



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Воздействие на социальные детерминанты здоровья: городской контекст и роль местных органов власти





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Воздействие на социальные детерминанты здоровья: городской контекст и роль местных органов власти

Аннотация

В настоящем докладе в обобщенном виде изложены фактические данные, касающиеся социальных детерминант здоровья и искусственной среды обитания, и особенно подробно рассматривается роль местных органов власти в разных странах Европейского региона ВОЗ. При подготовке доклада использовались выводы глобальной Комиссии по социальным детерминантам здоровья и Европейского обзора социальных детерминант и различий по показателям здоровья. Будучи лидерами на своем уровне, местные органы власти призваны играть важную роль в объединении усилий различных секторов и привлечении партнеров из гражданского общества для поддержки и скорейшего осуществления мер, направленных на воздействие на социальные детерминанты здоровья и устранение причин неравенств в отношении здоровья. Представленные в настоящем документе данные характеризуют ситуацию, на фоне которой готовился дополняющий его доклад *Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action*.

Ключевые слова

URBAN HEALTH
LOCAL GOVERNMENT
SOCIOECONOMIC FACTORS
HEALTHCARE DISPARITIES
PATIENT ADVOCACY
EUROPE

ISBN 978 9 289 05061 6

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

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

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

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

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

Под редакцией Mike Grady и Peter Goldblatt,
Институт проблем справедливости в отношении здоровья,
Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Редактирование текста английской версии: David Breuer
Оформление книги: Sven Lund
Оформление обложки: Christophe Lanoux, Париж, Франция

Фотографии на обложке: Monkey Business Images/Dreamstime.com; Poznyakov/Dreamstime.com; Jon Furniss; michaeljung/Fotolia.com; Lupoalb68/Dreamstime.com; keribevan/Fotolia.com

Содержание

Предисловие	v
1 Введение	1
2. Насколько справедливы положения доклада Комиссии по социальным детерминантам здоровья и стратегического обзора неравенств в отношении здоровья в Англии после 2010 г. для городского контекста	12
3. Местные органы власти и социальные детерминанты здоровья: обзор политики и практики в Европейском регионе	29
4. Заключительные выводы и значение вышеизложенного для деятельности Европейской Сети ВОЗ “Здоровые города”	54
Библиография	60

Предисловие

Научные данные о социальных детерминантах здоровья многосложны и многогранны. Они предназначены для широкого круга заинтересованных сторон как в самом секторе здравоохранения, так и в других секторах и на всех уровнях государственного управления. Настоящий доклад посвящен социальным детерминантам здоровья в городском контексте, и в нем исследуется роль местных органов власти в создании благоприятных условий для психосоциального благополучия и устойчивости к негативным внешним воздействиям как на индивидуальном уровне, так и на уровне всего населения. При подготовке доклада были использованы результаты нескольких наиболее важных исследований на глобальном уровне и на уровне Европейского региона, и в нем содержится весьма полезный обзор практики, существующей в разных странах Европы. Доклад охватывает приоритетные направления действий, в нем определены важнейшие проблемы осуществления практических мер, которые особенно важны для создания здоровых и устойчивых мест проживания и сообществ. Появляется все больше фактических данных, указывающих на то, что растет заинтересованность местных органов власти и гражданского общества в неравнодушной и активной позиции в борьбе с социальными несправедливостями. Кроме того, высок спрос на публикации, в которых проблема рассматривается с точки зрения городского и местного контекста. Я убежден в том, что данная публикация, написанная с большим знанием дела, будет интересна всем, кого интересует такая точка зрения.

Мне хотелось бы выразить глубокую благодарность сотрудникам Университетского колледжа Лондона Mike Grady и Peter Goldblatt, которые от имени Европейского регионального бюро ВОЗ выступали в качестве редакторов данной публикации. Большое спасибо всем коллегам, внесшим вклад в ее написание: Hugh Barton, Caroline Bird и Marcus Grant из Сотрудничающего центра ВОЗ по проблеме здоровой городской среды при Университете Западной Англии, г. Бристоль, Соединенное Королевство; Ruth Bell, сотруднице Института проблем социальной справедливости в отношении здоровья, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство; Jeni Bremner, Paul Giepmans и Elisabeth Jelfs, сотрудникам Европейской ассоциации организации здравоохранения, Брюссель, Бельгия; Liam Hughes, сотруднику Ассоциации местных органов самоуправления, Лондон, Соединенное Королевство, и Di McNeish, сотруднику DMSS Research & Consultancy, г. Уитчерч, Соединенное Королевство. Особой благодарности также заслуживают все члены Европейской сети ВОЗ “Здоровые города” и национальных сетей здоровых городов в Европе, которые в процессе подготовки публикации присылали свои ценные замечания и отзывы.

Agis D. Tsouros

Директор, отдел стратегических и междисциплинарных программ
и специальных проектов Регионального директора,
Европейское региональное бюро ВОЗ

1. Введение

1.1 Глобальный контекст и контекст Европейского союза

Опубликование в 2008 г. доклада Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (1) явилось событием огромной важности, которое привлекло еще больше внимания на международном уровне к фундаментальному значению социальных детерминант для состояния здоровья людей. В этом докладе сделан вывод (1): “Необходимы действия, направленные на детерминанты здоровья – от структурных условий построения общества до повседневных условий, в которых люди растут, живут и трудятся на всех уровнях, от глобального до местного; эти действия должны осуществляться всеми государственными структурами и охватывать всех заинтересованных представителей гражданского общества и частного сектора.” Важный вопрос об изменении социальных детерминант здоровья и устранении несправедливостей в отношении здоровья¹ также

¹ В докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья (1) несправедливости в отношении здоровья были определены как систематические различия в отношении здоровья, которые считаются предотвратимыми с помощью разумных действий и поэтому несправедливы. Это соответствует определению несправедливостей в отношении здоровья, данному ВОЗ (2): “предотвратимые неравенства в состоянии здоровья между группами населения внутри стран и между странами”. Для обозначения этих предотвратимых различий в отношении здоровья различные действующие субъекты в данной области предпочитают использовать термин “неравенство (и неравенства) в отношении здоровья”, в то время как другие используют термин “несправедливость (и несправедливости) в отношении здоровья”. Эти действующие субъекты в большинстве случаев согласны в том, что в положительном значении лучше использовать слово “справедливость” (справедливость в отношении здоровья), а не “равенство”.

привлекает к себе растущее внимание среди лиц, формирующих политику, в Европейском союзе (ЕС). Подразумеваемая важность улучшения социальных детерминант здоровья отчасти нашла свое отражение в Лиссабонской стратегии роста и занятости, в которой была заявлена приверженность целям обеспечения производительности труда, занятости и образования. Однако социальные детерминанты здоровья и их значение для преодоления неравенств в отношении здоровья также были особо выделены на уровне ЕС и в положительной выраженной форме – в последний раз это было сделано вступающим в должность комиссара Еврокомиссии по вопросам здравоохранения и защите потребителей Джоном Далли в ходе предварявших его утверждение слушаний в Европейском парламенте в январе 2010 г. (3). В последние годы на неравенства в отношении здоровья в целом стали обращать гораздо больше внимания на политическом уровне ЕС. Устранение неравенств в отношении здоровья является одним из главных приоритетов, предусмотренных в стратегии Европейской комиссии в области здравоохранения “*Вместе укреплять здоровье: стратегический подход ЕС в 2008–2013 гг.*” (4). Опубликование послания Европейской комиссии о солидарности в вопросах здравоохранения и уменьшения неравенств в отношении здоровья в ЕС в октябре 2009 г. (5) является, таким образом, значительным шагом вперед в активизации усилий ЕС по преодолению неравенств в отношении здоровья.

