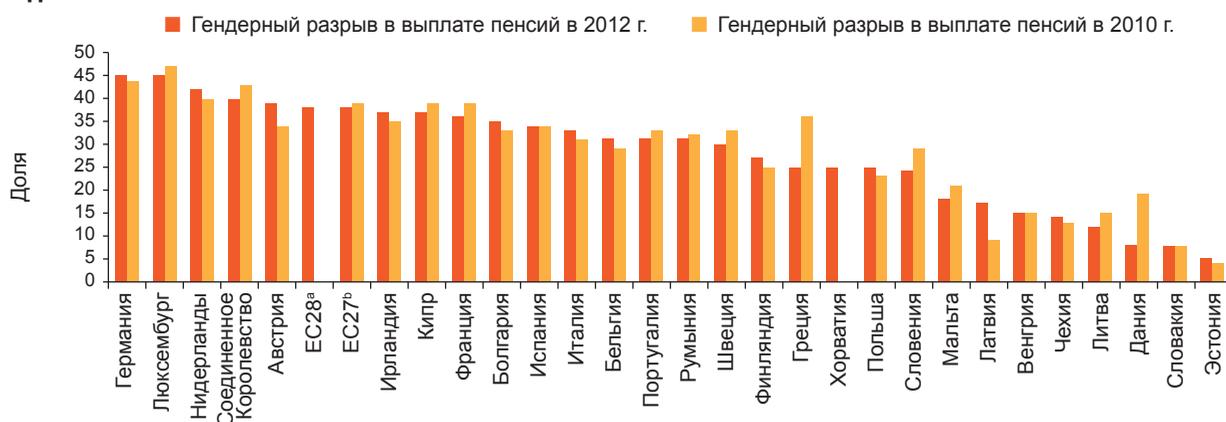
Пожилые люди беднее, чем население в среднем во многих странах, особенно в странах с низким уровнем доходов. В среднем 18% пожилого населения Европейского Союза подвержены риску бедности и социальной изоляции, варьируя от 9% до 46% (132). Бедность – основная детерминанта слабого здоровья в пожилом возрасте. В большинстве стран Европы пенсии получают более 90% населения, достигших предусмотренного законодательством пенсионного возраста, но размер пенсионных пособий может быть недостаточным для того, чтобы люди могли жить здоровой жизнью. Кроме того, многие страны начали сокращать щедрость пенсионных выплат и/или повышать пенсионный возраст, ссылаясь на обеспокоенность по поводу финансовой устойчивости (97,135). Сбережения и переводы внутри семьи являются еще одними источниками дохода для пожилых людей, но они, как правило, ограничены. Несмотря на их важность в финансовой поддержке пожилых людей, размер пенсии особенно низкий у пожилых женщин, работников, получавших низкий доход, и неформальных работников.

Женщины обычно живут дольше мужчин, но у пожилых женщин, как правило, размер пенсии меньше, потому что они с меньшей долей вероятности были заняты на рынке формального труда, им приходилось делать перерывы в трудовой занятости, они раньше выходили на пенсию, меньше зарабатывали и не в полной мере охвачены пенсионным обеспечением по причине гендерных ролей и гендерной дискриминации (136). Разница в размере пенсии между мужчинами и женщинами в Европейском Союзе составила 39% в 2010 г. и 38% в 2012 г. (137) (Рисунок 4). В 2016 г. среди женщин в возрасте 65 лет и старше риск бедности и социальной изоляции был на 5% выше, чем у пожилых мужчин (138). Пожилые женщины с большей долей вероятности живут в бедности, чем мужчины, они также живут больше лет, имея слабое здоровье, и поэтому несут более высокие расходы на здравоохранение и длительный уход. Достаточный размер пенсий, в том числе социальные или ненакопительные пенсионные схемы и меры социального обеспечения, предусматривающие всеобщий доступ к услугам здравоохранения и длительному уходу, имеют важное значение для сокращения гендерной экономической несправедливости и несправедливости в отношении здоровья в пожилом возрасте.

Накопление социально-экономического неравенства на всех этапах жизненного цикла отрицательно сказывается на здоровье и благополучии более бедных пожилых людей и усиливает разницу в показателях здоровья, поскольку во всем мире продолжает увеличиваться различие в оплате труда (12,139). В Европе низкооплачиваемые работники с меньшей долей

вероятности в пожилом возрасте будут получать хорошую пенсию из вкладов, сделанных во время трудовой занятости (28); у работников с недостаточным уровнем доходов в некоторых странах, возможно, даже не будет доступа к пенсии, выплачиваемой за счет взносов. В то время как в неформальной экономике занята большая доля людей, они, как правило, не вправе претендовать на накопительную пенсию. В общей занятости в Европейском Союзе 14% - самозанятые, 13% работают на временной работе, и 19% работают с частичной занятостью (140,141). Женщины и мигранты больше всех представлены в неформальной экономике (132).