В данном докладе рассматриваются приоритетные проблемы, база фактических данных

и направление политики, которое потребуется в будущем для изменения социальных детерминант здоровья в городском контексте, причем особое внимание уделяется роли местных органов власти. В главе 2 изложены фактические данные, касающиеся социальных детерминант здоровья и искусственной среды обитания, а в главе 3 приводятся примеры деятельности местных органов власти по всему социальному градиенту в нескольких странах в Европейском регионе ВОЗ. Этот доклад характеризует ситуацию, на фоне которой готовился дополняющий его документ *Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action* (6) [“В здоровых городах принимаются меры воздействия на несправедливость в отношении здоровья: основа для действий”, на англ. языке], предназначенный для членов сети, объединяющей национальные сети европейских здоровых городов, и членов Европейской сети ВОЗ “Здоровые города”, которые исполнены решимости достичь всеобъемлющей стратегической цели V этапа (2009–2013 гг.) – обеспечить учет интересов здоровья и справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях на местном уровне.

Этот документ и “Основа для действий” (6) были официально представлены на трех семинарах, которые прошли на ежегодной Объединенной организационно-технической конференции Европейской сети ВОЗ “Здоровые города” и европейских национальных сетей здоровых городов в г. Санднес, Норвегия, в июне 2010 г. в рамках широкого процесса консультаций.

Настоящий доклад также связан с Европейским обзором социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья, который был заказан Европейским региональным бюро ВОЗ в 2010 г., и содержащиеся в нем данные будут использованы в этом обзоре. В июне 2011 г. в рамках обзора был подготовлен отчет о консультациях, а в 2012 г. готовился заключительный отчет и рекомендации.

1.2 Контекст в Европейском регионе

В Европейский регион ВОЗ входят 53 государства-члена с общей численностью населения почти 900 миллионов человек, живущих в самых разнообразных социальных, экономических, политических и культурных контекстах. Он отличается разнообразием структур управления на уровне областей и округов (районов) и в нем имеются тысячи муниципальных образований. Хотя у Европейского региона самый высокий средний балл по Индексу развития человеческого потенциала среди всех остальных регионов ВОЗ, внутри стран и между странами Региона и группами населения сохраняются значительные несправедливости в отношении здоровья (7).

В Докладе о состоянии здравоохранения в Европе 2009 г. (7) говорится, что такие показатели состояния здоровья, как смертность, на территории Европы продолжают улучшаться, но сохраняются значительные различия в состоянии здоровья между субрегионами и группами населения внутри стран, и эти различия тесно связаны со степенью социального неблагополучия².

Европейский регион также переживает период больших перемен и неопределенности, особенно вследствие глобального экономического спада. В условиях, когда скорое восстановление экономического роста маловероятно, долги в течение многих лет будут ограничивать государственные финансы во всем Европейском регионе и могут отрицательно влиять на возможности финансирования, имеющиеся у местных органов власти. Безработица и сокращения государственных расходов

² К числу примеров расширяющихся разрывов, которые были приведены в Докладе о состоянии здравоохранения в Европе 2009 г., относятся распространение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и проблемы гигиены окружающей среды, обусловленные загрязнением воздуха в промышленных городах и сжиганием твердого топлива в жилищном секторе.

как следствие экономического спада негативно скажутся на условиях жизни миллионов людей, живущих в Европейском регионе, и сильнее всего ударят по людям, которые находятся в наиболее неблагоприятном положении. Если не принять никаких мер, рецессия может свести на нет достигнутый в последнее время прогресс и еще больше увеличить несправедливости в отношении здоровья. В связи с этим еще важнее становятся функции местных органов власти, особенно в городах и городских районах: они должны играть жизненно важную роль в стимулировании и укреплении здоровья и благополучия местного населения и повышении устойчивости местных сообществ к неблагоприятным внешним воздействиям.

1.3 Европейская сеть ВОЗ “Здоровые города” и национальные сети здоровых городов

В 1987 г. ВОЗ организовала в Европейском регионе Сеть “Здоровые города” как инструмент доведения стратегии “Здоровье для всех” до местного уровня государственного управления. В проекте “Здоровые города” с самого начала признавалось, что здоровье людей определяется целым рядом личностных, социальных, экономических и экологических факторов. Сегодня этот проект представляет собой глобальное движение в сфере общественного здравоохранения на местном уровне: в Европейском регионе ВОЗ членами Европейской сети ВОЗ “Здоровые города” являются почти 100 городов, а более 1500 городов в 30 странах Европейского региона объединены в национальные сети.

Проект “Здоровые города” более двух десятилетий развивается и эволюционирует как ответ на новые проблемы здравоохранения в городах, но его стержнем остается гармоничная совокупность неизменно сохраняющихся качеств, элементов и целей. Здоровые города принимают на себя положительно сформулированное обя-

зательство улучшать здоровье своих граждан. Они признают наличие серьезных проблем здравоохранения и те экономические, физические и социальные факторы, которые на эти проблемы влияют. Города, участвующие в деятельности Европейской сети ВОЗ “Здоровые города”, активно экспериментируют в поисках путей реализации на местном уровне стратегий воздействия на более широкие социальные детерминанты здоровья, которыми и обусловлены несправедливости в отношении здоровья. Местные органы власти выполняют важную функцию лидеров в области общественного здравоохранения и привержены идее создания предпосылок для более здоровой жизни и коллективного стратегического руководства и организации совместных действий различных секторов для достижения более высокого уровня здоровья населения и справедливости в отношении здоровья.

Главной темой V этапа (2009–2013 гг.) является обеспечение учета интересов здоровья и справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях на местном уровне. Принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях означает признание того, что здоровье населения является не просто продуктом программ, осуществляемых в секторе здравоохранения, но в значительной мере определяется стратегиями и действиями в других секторах. Этот принцип распространяется на стратегии, которые оказывают влияние на такие области, как транспорт, жилищное хозяйство и градостроительство, охрана окружающей среды, образование, сельское хозяйство, финансы, налогообложение и экономическое развитие. При реализации этого принципа на местном уровне действия на V этапе опираются на предшествующее планирование здравоохранения в городах и на выводы и рекомендации глобальной Комиссии по социальным детерминантам здоровья (1).

1.4 Роль местных органов власти в воздействии на социальные детерминанты здоровья

На фоне этих важных перемен растет признание особой роли местных органов власти в воздействии на социальные детерминанты здоровья и справедливости в отношении здоровья. В частности, на уровне ЕС было признано, что важным вкладом местных органов власти в решение этой задачи может быть создание благоприятных условий для обмена передовой практикой и оценка достигаемого прогресса (4). Важность мер, принимаемых местными органами власти, и взаимодействия между местными и центральными органами государственного управления в решении проблемы социальных детерминант здоровья подчеркивали и другие международные учреждения (ВОЗ и Комиссия по социальным детерминантам здоровья (8)).

В основе этого признания лежат две главные причины.

Во-первых, все более пристальное внимание уделяется социальной модели здоровья. В этой модели подчеркивается, что хорошее здоровье достигается благодаря действию положительных социально-экономических и экологических факторов, поскольку здоровье в значительной степени является социально детерминированным состоянием (9). В отличие от лечебной, медицинской модели здоровья, в которой многие из детерминант лежат в сфере компетенции сектора медико-санитарной помощи, местные органы власти (которые могут контролировать его, а могут и не контролировать) обычно несут главную ответственность за планирование и/или предоставление многих услуг, имеющих жизненно важное значение для воздействия на социальные детерминанты здоровья: образование, транспорт, жилье и градостроительное проектирование. В литературе особо выделяется тот факт, что местные власти также часто занимают достаточно сильные позиции, позво-

ляющие им собирать за одним столом представителей самых различных действующих субъектов местного уровня, чтобы стимулировать практические действия так, как не может сделать в одиночку сектор здравоохранения (10). В “Основе для действий” (6) описаны меры, необходимые для налаживания совместной работы между местными органами власти и партнерами (см. “Основу для действий”, разделы 4.3, 5.2, 5.4, 5.7.4, 5.8.2 и 6.1).

Во-вторых, некоторые комментаторы утверждают, что лежащие в основе местного самоуправления организационные структуры, особенно децентрализация, обладают изначально присущим им потенциалом стимулировать перемены, поскольку уменьшают влияние центра и способствуют усилению местной автономии. Как показали в своей работе Litvack et al. (11), уменьшение влияния центра и усиление местной автономии может приводить к принятию более гибких и рациональных стратегий, поскольку органы власти на местах способны лучше реагировать на местные потребности и могут лучше знать и учитывать в своих действиях местные проблемы. Как утверждал de Vries (12), в централизованных системах есть соблазн налагать непомерную нагрузку по части принятия решений, так как лица, принимающие решения, пытаются своей властью преодолеть сложность местных проблем.

Местные органы власти могут играть важную роль в принятии решений и реализации политики в отношении социальных детерминант здоровья и в принципе могут быть ключевыми действующими субъектами в уменьшении несправедливостей в отношении здоровья и в улучшении социального обеспечения граждан в Европейском регионе. Однако при принятии практических мер по улучшению социальных детерминант здоровья и уменьшению несправедливостей в отношении здоровья местные органы власти также сталкиваются с несколькими проблемами.

- Хотя местные органы власти и могут находиться в более выгодном положении для реагирования на местные потребности, они всегда вынуждены действовать в более широком правовом контексте, который создает условия, определяющие их способность принимать конкретные меры.
- Акцент на местный уровень, децентрализация и делегирование полномочий могут вызвать напряженность в отношениях между разными уровнями государственного управления (вертикальные конфликты) или между разными местными государственными учреждениями (горизонтальные конфликты). Проблемы обеспечения согласованности общих целей национальной политики с мерами, предпринимаемыми на территориальном уровне, и с целями местных проектов могут подрывать последовательность и синергизм проводимой деятельности.
- Не всегда можно исходить из того, что местные органы власти обладают достаточными возможностями и ресурсами для того, чтобы добиться максимальных улучшений в показателях здоровья населения за счет воздействия на социальные детерминанты здоровья и осуществлять стратегии в отношении тех социальных детерминант, за которые они несут ответственность (10,12).

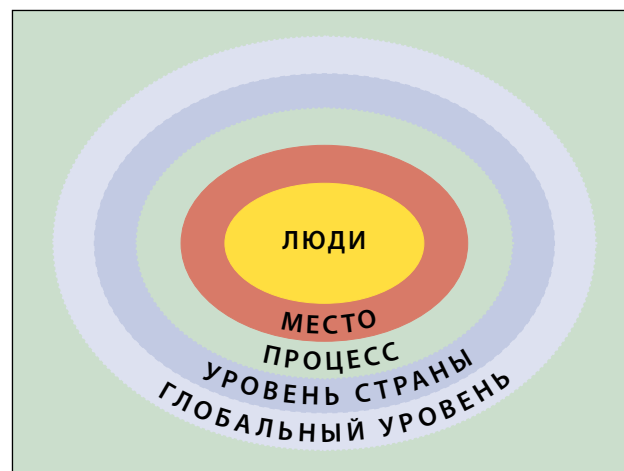
Эти вопросы рассматриваются в главе 3, где также приводятся примеры действий, предпринимаемых местными органами власти, о которых говорилось в интервью с ключевыми заинтересованными сторонами.

1.5 Какие социальные детерминанты здоровья особенно тесно связаны с городской средой?

В документе *Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action* (6)

показана роль городских властей в изменении социальных детерминант здоровья и несправедливости в отношении здоровья, которая реализуется через людей, процесс и географическое место (рис. 1). Указывается, что в городах органы власти отвечают за конкретное место и за здоровье и благополучие его жителей, мигрантов и гостей. Городские власти также в разной степени несут ответственность за многие процессы, происходящие в этом месте (административные, регулятивные, коммерческие и социальные процессы, а также процессы планирования), или обладают потенциалом оказывать влияние на них.

Рис. 1. Воздействие на социальные детерминанты здоровья через место, процесс и людей



Источник: *Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action* (6).

Одной из важных детерминант здоровья является искусственная и природная среда обитания. Это особенно относится к группам населения, которые находятся в неблагоприятном положении вследствие относительной бедности, безработицы, низкого социального статуса, гендерной принадлежности, сексуальной ориентации, национальности или инвалидности. Как правило, у них меньше возможностей выбора, они живут в местах и социальных средах, которые мало спо-

способствуют хорошему здоровью, и практически не способны вырваться из нездоровых условий труда и жизни. Имеющиеся данные (1) указывают на социальный градиент в группах населения, живущих в районах с наименее благоприятными условиями окружающей среды, и на необходимость выделения средств на строительство нового и обновление имеющегося жилья по всему социальному градиенту. В исследованиях, проведенных в начале 2000-х годов (13), для описания пространственных моделей, в которых совпадают неблагоприятное социально-экономическое положение людей и низкое качество окружающей среды, был использован термин “экологическая справедливость”. В нескольких обзорах (14) отмечается, что люди с низким доходом чаще живут в искусственной среде обитания низкого качества (включая повышенную подверженность воздействию рисков для здоровья, создаваемых шумом и неудовлетворительным качеством воздуха), и это способствует неудовлетворительному состоянию здоровья. Слои риска для здоровья могут также частично накладываться друг на друга. Особенно уязвимы дети и старики, причем не только из-за своей биологической слабости, но и из-за того, что значительное их число имеют низкий уровень дохода.

Однако пространственные различия могут ассоциировать с огромными различиями в итоговых показателях здоровья. К числу основных пространственных механизмов, которые влияют на это, относятся транспорт, загрязнение воздуха, безопасность дорожного движения, микрорайоны и наличие в них социально значимых объектов, жилье и градостроительное проектирование, зеленые зоны, преступность и страх перед преступностью, городская окружающая среда и климат в городах.

1.5.1 Транспорт

Семьи с более низким уровнем доходов обычно менее мобильны, но более подвержены воздей-

ствию неблагоприятных условий окружающей среды, связанных с транспортом – загрязнения воздуха, шума, дорожного движения. Более обездоленные люди также более восприимчивы к этим вредным последствиям для здоровья, поскольку они более уязвимы перед болезнями, связанными с другими социальными детерминантами здоровья. Факты показывают, что доступ к транспорту, который позволяет жителям выезжать за пределы своей общины, положительно коррелирует со снижением страха перед социальной изоляцией и с позитивным психическим здоровьем (15).

1.5.2 Загрязнение воздуха

От загрязнения воздуха больше всего страдают люди, находящиеся в неблагоприятном социально-экономическом положении: повышается риск респираторных заболеваний и других болезней. В нескольких странах, в том числе в Норвегии, повышенный уровень загрязнения воздуха связывают с районами проживания обездоленных групп населения (16). В других исследованиях было показано, что даже города, в которых эта тенденция может и не проявляться, где люди с более высоким социально-экономическим статусом подвержены воздействию самых высоких уровней загрязнения, показатели смертности от причин, обусловленных загрязнением воздуха, всё равно наиболее высоки среди людей с более низким социально-экономическим статусом, а это указывает на более высокую чувствительность у наиболее обездоленных людей к влиянию загрязнения воздуха (17).