**Рисунок 4. Гендерный разрыв в выплате пенсии в государствах Европейского Союза в 2010 и 2012 годах**



<sup>a</sup> ЕС28: Государства-члены ЕС по состоянию на 1 июля 2013 г.

<sup>b</sup> ЕС27: Государства-члены ЕС до 30 июня 2013 г.

Источник: Европейский институт гендерного равенства (137).

Европа получает примерно 14% международных мигрантов в возрасте 65 лет и старше, и их численность растет с 1990 г. (142). Насильственное перемещение существенно увеличило численность беженцев в Европе в последние годы (143). Как правило, мигранты меньше времени проводят в трудовой занятости в какой-либо определенной юрисдикции, у них меньше пенсия, и они с большей вероятностью проживают в бедности в пожилом возрасте (144).

Достаточный размер пенсий снижает неравенства в доходах и состоянии здоровья. По данным из 17 стран Европы всеобщие схемы социального пенсионного обеспечения могли бы существенно снизить уровень бедности с 20% до 2,5% (145). Межстрановой анализ 16 стран Европы показал, что расширение права на получение пенсии от государства снижало неудовлетворенную потребность в медицинских услугах по причине стоимости услуг среди взрослых в возрасте 65 лет и старше, особенно тех, у кого низкие доходы (146).

Вложение средств в социальную защиту пожилых людей также может привести к экономии затрат. В Соединенном Королевстве, например, вклад пожилых людей в виде потребительских расходов, налогообложения и другой экономической ценной деятельности оценивался примерно в 40 миллиардов фунтов стерлингов в 2010 г., больше, чем расходы на пенсии, социальное обеспечение и здравоохранение вместе взятые (147).

## Меры политики

Для улучшения уровня доходов и социальной защиты пожилых людей странам необходимо:

- сочетать государственные накопительные и ненакопительные пенсионные программы,

предусмотренные законодательством, и внедрять минимальные уровни пособий и механизмы индексации для обеспечения соответствующего размера пособий и охвата;

- охватить накопительными пенсионными программами ранее неохваченных работников, включая неформальных работников, признать оплачиваемые и неоплачиваемые взносы как поставщиков услуг по осуществлению ухода, и сократить барьеры для участия в программах пенсионного обеспечения, исходя из уровня доходов;
- обеспечить всеобщий охват государственным ненакопительным пенсионным обеспечением для поддержания уровня жизни;
- рассмотреть механизмы перераспределения в пенсионных фондах для учета различий в прошлых доходах, включая применение повышенных ставок замещения для лиц с низкими доходами от работы;
- обеспечивать пенсиями по утере кормильца с минимальным уровнем и благоприятной индексацией для сокращения гендерной неравноправности;
- сравнивать пенсионный возраст мужчин и женщин;
- разработать меры политики и многосторонние соглашения для возможности сохранения и перевода пенсий;
- обеспечить доступными финансируемыми государством медицинскими и социальными услугами, включая охрану здоровья, длительный уход, жилье, санитарию, обеспечение продовольствием и службы трудовой занятости.

## Обязательства государств

Государства взяли на себя обязательства по исполнению следующих резолюций и инициатив:

- Политический форум высокого уровня по устойчивому развитию (148)
- Европейская основа социальных прав (149)
- Аддис-Абебская программа действий (54)
- Рекомендация Международной организации труда по минимальным нормам социальной защиты, 2012 (№ 202) (150)
- Европейская социальная хартия (151).

## Заинтересованные стороны и партнеры

К заинтересованным сторонам и партнерам относятся:

- социальные службы
- службы здравоохранения и длительного ухода
- организации по вопросам жилья, труда, продовольствия и сельского хозяйства
- ассоциации пожилых людей
- учебные и научно-исследовательские учреждения.

## Заключение

Пожилые люди, возможно, более уязвимы к влиянию социальных, экономических и экологических детерминант, которые могут оказать непосредственное воздействие на их возможности и способности, а также заболевания, состояния и общую смертность. Они также могут оказывать влияние на разных этапах жизненного цикла посредством увеличения рисков или обострения хронических заболеваний у человека, а также накопления сильных сторон, устойчивости к внешним воздействиям, недостатков или уязвимости.

В докладе приведены варианты политики и конкретные примеры (Таблица 1) того, что можно сделать в системах здравоохранения и других секторах для принятия мер в отношении социальных детерминант среди пожилых людей, и потенциальные индикаторы измерения полученных результатов (Таблица 2). Эти относительно общие варианты политики необходимо оценить и адаптировать с учетом местных данных и дополнительной зависящей от контекста информации и оценки для определения направления мер воздействия на национальном и субнациональном уровнях.