1.5.3 Безопасность дорожного движения

Несмотря на принятые стратегии профилактики дорожно-транспортных происшествий, в глобальных масштабах они являются самой главной отдельно взятой причиной непреднамеренного травматизма (8). Показатели смертности и тяжелых травм в результате дорожно-транспортных про-

исшествий колеблются в очень широких пределах в зависимости от социально-экономического статуса. Проведенное в Англии исследование (18) показало, что у детей в наиболее обездоленных 10% районов вероятность быть сбитым машиной в четыре раза выше, чем у детей в наименее обездоленных 10% районов. Особенно уязвимыми перед дорожно-транспортным травматизмом являются дети в возрасте 0–19 лет и люди старше 60 лет.

1.5.4 Микрорайоны и наличие в них социально значимых объектов

Одним из главных факторов, влияющих на уровень физической активности, особенно среди групп населения с низкими уровнями доходов, которые получают значительную часть своей физической нагрузки не от рекреационных занятий, а от занятий повседневной жизни и передвижений, являются модели городского землепользования (19). Доступ к таким местным объектам, как магазины, школы, поликлиники и места неформального отдыха, имеет большое значение для здоровья и благополучия благодаря как той физической активности, которая требуется для того, чтобы до них добраться, так и социальному общению по дороге туда или на самих объектах. Особенно важно это для людей, которые большую часть своей физической активности получают от ходьбы пешком, а не во время отдыха. Однако районы, неблагополучные в социально-экономическом отношении, испытывают в несоразмерно большей степени ухудшение элементов городской окружающей среды, которое проявляется, например, в обветшании зданий, вандализме, граффити и захламленности, что ведет к ощущению отсутствия безопасности на улицах, в парках и на игровых площадках. Это означает, что люди, живущие в таких районах, пользуются этими объектами реже, чем жители в других районах, и детей реже выпускают из

дома поиграть. Это приводит к снижению уровня физической активности и усугубляет такие нарушения здоровья, как ожирение. Вторичный анализ одномоментного поперечного обследования 12 городов Европы (20) показал, что у респондентов, живущих в районах с высокими уровнями захламленности улиц и граффити, вероятность вести физически активную жизнь на 50% ниже, чем у респондентов из районов с низкими уровнями подобных негативных явлений, но на 50% выше вероятность иметь избыточную массу тела.

1.5.5 Жилье и градостроительное проектирование

Домашние хозяйства с низким уровнем доходов чаще проживают в жилищах низкого качества, которые труднее и дороже отапливать: это является иллюстрацией пространственной сегрегации городов. Дополнительное число случаев смерти в период с декабря по март объясняется холодной погодой, когда наиболее уязвимыми оказываются дети, лица пожилого возраста и люди с продолжительной болезнью. Рост цен на топливо усугубляет проблему, с которой сталкиваются люди, живущие в домах с плохой теплоизоляцией, и является причиной энергетической бедности и ухудшения здоровья. Проблемы шума в окружающей среде могут также вызывать нарушение сна, приводить к развитию сердечно-сосудистого заболевания и нарушению психического здоровья, и всё это в более тяжелой форме проявляется в обездоленных районах и в районах с высокой плотностью жилой застройки, которые обычно заселены людьми с низким уровнем доходов.

1.5.6 Зеленые зоны

Имеющиеся данные (21) показывают, что зеленые зоны, или озелененные территории оказывают благотворное влияние как на соматическое, так и на психическое здоровье и благополучие. Это

благотворное влияние проявляется во многих формах и включает уменьшение общих нарушений здоровья, снижение кровяного давления, уровней холестерина в крови и стресса и улучшение общего субъективного ощущения здоровья и устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям.

Эти же данные (21) свидетельствуют о том, что неравенство в показателях смертности меньше в группах населения, живущих в наиболее озелененных районах. Однако зеленые зоны неодинаково доступны всему населению: в микрорайонах, где проживают люди с низким уровнем доходов, часто не хватает зеленых зон или эти зоны не содержатся в надлежащем состоянии, подвергаются вандализму или небезопасны для посещения. Польза в виде повышения уровня физической активности и улучшения психического здоровья проявляется только в тех случаях, когда зеленые зоны отличаются высоким качеством, физически доступны и безопасны.

Как явствует из нескольких обзоров (14), доступ к зеленым зонам и природе положительно сказывается на психическом здоровье, так как, вероятно, снижает стресс и дает возможность отвлечься и уйти на некоторое время от повседневных забот. Кроме того, наличие зеленых зон содействует социальному общению и единению. И наоборот, ограниченный доступ к зеленым зонам ассоциирует с ухудшением психического здоровья. Обитатели городского социального жилья, которым открывается вид на деревья и открытое пространство, демонстрировали повышенную способность справляться со стрессом по сравнению с жителями, которым такой вид не открывается. Особую пользу от доступа к зеленым зонам получают лица пожилого возраста. Такой доступ также оказывает более сильное положительное влияние на соматическое здоровье людей с низким уровнем доходов (22).

Включение доступных и безопасных зеленых зон в планировку городских кварталов повышает степень их использования и положительно влияет на уровни физической активности, психического благополучия и устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям, а также на субъективно воспринимаемую угрозу преступности (23).

1.5.7 Преступность и страх перед преступностью

Одним из главных социальных последствий городской жизни является субъективно ощущаемый жителями страх перед насилием или преступностью (24). Было показано, что это негативно влияет на психическое здоровье. К числу групп населения, которые чувствуют себя наиболее уязвимыми, относятся женщины, особенно матери с низким уровнем доходов и люди с нарушениями психического здоровья (14). На восприятия безопасности влияют страх перед уличной преступностью, но также и дорожно-транспортный травматизм и реакция на эстетические впечатления, что включает присутствие граффити, мусора на улицах и неприглядное состояние окружающих строений в местной общине (23). Такое неприглядное состояние несоразмерно чаще встречается в районах с низким уровнем доходов населения и районах, неблагополучных в социально-экономическом отношении (14).

Согласно имеющимся данным (15), преступность и страх перед преступностью могут приводить к тому, что жители будут испытывать ощущение пространственно-временного неравенства. Было показано, что это ведет к плохому состоянию психического здоровья, включая ощущение социальной изоляции, негативное настроение и низкую самооценку.

Термином “пространственно-временное неравенство” описывается неравномерность в возможностях жителей общины иметь доступ

к пространствам и пользоваться пространствами в своем непосредственном окружении и в более широкой окружающей среде в разное время дня или ночи. Было установлено, что такое неравенство менее распространено среди мужчин с хорошим психическим здоровьем и женщин со средним уровнем дохода. По-видимому, пространственно-временное неравенство удалось уменьшить благодаря вмешательствам, которые поощряют пространственные и временные перемещения и возможности выхода в более широкое географическое пространство, такие как комплексные системы местного общественного транспорта и выдача государством бесплатных проездных документов уязвимым группам населения.

1.5.8 Городская окружающая среда и климат в городах

У здоровых и экологически устойчивых городов общие стратегические программы действий по смягчению последствий изменения климата, хотя эти последствия на территории Региона неизбежно бывают разные. Есть два особенных аспекта изменения климата, которые оказывают значительное негативное воздействие на городскую среду и непропорционально большое влияние на положение людей, находящихся в неблагоприятных социально-экономических условиях, что в принципе может увеличить несправедливость в отношении здоровья и ослабить социальное единение – это повышение температуры и наводнения.

Воздействие жары в городской среде вызывает болезни и смерть. Люди, имеющие более низкий социально-экономический статус, и группы этнических меньшинств чаще проживают в более жарких кварталах и больше страдают от теплового стресса и засухи. Такие факторы, как высокая плотность застройки, скудость растительности и отсутствие в микрорайоне открытых пространств, в значительной степени коррели-

руют с повышенными температурами. По мере роста средних и максимальных температур этот риск неизбежно будет повышаться.

Все больше угроз для здоровья будут создавать городские наводнения, вызываемые повышением уровня моря и разливом рек. К последствиям наводнений для здоровья относятся утопление, травмы, инфекционные болезни, стресс и утрата жизненно важной городской инфраструктуры и системы обслуживания. Что касается неравенства в отношении здоровья, последствия наводнений могут быть особенно катастрофическими для групп населения, и без того находящихся в неблагоприятном положении, таких как дети, старики, люди с ограниченными возможностями, этнические меньшинства и люди с низким уровнем доходов. К тому же люди, находящиеся в неблагоприятном положении, могут проживать в районах, которые более уязвимы перед наводнениями.

1.6 Стратегическая направленность

Все эти факторы, которые затрагивают людей, находящихся в неблагоприятном положении, в большей степени, чем людей благополучных и обеспеченных, и усугубляют влияние социальных и экономических детерминант здоровья, отражают более широкий контекст политики, в котором формируются стратегии в области землепользования, транспорта и развития. Стратегические решения, определяющие городскую форму, влияют на близость социально значимых объектов, возможности трудоустройства и получения дохода, доступ к качественным зеленым зонам и жизнеспособным способам перемещения, а значит, определяют, где и как люди живут и работают и каково будет их психическое благополучие и соматическое здоровье. Фактические данные свидетельствуют о том, что в здоровье имеется социальный градиент. Люди, у которых лучше доступ к ресурсам, услугам и возможностям добить-

ся успеха в жизни, обладают пропорционально лучшим здоровьем по всему этому градиенту.

Стратегическая и согласованная направленность внимания на социальные детерминанты здоровья означает принятие мер на всех этапах жизни для улучшения условий повседневной жизни, в которых люди рождаются, вырастают, живут, трудятся и старятся. Это включает развитие в раннем детском возрасте и образование, занятость и условия труда, доход и доступ к ресурсам, обучение, людей и географические места, транспорт и изменение климата и экологическую устойчивость. При этом граждане и сообщества получают больше прав и возможностей, что позволяет им в большей степени контролировать свою жизнь и полноценно участвовать в жизни общества и обеспечивает социальное единение и справедливость. В этих процессах объединены концепции людей и места проживания. В “Основе для действий” (6) подчеркиваются выгоды от переноса акцентов на подход, в большей степени предполагающий учет и использование ресурсов здоровья, при налаживании взаимодействия с местными сообществами и при формировании прочных местных партнерств, дирижером в которых выступают местные органы власти, имеющие своевременно разработанные и принятые стратегические документы для достижения справедливости в отношении здоровья (см. “Основу для действий”, разделы 4.1.1, 4.1.2, 5.1, 5.2, 5.3.3 и 5.8.2).

Здоровье и справедливость в отношении здоровья необходимо оценивать с точки зрения наличия как стратегических планов, так и детально проработанных решений на уровне микрорайонов, чтобы принимаемые решения приводили к уменьшению несправедливостей в отношении здоровья, а не создавали или еще больше не усугубляли их. Повышенное внимание к социальным детерминантам здоровья можно было бы включить в стратегическую оценку состояния окру-

жающей среды, оценку воздействия на здоровье и оценку воздействия на социальную справедливость. В “Основе для действий” (6) изложены важнейшие меры, направленные на полноценное использование данных и включение этого показателя в оценку воздействия на здоровье, чтобы принимаемые меры носили целенаправленный характер и можно было контролировать их результаты (см. “Основу для действий”, разделы 4.1, 5.1, 5.3.1, 5.3.3, 5.5, 5.7.4, 5.8.6 и 6.2).

Во вставках 1 и 2 приводятся примеры передовой практики работы.

Вставка 1. Обращение вспять тенденций путем формирования облика мест проживания

Город Фрайбург в Германии последние три десятилетия целеустремленно осуществляет прогрессивную и комплексную стратегию в области землепользования и транспорта, в основе которой лежит поощрение ходьбы пешком и езды на велосипеде и развитие общественного транспорта. Люди с самыми разными уровнями доходов отказались от использования автомобилей и получили свободу передвижения по городу, что дало всем равный доступ к рабочим местам и жилью в более здоровой окружающей среде, свободной от засилья автомашин. В процессе недавно проведенной застройки нового городского микрорайона Фаубан были созданы зоны практически без автомобильного движения, где детям можно свободно и безбоязненно играть, что способствует укреплению местного сообщества.

Вставка 2. Реализация принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях в Словении

Хорошим примером практической реализации принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях служит организация системы школьного питания, основанная именно на этом принципе. Это особенно важно потому, что в Словении высок уровень занятости среди женщин. Система хорошо налаженного школьного питания была усовершенствована в процессе реализации Национальной стратегической программы в области пищевых продуктов и питания на 2005–2010 гг. В этой системе всем детям, которые учатся в начальной школе, предлагается питание до четырех раз в день. В средних школах система предлагает учащимся до двух организованных приемов пищи, а в исключительных случаях и больше. Практически во всех начальных школах и в каждой четвертой средней школе имеется собственная кухня. Блюда готовятся в соответствии с рекомендациями по здоровому рациону питания, в которых не только указаны физиологическая потребность в пищевых веществах, но и даются инструкции по приготовлению здоровых блюд и подчеркиваются образовательные элементы. Одним из важнейших преимуществ школьного питания является то, что оно выравнивает социальный градиент. Все дети как в начальных, так и в средних школах получают пищу по льготным ценам, а примерно одна треть детей получает ее бесплатно в зависимости от социально-экономического статуса.

Источник: Buzeti et al. (25).

2. Насколько справедливы положения доклада Комиссии по социальным детерминантам здоровья и стратегического обзора неравенств в отношении здоровья в Англии после 2010 г. для городского контекста

2.1 Введение

В данной главе кратко излагаются фактические данные, собранные Комиссией ВОЗ по социальным детерминантам здоровья, и выработанные ею рекомендации (1), а также рассматривается вопрос о том, как они могут быть применены к городскому контексту в странах с высоким и средним уровнем доходов. Также представлены фактические данные и рекомендации по этому же вопросу, содержащиеся в документе *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010* (26), причем особое внимание уделяется приоритетной стратегической задаче создания и развития здоровых и экологически устойчивых мест проживания и сообществ. Особо рассматриваются в данной главе вопросы активного передвижения, доступа к качественному пространству, социального капитала, формирования облика мест проживания, экологической устойчивости и искусственной среды обитания, а также объединения планирования, транспорта, жилья и охраны окружающей среды и здоровья в едином общесистемном процессе и партнерстве для воздействия на более широкие социальные детерминанты здоровья.

"Основа для действий" (6) содержит методические указания в отношении развития сотрудничества на принципах партнерства и создания объединенных комплексных стратегий, чтобы обеспечить политическую приверженность и выработать у заинтересованных сторон чувство ответственности за решение общей задачи (см. "Ос-

нову для действий", разделы 4.1, 4.3, 5.3.1, 5.3.3, 5.4, 5.7.4, 5.8.3, 6.1 и 6.2).