Многие соответствуют стратегическим целям *Глобальной стратегии и плану действий ВОЗ по проблеме старения и здоровья на 2016–2020 годы (14)* и *Европейской стратегии и плану действий в поддержку здорового старения в Европе на 2012–2020 годы (56)*, принятых всеми государствами Европейского региона ВОЗ. В первой стратегии определены 10 среднесрочных действий по реализации стратегических целей, направленных на политические обязательства, создание среды, комфортной для всех возрастов, достижение согласованности систем здравоохранения с потребностями пожилых людей, обеспечение системы длительного ухода и усиление мониторинга и исследований с оценкой достижений государств в каждом регионе ВОЗ (в том числе Европейском), проведенной в 2018 г. Во втором документе определены восемь конкретных приоритетных мер воздействия: пять под руководством сектора здравоохранения (содействие физической активности, предупреждение падений, вакцинация пожилых людей и профилактика инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения, государственная поддержка в области неформального ухода, обращая особое внимание на уход на дому, и развитие потенциала работников здравоохранения и социальной помощи в области гериатрии и геронтологии), а три связаны с более широким социальным контекстом (предупреждение социальной изоляции и социальной маргинализации, предупреждение жестокого обращения с пожилыми, и стратегии по обеспечению качества ухода за пожилыми людьми, включая уход при деменции и паллиативную помощь пациентам, нуждающимся в длительном уходе).

Для поддержки здорового старения и справедливости в отношении здоровья необходимо учитывать все этапы жизни, вовлекая разные секторы (здравоохранение и другие) в меры политики и действия и широкий круг заинтересованных сторон, включая пожилых людей. Необходимы действия по ликвидации дискриминации, включая меры политики и нормы против эйджизма, учитывая широкий круг социальных, экономических и экологических детерминант здоровья. Они должны быть направлены не только на самые уязвимые и бедные подгруппы, но и на выравнивание социально-экономических условий в разных социальных, экономических и демографических группах. Изменение условий, расслаивающих общества, снижение воздействия социального расслоения и увеличение справедливости скорее всего поднимут траекторию здорового старения для всех людей, а не только улучшат условия для обеспеченных или статистически средних пожилых людей.

# Библиография<sup>1</sup>

1. Kuh D, Cooper R, Hardy R, Richards M, Ben-Shlomo Y, editors. A life course approach to healthy ageing. Oxford: Oxford University Press; 2013.
2. Kuruvilla S, Sadana R, Villar Montesinos E, Beard J, Vasdeki JF, Araujo de Carvalho I et al. A life-course approach to health: synergy with sustainable development goals. Bull World Health Organ. 2018;96:42–50.
3. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010 (Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice); [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/9789241500852/en/](http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/)).
4. Wallace SP. Social determinants of health inequities and health care in older age. In: Prohaska TR, Anderson LA, Binstock RH, editors. Public health for an aging society. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press; 2012:99–118.
5. Zaidi A. Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review. New York (NY): UNDP Human Development Report Office; 2014 ([http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2014\\_zaidi\\_final.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2014_zaidi_final.pdf)).
6. Sadana R, Blas E, Budhwani S, Koller T, Paraje G. Healthy ageing: raising awareness of inequalities, determinants, and what could be done to improve health equity. Gerontologist 2016;56(Suppl. 2):S178–93.
7. Bell R, Marmot M. Life course approach to understanding inequalities in health in later life. In: Michel J-P, Beattie BL, Martin FC, Walston JD, editors. Oxford textbook of geriatric medicine, third edition. Oxford: Oxford University Press; 2017:69–71.
8. Northwood M, Ploeg J, Markle-Reid M, Sherifali D. Integrative review of the social determinants of health in older adults with multimorbidity. J Adv Nurs. 2017;74:45–60.
9. Menichetti J, Graffigna G. How older citizens engage in their health promotion: a qualitative research-driven taxonomy of experiences and meanings. BMJ Open 2016;6:e010402. doi:10.1136/bmjopen-2015-010402.
10. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Kraemer S, Hawkins K, Wicker ER et al. A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: keys to aging successfully. Geriatr Nurs. 2017;38(6):485–90.
11. Bryant LL, Corbett KK, Kutner JS. In their own words: a model of healthy aging. Soc Sci Med. 2001;53:927–41.
12. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>).
13. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/1/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/1/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf)).
14. Глобальная стратегия и план действий по проблеме старения и здоровья на 2016-2020 гг.: на пути к миру, в котором каждый человек имеет возможность прожить долгую и здоровую жизнь. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/253378>).

<sup>1</sup> Все ссылки по состоянию на 21 марта 2019 г.

15. Michel JP, Sadana R. Healthy ageing concepts and measures. *JAMDA* 2017;18:460–4.
16. Grundy E, van Campen C, Deeg D, Dourgnon P, Huisman M, Ploubidis G et al. Health inequalities and the health divide among older people in the WHO European Region: the European review on the social determinants of health and the health divide (Report of the Task Group on Older People). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
17. Комплексная помощь пожилым людям: рекомендации по оказанию помощи на уровне общин при снижении индивидуальной жизнеспособности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>).
18. The INTERLINKS framework for long-term care. In: European Centre for Social Welfare Policy and Research [website]. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2013 (<http://interlinks.euro.centre.org/framework>).
19. Age-friendly environments in Europe: a handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/age-friendly-environments-in-europe.-a-handbook-of-domains-for-policy-action-2017>).
20. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis WP. Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. London: The King's Fund; 2014 (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>).
21. Janssens B, Vanobbergen J, Petrovic M, Jacquet W, Schols JM, De Visschere L. The impact of a preventive and curative oral healthcare programme on the prevalence and incidence of oral health problems in nursing home residents. *PloS One* 2018;13(6):e0198910.
22. Older persons in rural and remote areas. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2017 (UNECE Policy Brief on Ageing No. 18; [https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy\\_briefs/ECE-WG1-25.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG1-25.pdf)).
23. Stegeman I, Otte-Trojel T, Costongs C, Considine J. Healthy and active ageing. Brussels: EuroHealthNet; 2012 (<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>).
24. Germany – multi-generational houses. In: European Portal for Action on Health Inequalities [website]. Brussels: EuroHealthNet; 2018 (<http://www.health-inequalities.eu/germany-multi-generational-houses/>).
25. Creating age-friendly environments in Europe – a tool for local policy-makers and planners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/creating-age-friendly-environments-in-europe.-a-tool-for-local-policy-makers-and-planners-2016>).
26. Age-friendly world. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/about-us/>).
27. Özdemir E, Ward T, Fuchs M, Ilinca S, Lelkes O, Rodrigues R et al. Employment of older workers. Research Note no. 5/2015. Brussels: European Commission; 2016.
28. Cyprus: pension system and pension projections. Brussels: European Commission; undated ([http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/pages/publication7024\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/pages/publication7024_en.pdf)).
29. European Commission. VulnerABLE: Pilot project related to the development of evidence based strategies to improve the health of isolated and vulnerable persons. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017 (<https://euagenda.eu/publications/vulnerable-pilot-project>).

related-to-the-development-of-evidence-based-strategies-to-improve-the-health-of-isolated-and-vulnerable-persons).

30. Факторы риска ухудшения здоровья пожилых людей. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/risk-factors-of-ill-health-among-older-people>).
31. Health promotion and primary prevention in 14 European countries: a comparative overview of key policies, approaches, gaps and needs. Brussels: Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (CHRODIS); 2015 (<http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/07/FinalFinalSummaryofWP5CountryReports.pdf>).
32. Dementia. In: WHO Regional Office of Europe [website] Copenhagen: WHO Regional Office of Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/main-activities/dementia>).
33. Lecovich E. Aging in place: from theory to practice. *Anthropological Notebooks* 2014; 20(1):21–33.
34. European Commission. Informal care in Europe: exploring formalisation, availability and quality. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
35. Van Eenoo L, Declercq A, Onder G, Finne-Soveri H, Garms-Homolova V, Jónsson PV et al. Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe – a review. *Eur J Public Health* 2015;26(2):213–9.
36. Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA et al. Organizing integrated health-care services to meet older people’s needs. *Bull World Health Organ.* 2017;95(11):756–63.
37. He W, Muenchrath MN, Kowal PR. Shades of gray: a cross-country study of health and well-being of the older populations in SAGE countries, 2007–2010. Washington (DC): US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau; 2012 (<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2012/demo/p95-12-01.pdf>).
38. Health inequalities in older age. New York (NY): United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2018 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2018/04/Health-Inequalities-in-Old-Age.pdf>).
39. Scheil-Adlung X, Bonan J. Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe: are the elderly faced with financial ruin? *Int Soc Secur Rev.* 2013;66(1):25–48.
40. Almeida AP, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev Saude Publica* 2017;51:50.
41. Arsenijevic J, Pavlova M, Rechel B, Groot W. Catastrophic health care expenditure among older people with chronic diseases in 15 European countries. *PloS One* 2016;11(7):e0157765.
42. Carrieri V, Di Novi C, Orso CE. Home sweet home? Public financing and inequalities in the use of home care services in Europe. *Fiscal Studies* 2017;38(3):445–68.
43. Bieñ B, McKee KJ, Döhner H, Triantafyllou J, Lamura G, Doroszkiewicz H et al. Disabled older people’s use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *Eur J Public Health* 2013;23(6):1032–8.
44. Orlovic M, Marti J, Mossialos E. Analysis of end-of-life care, out-of-pocket spending, and place of death in 16 European countries and Israel. *Health Aff (Millwood)* 2017;36(7):1201–10.