2.2 Комиссия по социальным детерминантам здоровья

ВОЗ создала Комиссию по социальным детерминантам здоровья (2005–2008 гг.), которая в качестве идеала видела "мир, где все люди вольны жить такой жизнью, которую у них есть основания ценить" (1). Цель создания Комиссии состояла в том, чтобы дать толчок глобальному движению за принятие мер воздействия на социальные детерминанты здоровья с тем, чтобы улучшить справедливость в отношении здоровья и устранить предотвратимые, систематические различия в отношении здоровья между группами населения, которые определяются по признакам социально-экономического положения, рода занятий, образования, географического места проживания, пола, расы и национальности, наличия инвалидности, а также по наличию пересечений этих признаков между группами (например, социально-экономическое положение и пол).

Различия в отношении здоровья в обществе не предполагают дихотомического деления людей на две несовместимые категории – тех, кто находится в благоприятных социальных условиях, и тех, кто находится в неблагоприятных условиях. Чаще эти различия наблюдаются в виде градиентов, когда итоговые показатели здоровья постепенно ухудшаются по мере перехода от наиболее благополучных в социальном отношении

людей к людям, живущим в самых неблагоприятных условиях в обществе. Так, ожидаемая продолжительность жизни уменьшается на каждой более низкой ступени на шкале доходов. Фактические данные о социальном градиенте в состоянии здоровья (1) показывают, что люди, имеющие более высокий социально-экономический статус, имеют более широкий диапазон шансов в своей жизни и больше возможностей преуспеть и жить в полном благополучии и обладать лучшим здоровьем. Их здоровье различается в зависимости от социально-экономического положения на градиенте. Как следствие, все остальные, кроме тех, кто находится на вершине градиента, проигрывают в здоровье.

Критически важной становится крутизна градиента: в странах, где неравенство в доходах выражено меньше, медицинские и социальные проблемы возникают реже. Там же, где неравенство в доходах велико, не только люди, находящиеся в наименее благоприятных условиях, страдают больше всех, но и общее бремя выше, чем в обществах с большей степенью равенства (27).

Комиссия концептуально определила социальные детерминанты здоровья как условия, в которых люди живут в повседневной жизни, и структурные влияния на эти условия, которые в конечном счете отражают распределение власти и ресурсов внутри стран и между ними. Комиссия собрала, критически рассмотрела и проанализировала фактические данные со всего мира о социальных детерминантах здоровья и о воздействующих на них стратегиях и программах. Основываясь на этих фактических данных, Комиссия сформулировала рекомендации в отношении мер воздействия на социальные детерминанты здоровья с тем, чтобы подтолкнуть страны, глобальные институты и национальные и международные организации к принятию мер по улучшению здоровья населения, улучшению

распределения здоровья и снижению степени обездоленности вследствие нездоровья (28). Проще говоря, Комиссия пришла к выводу, что несправедливости в обществе в отношении здоровья возникают из-за социальных неравенств. Уменьшение несправедливостей в отношении здоровья и улучшение тем самым общего состояния здоровья населения требует принятия мер для воздействия на процессы, которые способствуют относительно неблагоприятным условиям жизни и исключению из жизни общества, путем построения более справедливого общества.

Комиссией было предложено три принципа действия по устранению несправедливостей в отношении здоровья:

- улучшение условий повседневной жизни – условий, в которых люди рождаются, вырастают, живут, трудятся и старятся;
- преодоление несправедливости в распределении власти, денег и ресурсов – структурных движущих сил этих условий повседневной жизни – на глобальном, национальном и местном уровнях;
- измерение масштаба проблемы, оценка действий, расширение базы знаний, развитие кадровых ресурсов, которые получают подготовку по вопросам социальных детерминант здоровья, и повышение информированности общества относительно социальных детерминант здоровья.

В рамках этих принципов Комиссия выработала рекомендации относительно действий в таких областях, как развитие в раннем детском возрасте и образование, искусственная среда обитания и устойчивое развитие, система найма на работу и условия труда, социальная защита, системы здравоохранения, учет вопросов справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях, справедливое финансирование, ответственность

рынка, гендерная справедливость, расширение политических прав и возможностей и право голоса, глобальное стратегическое руководство и мониторинг, подготовка кадров и научные исследования.

Все эти области действия имеют прямое отношение к городскому контексту, но многие из них лежат вне сферы компетенции сектора здравоохранения. Для того, чтобы максимально эффективно воздействовать на социальные детерминанты здоровья, необходимо, чтобы сектор здравоохранения сотрудничал с другими секторами на всех уровнях – местном и национальном – как в системе государственного управления, так и в обществе в целом.

2.2.1 Измерение масштаба проблемы

В основе информационно-разъяснительной работы и мер воздействия на социальные детерминанты здоровья лежат данные о смертности и заболеваемости с разбивкой по социально-экономическим группам, полу, национальности и расе, географическим районам проживания, а внутри ограниченных районов – по шкале депривации, а также данные о распределении социальных детерминант здоровья. Создание национальных систем оценки и мониторинга справедливости в отношении здоровья и плановый сбор данных о социальных детерминантах здоровья, которыми обусловлены несправедливости в отношении здоровья, имеет фундаментальное значение для процесса разработки национальных и местных стратегий по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья. В "Основе для действий" (6) рассматриваются вопросы разумного использования данных для разработки взвешенных стратегий и для мониторинга прогресса в области уменьшения несправедливостей в отношении здоровья (см. "Основу для действий", разделы 4.1.1, 5.1, 5.2, 5.3.1, 5.5, 5.8.6 и 6.3).

2.2.2 Учет справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях – согласованные действия всех секторов

В основе рекомендаций Комиссии лежит понимание того, что на здоровье населения и на несправедливости в отношении здоровья в принципе может влиять политика в каждом секторе государственного управления. Вопросы охраны здоровья могут не находиться в положительно выраженной форме в центре внимания во многих областях политики, однако, если потенциальное влияние этих областей политики на здоровье населения и справедливость в отношении здоровья учитываться не будет, то, вероятно, будут упущены возможности как выравнивания градиентов в здоровье, так и получения попутных выгод для других итоговых показателей здоровья. Действия, согласованные между различными секторами, могут способствовать значительному улучшению показателей здоровья. Обычным этапом в разработке политики должна стать оценка воздействия всех направлений политики и программ на справедливость в отношении здоровья, проводимая в рамках процесса оценки воздействия на здоровье.

Для совместных действий различных секторов необходимо создать реальные партнерства на уровне страны и на местном уровне со всеми государственными министерствами, ведомствами и учреждениями, с третьим сектором и, в зависимости от обстоятельств, с частным сектором. Очень важны для преодоления несправедливостей в отношении здоровья мероприятия, проводимые на местном уровне, которые часто способствуют активному участию населения в планировании развития местных общин и разработке программ. Такие инициативы должны быть подкреплены определенным механизмом финансирования и структурой подотчетности, соответствующими местным потребностям. При инициировании партнерств между секторами, у которых разные

методы работы и организационная культура, важно представить этот вопрос так, чтобы учесть и объединить интересы всех партнеров (вставка 3).