45. Understanding the socio-economic divide in Europe. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (<https://www.oecd.org/els/soc/cope-divide-europe-2017-background-report.pdf>).
46. Huisman M, Kunst AE, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Borrell C. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(6):468–75.
47. Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan J, Borrell C, Costa G et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet* 2005;365(9458):493–500.
48. People at risk of poverty and social exclusion. In: Eurostat [online database]. Brussels: Eurostat; 2018 ([https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/t2020\\_50](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/t2020_50)).
49. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe; updated reprint 2014 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf)).
50. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012 ;380(9846):1011–29.
51. Men’s health and well-being in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/mens-health>).
52. Sadana R, Soucat A, Beard J. Universal health coverage must include older people. *Bull World Health Organ.* 2018;96:2–2A. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.204214>.
53. Sixty-ninth World Health Assembly. Agenda item 13.2. Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHA69.11; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R11-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R11-en.pdf)).
54. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development (Addis Ababa Action Agenda) The final text of the outcome document adopted at the Third International Conference on Financing for Development (Addis Ababa, Ethiopia, 13–16 July 2015) and endorsed by the General Assembly in its resolution 69/313 of 27 July 2015. New York (NY); United Nations; 2015 ([https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA\\_Outcome.pdf](https://www.un.org/esa/ffd/wp-content/uploads/2015/08/AAAA_Outcome.pdf)).
55. 65-ая сессия Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций. Пункт 127 повестки дня. Здоровье населения мира и внешняя политика: охрана здоровья наиболее уязвимых групп населения для построения инклюзивного общества. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2017 (A/72/L.28; <https://undocs.org/ru/A/72/L.28>).
56. Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/175546/RC62wd10Rev1-Rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/175546/RC62wd10Rev1-Rus.pdf?ua=1)).
57. Рио-де-Жанейрская политическая декларация по социальным детерминантам здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (<https://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>).
58. Council conclusions on closing health gaps within the EU through concerted action to promote healthy lifestyle behaviours. OJ C 359, 9.12.2011, p. 5–8 (<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:359:0005:0008:EN:PDF>).

59. Аделаидское заявление «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики». Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 ([https://www.who.int/social-determinants/publications/countryaction/adelaide\\_statement\\_hiap/en/](https://www.who.int/social-determinants/publications/countryaction/adelaide_statement_hiap/en/)).
60. 62 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. Пункт 12.5 повестки дня. Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (WHA62.14; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/A62\\_REC1-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-ru.pdf)).
61. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – solidarity in health: reducing health inequalities in the EU (SEC(2009) 1396) (SEC(2009) 1397). Brussels: European Commission; 2009 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52009DC0567>).
62. Boyce T, Brown C. Engagement and participation for health equity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/2017/engagement-and-participation-for-health-equity-2017>).
63. Walker A, Zaidi A. New evidence on active ageing in Europe. *Intereconomics* 2016;51(3):139–44.
64. Focus on citizens: public engagement for better policy and services. Paris: Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2009 (<http://www.oecd.org/gov/focusoncitizenspublicengagementforbetterpolicyandservices.htm>).
65. Age-friendly environments in Europe: indicators, monitoring and assessments. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2018/age-friendly-environments-in-europe-indicators,-monitoring-and-assessments-2018>).
66. Ageing, older persons, and the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY): United Nations Development Programme; 2017 (<https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/ageing--older-persons-and-the-2030-agenda-for-sustainable-develo.html>).
67. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;19(2):227–37.
68. Living longer, working better – work after retirement. Dublin: Eurofound; 2011.
69. Menec VH. Conceptualizing social connectivity in the context of age-friendly communities. *J Hous Elderly* 2017;31(2):99–116.
70. Litwin H, Stoeckel KJ. Social networks and subjective wellbeing among older Europeans: does age make a difference? *Ageing Soc.* 2013;33(7):1263–81.
71. Tomini F, Tomini SM, Groot W. Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC Geriatr.* 2016;16(1):203.
72. Daniel F, Antunes A, Guadalupe S, Massano-Cardoso I, Vicente H. Resilient coping and social networks in old age. *European Psychiatry* 2017;41:S100–1.
73. Gualano MR, Voglino G, Bert F, Thomas R, Camussi E, Siliquini R. The impact of intergenerational programs on children and older adults: a review. *Int Psychogeriatr.* 2018;30(4):451–68.

74. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts>).
75. Peacock SE, Künemund H. Senior citizens and Internet technology. *Eur J Ageing* 2007;4(4):191–200.
76. Greenhalgh T. Health literacy: towards system level solutions. *BMJ* 2015;350:h1026.
77. Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (EUR/RC62/9; <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>).
78. Charter of Fundamental Rights of the European Union. OJ C 326, 26.10.2012, p. 391–407.
79. Политическая декларация и Мадридский международный план действий по проблемам старения. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2002 ([http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid\\_plan.pdf](http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf)).
80. Jeste DV, Blazer II DG, Buckwalter KC, Cassidy KL, Fishman L, Gwyther LP et al. Age-friendly communities initiative: public health approach to promoting successful aging. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016;24(12):1158–70.
81. International Workshop on Housing, Health and Climate Change: developing guidance for health protection in the built environment mitigation and adaptation responses. Geneva: World Health Organization; 2010 ([https://www.who.int/hia/house\\_report.pdf](https://www.who.int/hia/house_report.pdf)).
82. Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators. Geneva: World Health Organization; 2015. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203830/9789241509695\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203830/9789241509695_eng.pdf?sequence=1)).
83. World cities report 2016. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat); 2016 (<https://unhabitat.org/books/world-cities-report/>).
84. Busch-Geertsema V, Edgar W, O’Sullivan E, Pleace N. Homelessness and homeless policies in Europe: lessons from research. Brussels: FEANTSA; 2010.
85. Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 censuses of population and housing. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2016 ([https://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/CES\\_2010\\_Census\\_Recommendations\\_English.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/CES_2010_Census_Recommendations_English.pdf)).
86. Kenna P, Benjaminsen L, Busch-Geertsema V, Nasarre-Aznar S, editors. Pilot project – promoting protection of the right to housing – homelessness prevention in the context of evictions. Brussels: European Commission; 2016 (<https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0c16776d-1e4e-11e6-ba9a-01aa75ed71a1/language-en>).
87. Frankish CJ, Hwang SW, Quantz D. Homelessness and health in Canada: research lessons and priorities. *Can J Public Health* 2005;96(Suppl. 2):S23–9.
88. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. *J Gen Intern Med.* 2012;27(1):16–22.
89. Frencher SK Jr, Benedicto CM, Kendig TD, Herman D, Barlow B, Pressley JC. A comparative analysis of serious injury and illness among homeless and housed low income residents of New York City. *J Trauma* 2010;69(Suppl): S191–99.

90. European Commission. The 2018 pension adequacy report: current and future income adequacy in old age in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018 (<https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f0e89c3f-7821-11e8-ac6a-01aa75ed71a1/language-en>).
91. Thorpe E. The role of housing in pathways into and out of homelessness. FEANTSA Annual Theme 2008. Housing and homelessness. Brussels: FEANTSA; 2008.
92. Braubach M, Fairburn J. Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location: a review of evidence. *Eur J Public Health* 2010;20(1):36–42.
93. Housing conditions. In: Eurostat [online database] Brussels: Eurostat; 2017 ([https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Housing\\_conditions&oldid=333156](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Housing_conditions&oldid=333156)).
94. Davido A, Patzak A, Dart T, Sadier MP, Méraud P, Masmoudi R et al. Risk factors for heat related death during the August 2003 heat wave in Paris, France, in patients evaluated at the emergency department of the Hôpital Européen Georges Pompidou. *Emerg Med J*. 2006;23(7):515–8.
95. Неравенства в отношении экологических условий и здоровья в Европе. Отчет о проведенной оценке. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/environmental-health-inequalities-in-europe.-assessment-report>).
96. Mak TN, Caldeira S. The role of nutrition in active and healthy ageing for prevention and treatment of age-related diseases: evidence so far. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018 (<https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/eur-scientific-and-technical-research-reports/role-nutrition-active-and-healthy-ageing-prevention-and-treatment-age-related-diseases>).
97. Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C et al. Ageing in the European Union. *Lancet* 2013;381(9874):1312–22.
98. Cerin E, Nathan A, van Cauwenberg J, Barnett DW, Barnett A Council on Environment and Physical Activity (CEPA) Older Adults Working Group. The neighbourhood physical environment and active travel in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):15,017-0471-5.
99. Barnett DW, Barnett A, Nathan A, Van Cauwenberg J, Cerin E, Council on Environment and Physical Activity (CEPA) Older Adults Working Group. Built environmental correlates of older adults' total physical activity and walking: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):103,017-0558-z.
100. Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107830>).
101. Инструментарий экономической оценки влияния на здоровье (HEAT) в отношении пешей ходьбы и велосипедного передвижения. Методология и пособие для пользователей. Экономическая оценка транспортной инфраструктуры и политики: обновленная версия 2014 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-economic-assessment-tools-heat-for-walking-and-for-cycling.-methodology-and-user-guide.-economic-assessment-of-transport-infrastructure-and-policies.-2014-update>).
102. Jackisch J, Zamaro G, Green G, Huber M. Is a healthy city also an age-friendly city? *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl. 1):i108–17.