2.2.3 Стратегическое руководство на глобальном уровне

Такие факторы глобального уровня, как мировые финансовые рынки, торговля и изменение климата, которые лежат за пределами регуляторных полномочий одной страны, действующей в одиночку, и требуют сотрудничества между странами всего мира, влияют на социальные детерминанты здоровья, проявляющиеся на местном уровне через условия, в которых люди живут в повседневной жизни. Страны с низким и средним уровнем доходов и люди с низким уровнем доходов во всех странах несоразмерно больше страдают от опасностей, связанных с процессами глобализации, тогда как люди с высоким уровнем доходов во всем мире получают львиную долю выгод от этих процессов. Комиссия по социальным детерминантам здоровья рекомендовала реформировать институты и процессы стратегического руководства на глобальном уровне так, чтобы все страны на справедливой основе могли участвовать и были равноправно представлены в этом руководстве и чтобы справедливость в отношении здоровья стала одной из глобальных целей в области развития.

2.2.4 Расширение политических прав и возможностей и право голоса

Во всех рекомендациях Комиссии подчеркивается важность расширения политических прав и возможностей на всех уровнях принятия решений. В основе развития справедливости в отношении здоровья лежит справедливое представительство забот и интересов отдельного человека и общества в процессах принятия решений на местном уровне. В Европейском регионе существует много механизмов, обеспечивающих участие общественно-

Вставка 3. Подбор доводов в пользу совместной работы различных секторов

- ▶ Исходить из того, что общественность озабочена по поводу здоровья и благополучия какой-либо группы, находящейся в неблагоприятных условиях.
- ▶ Использовать известных политических деятелей как поборников идеи и защитников принципа совместной работы различных секторов.
- ▶ Сформулировать проблему таким образом, чтобы все секторы могли признать ее.
- ▶ Использовать факт лидерства на международном уровне.
- ▶ Создать платформу для взаимодействия ученых.
- ▶ Указывать на озабоченность в связи с необходимостью более рационального использования дефицитных ресурсов.
- ▶ Признать недостатки прежних подходов, особенно таких, при которых секторы работали врозь.
- ▶ Использовать возможности, открывающиеся в период политических перемен, для переоценки ролей и налаживания более согласованной совместной работы.
- ▶ Вырабатывать консенсус, используя встречи, на которые собираются представители разных секторов, такие как конференции или собрания местных общин.

Источник: Peake et al. (28).

сти в принятии решений на местном уровне. Тем не менее, многие из этих механизмов можно было бы радикально улучшить и тем самым воздействовать на социальные детерминанты здоровья.

2.2.5 Гендерное равенство

Достижение гендерного равенства в отношении здоровья подразумевает устранение различий между мужчинами и женщинами, которые изначально являются предотвратимыми и ненужными и потому несправедливыми. В большинстве общественных укладов мужчинам и женщинам традиционно принадлежат разные социальные роли. Этими ролями определяются различия в условиях жизни и труда. Прогресс в достижении гендерного равенства совершенно разный как в разных странах, так и внутри отдельных стран. Во многих странах по-прежнему сохраняются большие диспропорции в участии женщин и мужчин в работе центральных и местных органов государственного управления.

Для того, чтобы содействовать гендерному равенству, Комиссия призвала страны и организации устранять гендерные перекосы в структурах общества законодательными средствами, используя механизмы на национальном и местном уровне для анализа значения стратегий, программ и организационных структур для гендерного равенства и принятия на этой основе соответствующих мер и изменяя показатели, используемые для оценки эффективности экономики страны, таким образом, чтобы они включали вклад в экономику людей, которые заботятся о доме и семье и выполняют работу на добровольных началах.

2.2.6 Ответственность рынка

Рынки приносят огромную пользу – это новые технологии, товары и услуги, которые во многих случаях улучшают условия повседневной жизни, но они же могут оказывать и негативное влияние. Цели стратегий, направленных на обеспечение социальной справедливости, состоят в том, чтобы добиться более справедливого распределения высококачественных услуг и ресурсов, жизненно важных для здоровья, и гарантировать эффектив-

ное регулирование продукции, видов деятельности и условий, которые причиняют вред здоровью или приводят к несправедливостям в отношении здоровья. Многие из этих действий должны предприниматься на национальном или наднациональном уровне. Однако за регулирование пространственного распределения многих товаров и услуг, например, регулирование работы продовольственных магазинов, лицензированных помещений, рекреационных сооружений и объектов, учреждений образования и здравоохранения, отвечают местные органы власти.

2.2.7 Развитие в раннем детском возрасте

Первые годы жизни представляют собой критический период в развитии ребенка во взаимосвязанных областях – социальной, психоэмоциональной, языковой, умственной и физической. Развитие в этих областях в раннем детском возрасте оказывает большое влияние на все последующие этапы жизни, которое проявляется в приобретении навыков, образовании и возможностях трудоустройства и последствиях для итоговых показателей здоровья. Имеющиеся данные показывают, что выделение средств на развитие в раннем детском возрасте в принципе может быть мощным средством выравнивания условий жизни, поскольку наибольшее влияние вмешательства оказывают на детей, находящихся в наиболее неблагоприятных условиях (29).

Что касается детей более старшего возраста – учащихся начальной и средней школы, внимание социальному и психоэмоциональному научению, а также языковому, умственному и физическому развитию может потенциально улучшить посещаемость школы, успеваемость и здоровье.

Комиссия призвала подходить к раннему детскому возрасту и образованию комплексно, начиная с периода до рождения ребенка. Это требует сотрудничества между поставщиками услуг и уча-

ствия групп пользователей, в том числе родителей и детей, в принятии решений, чтобы гарантировать предоставление матерям и детям в надлежащей форме высококачественных, действенных услуг на местном уровне.

2.2.8 Искусственная среда обитания и устойчивое развитие

Как отмечено в главе 1, искусственная среда обитания влияет на здоровье тем, в какой степени она помогает или мешает доступу к товарам, услугам и природной окружающей среде и способствует социальному единению и физическому и психическому благополучию. Большое значение для улучшения здоровья и уменьшения несправедливостей в отношении здоровья имеет разумное стратегическое руководство на местном уровне. Кроме того, появляется все больше фактических данных, которые показывают, что вмешательства в искусственную среду обитания, улучшающие здоровье, могут приносить и сопутствующую пользу природной окружающей среде, уменьшая выбросы парниковых газов. Созданная при Комиссии по социальным детерминантам здоровья Сеть знаний о городской среде (8) определила ключевые этапы в разработке мер вмешательства с целью обеспечения справедливости в отношении здоровья в городских условиях (вставка 4).

2.3 Стратегический обзор неравенств в отношении здоровья в Англии после 2010 года

В опубликованном в 2010 г. обзоре неравенств в отношении здоровья в Англии после 2010 г. (26) собраны самые качественные из имеющихся фактических данных о неравенствах в отношении здоровья. В нем подсчитано, что, если бы у всех в Англии были такие же показатели смертности, как среди людей, находящихся в самых благоприятных условиях, тогда люди, которые в настоящее время преждевременно умирают в результате не-

Вставка 4. Разработка мер вмешательства на уровне стратегического руководства с целью обеспечения здоровой городской среды

- ▶ Организация местного сообщества и обеспечение его участия для определения проблем и расширения прав и возможностей сообщества.
- ▶ Определение мер вмешательства с использованием научных и технических данных.
- ▶ Обеспечение наличия финансовых ресурсов, которые можно использовать для реализации мер вмешательства.
- ▶ Реализация мер вмешательства в интересах сообщества и с его участием.
- ▶ Мониторинг и оценка последствий для здоровья и социальной сферы.

Источник: Knowledge Network on Urban Settings of the Commission on Social Determinants of Health (8).