103. Профили здорового старения. Руководство по составлению местных профилей здоровья пожилых людей. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/healthy-ageing-profiles.-guidance-for-producing-local-health-profiles-for-older-people>).
104. Haustein S, Siren A. Older people's mobility: segments, factors, trends. *Transp Rev.* 2015;35(4):466–87.
105. Hanson TR, Hildebrand ED. Are age-based licensing restrictions a meaningful way to enhance rural older driver safety? The need for exposure considerations in policy development. *Traffic Inj Prev.* 2011;12(1):24–30.
106. Annesi-Maesano I. The air of Europe: where are we going? *Eur Respir Rev.* 2017;26(146):170024.
107. Simoni M, Baldacci S, Maio S, Cerrai S, Sarno G, Viegi G. Adverse effects of outdoor pollution in the elderly. *J Thorac Dis.* 2015;7(1):34–5.
108. Power MC, Weisskopf MG, Alexeeff SE, Coull BA, Spiro III A, Schwartz J. Traffic-related air pollution and cognitive function in a cohort of older men. *Environ Health Perspect.* 2010;119(5):682–7.
109. Weuve J, Puett RC, Schwartz J, Yanosky JD, Laden F, Grodstein F. Exposure to particulate air pollution and cognitive decline in older women. *Arch Int Med.* 2012;172(3):219–27.
110. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007 ([https://www.who.int/ageing/age\\_friendly\\_cities\\_guide/en/](https://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/en/)).
111. Копенгагенский консенсус мэров – Более здоровые и счастливые города для всех. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/361436/consensus-rus.pdf](http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0005/361436/consensus-rus.pdf)).
112. Римская декларация по вопросам питания: Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН; 2014 (<http://www.fao.org/3/a-ml542r.pdf>).
113. Конвенция Организации Объединенных Наций о правах инвалидов. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2006 (<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-r.pdf>).
114. Gullo J. Europe catches up: older-worker employment in the EU and USA. Washington (DC): AARP Public Policy Institute; 2015.
115. Radovic-Markovic M. An aging workforce: employment opportunities and obstacles. *Cadmus* 2013;1(6):142.
116. Eurofound. Extending work life: what do workers want? Dublin, Eurofound, 2017.
117. Ageing in the 21st century: a celebration and a challenge. New York/London: United Nations Population Fund/HelpAge International; 2012 (<https://www.helpage.org/global-agewatch/reports/ageing-in-the-21st-century-a-celebration-and-a-challenge/>).
118. European Commission. Active ageing. Special Eurobarometer 378. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012 ([http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf)).
119. Доклад о Целях развития тысячелетия. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2012 ([https://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/MDG\\_Report\\_2010\\_En\\_low%20res.pdf](https://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/MDG_Report_2010_En_low%20res.pdf)).
120. Здоровье и благополучие женщин в Европе: от высокой продолжительности жизни к общему улучшению показателей. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016

(<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/womens-health-and-well-being-in-europe-beyond-the-mortality-advantage-2016>).

- 121.** Wahrendorf M, Akinwale B, Landy R, Matthews K, Blane D. Who in Europe works beyond the state pension age and under which conditions? Results from SHARE. *J Popul Ageing* 2017;10(3):269–85.
- 122.** Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78335>).
- 123.** Alavinia SM, Burdorf A. Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *Int Arch Occup Environ Health* 2008;82(1):39–45.
- 124.** Malmberg B, Lindh T, Halvarsson M. Productivity consequences of workforce aging: stagnation or Horndal effect? *Popul Dev Rev.* 2008;34:238–56.
- 125.** Siegrist J, Montano D, Hoven H. DRIVERS final scientific report: working conditions and health inequalities, evidence and policy implications. Düsseldorf: Centre for Health and Society, Faculty of Medicine, Heinrich Heine-Universität; 2014 (<https://www.sis.net/documentos/ficha/499738.pdf>).
- 126.** Rodrigues R, Huber M, Lamura G, editors. Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012 (<https://www.euro.centre.org/publications/detail/403>).
- 127.** Legg L, Weir CJ, Langhorne P, Smith LN, Stott DJ. Is informal caregiving independently associated with poor health? A population-based study. *J Epidemiol Community Health* 2013;67(1):95–7.
- 128.** Palmer E, Eveline J. Sustaining low pay in aged care work. *Gend Work Organ.* 2012;19:254–75.
- 129.** Europe 2020: a strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels: European Commission; 2010 (<http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>).
- 130.** Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. *OJEU L 303, 02/12/2000 P. 0016–0022* (<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0078:en:HTML>).
- 131.** Рекомендация о пожилых работниках 1980 (№ 162). Женева: Международная организация труда; 1980 ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms\\_r162\\_ru.htm](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms_r162_ru.htm)).
- 132.** Informal economy. In: European Commission [website]. Brussels: European Commission; 2018 ([https://ec.europa.eu/europeaid/sectors/human-development/social-inclusion/informal-economy\\_en](https://ec.europa.eu/europeaid/sectors/human-development/social-inclusion/informal-economy_en)).
- 133.** Доклад о социальной защите в мире за 2014-2015 годы. Обеспечить экономическое восстановление, инклюзивное развитие и социальную справедливость. Женева: Международная организация труда; 2014 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_245205.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245205.pdf)).
- 134.** Social protection for older persons: key policy trends and statistics. Geneva: International Labour Organization; 2014 ([https://www.ilo.org/global/publications/WCMS\\_310211/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/publications/WCMS_310211/lang--en/index.htm)).
- 135.** International Labour Organization. Pensions and other social protection benefits for older persons: insights from the ILO World Social Protection Report 2014/15. Geneva: International Labour Organization; 2014 ([https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/WCMS\\_568685/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/WCMS_568685/lang--en/index.htm)).

- 136.** Protecting women's income security in old age: toward gender-responsive pension systems. New York (NY): UN Women; 2015 (Policy Brief No. 3; <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/12/women-income-security-in-old-age>).
- 137.** Gender gap in pensions in the EU. Vilnius: European Institute for Gender Equality; 2015.
- 138.** Eatock D. Elderly people and poverty. current levels and changes since the crisis. Strasbourg: European Parliament; 2016 ([http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/586599/EPRS\\_BRI\(2016\)586599\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2016/586599/EPRS_BRI(2016)586599_EN.pdf)).
- 139.** Income convergence or persistent inequalities among countries? New York (NY): United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2015 (Development Issue No. 5; <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/no-5-income-convergence-or-persistent-inequalities-among-countries/>).
- 140.** Taking a look at self-employed in the EU. In: Eurostat [website]. Brussels: Eurostat; 2017 (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170906-1>).
- 141.** Temporary and part-time jobs on the rise. In: Eurostat [website]. Brussels: Eurostat; 2018. (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/WDN-20180813-1>).
- 142.** Older persons and migration. In: Migration data portal [online database]. Berlin: International Organization for Migration Global Migration Data Analysis Centre; 2018 (<https://migrationdataportal.org/themes/older-persons-and-migration>).
- 143.** Refugee crisis in Europe. In: European Commission [website]. Brussels: European Commission; 2016 (<http://ec.europa.eu/echo/refugee-crisis>).
- 144.** Dwyer P, Papadimitriou D. The social security rights of older international migrants in the European Union. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2006;32(8):1301–19.
- 145.** Vandeninden F. UNU-MERIT working papers: a simulation of social pensions in Europe. Maastricht: Maastricht Economic and Social Research Institute on Innovation and Technology, Maastricht Graduate School of Governance; 2012 (<https://www.merit.unu.edu/publications/working-papers/abstract/?id=4650>).
- 146.** Reeves A, McKee M, Mackenbach J, Whitehead M, Stuckler D. Public pensions and unmet medical need among older people: cross-national analysis of 16 European countries, 2004–2010. *J Epidemiol Community Health* 2017;71(2):174–80.
- 147.** Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. *Working with Older People* 2011;15(4):141–6.
- 148.** Политический форум высокого уровня по устойчивому развитию. В: Организация Объединенных Наций [сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2019 (<https://sustainabledevelopment.un.org/hlpf>).
- 149.** European Pillar of Social Rights. In: European Commission [website]. Brussels: European Commission; 2017 ([https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights\\_en](https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights_en)).
- 150.** R202: Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Geneva: International Labour Organization; 2012 ([https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:P12100\\_ILO\\_CODE:R202](https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:P12100_ILO_CODE:R202)).
- 151.** European Social Charter. In: Council of Europe [website]. Brussels: Council of Europe; 1996 (<https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/links>).



## Европейское региональное бюро ВОЗ

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

### Государства-члены

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

### **Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро**

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

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

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