равенств в отношении здоровья, имели бы в общей сложности от 1,3 миллионов до 2,5 миллионов дополнительных лет жизни. Помимо этого, у них было бы еще 2,8 миллионов лет жизни без ограничивающих возможности болезней или инвалидности. На долю таких болезней приходится потеря производительности, которые оцениваются суммой от 31 до 33 миллиардов фунтов стерлингов ежегодно, недобор налогов и дополнительные платежи по социальному обеспечению в пределах от 20 до 32 миллиардов фунтов стерлингов в год и дополнительные расходы Национальной службы здравоохранения на оказание медико-санитарной помощи, намного превышающие 5,5 миллиардов фунтов стерлингов в год (26).

Существенная доля этих индивидуальных, социальных и экономических издержек нера-

венств в отношении здоровья падает на города, где проживает большинство населения. В нынешнем экономическом климате эти неравенства и связанные с ними издержки будут, скорее всего, только увеличиваться. Поэтому тем более важно, чтобы местные органы власти делали все, что в их силах, для уменьшения неравенств в отношении здоровья как теперь, так и в более долгосрочной перспективе.

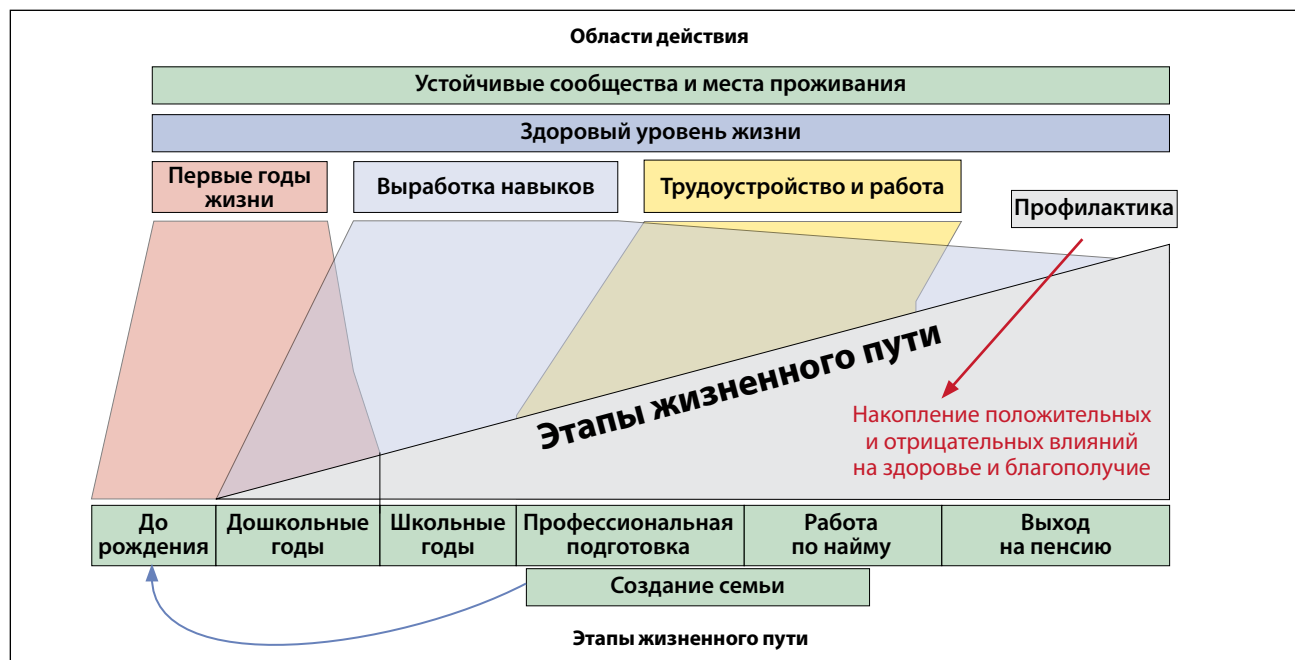
В данном разделе рассматриваются эти социальные детерминанты и приводятся основные фактические данные и рекомендации из "Обзора Мармонта", которые касаются людей и места проживания и в соответствии с которыми местные городские власти должны принимать меры по воздействию на неравенства в отношении здоровья (рис. 2).

В обзоре *Fair society, healthy lives* (26) подчер-

кивается, что социальные детерминанты здоровья на разных этапах жизненного пути влияют по-разному. Когда рассматриваются факторы, связанные как с людьми, так и с местами проживания, нужно также принимать во внимание проблемы, которые необходимо решать на разных этапах жизненного пути.

Неблагоприятные условия жизни начинаются еще до рождения и накапливаются в течение всей жизни. Для уменьшения крутизны социального градиента в здоровье и сокращения разрыва в показателях здоровья необходимо сосредоточить внимание на воздействии на социальные детерминанты здоровья с акцентом на факторы, связанные с людьми и местами проживания, путем принятия широкомасштабных и систематических мер реагирования (6).

Рис. 2. Подход к здоровью, охватывающий все этапы жизненного пути



Источник: *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010* (26). Воспроизводится с разрешения издателя.

2.3.1 Факторы, связанные с людьми

Как было отмечено в обзоре (26), многочисленные социальные детерминанты на разных этапах жизни воздействуют на людей как индивидов и как социальные группы по-разному, и это воздействие накапливается у них в течение всей жизни. Эти детерминанты включают опыт в раннем детском возрасте, итоги образования, трудоустройство и качество условий труда, доход и поведение в отношении собственного здоровья.

2.3.1.1 Опыт в раннем детском возрасте

Имеется солидный объем фактических данных, которые показывают, что опыт, полученный в первые несколько лет жизни, оказывает глубокое воздействие на наше здоровье и развитие на протяжении всего жизненного пути (1). В раннем детстве закладывается фундамент ключевых аспектов развития человека – физического, интеллектуального и психоэмоционального.

2.3.1.2 Итоги образования

Приобретенные первые когнитивные и некогнитивные навыки в сочетании с многочисленными другими индивидуальными, семейными, школьными и экологическими факторами влияют на достижения в учебе и социальные навыки, которые в свою очередь представляют собой ключевые показатели, позволяющие прогнозировать последующие итоги, в том числе касающиеся соматического и психического здоровья, дохода, занятости и качества жизни. Достижения в учебе во всем Европейском регионе характеризуются выраженным социальным градиентом и значимо коррелируют со здоровьем.

2.3.1.3 Трудоустройство и качество условий труда

Наличие хорошей работы защищает здоровье. И наоборот, безработица способствует ухудшению здоровья. Поэтому вовлечение людей

в трудовую деятельность имеет большое значение для уменьшения неравенств в отношении здоровья. Однако работа должна быть хорошей – сохраняться в долгосрочной перспективе и иметь минимальный уровень качества. Это включает не только заработную плату, обеспечивающую достойную жизнь, но и хорошую организацию труда с низкими уровнями стресса, связанного с работой, и высоким уровнем самостоятельности работника, возможности профессионального и карьерного роста, гибкость, позволяющую людям разумно сочетать трудовую и семейную жизнь, и защиту от других неблагоприятных условий труда, которые могут причинять вред здоровью.

2.3.4.1 Доход

Хорошая работа ассоциирует с адекватными уровнями доходов, но вопрос еще и в том, в какой степени имеющийся уровень дохода позволяет людям быть здоровыми: это также зависит от доступа к системам справедливой и адекватной социальной защиты.

В "Обзоре Мармота" (26) был рекомендован минимальный доход, необходимый для здоровой жизни. Этот минимальный доход, необходимый для здоровой жизни, рассчитывается в каждом случае по-разному и изменяется в зависимости от семейных обстоятельств индивидов, а также различается внутри стран и между странами. Он включает уровень дохода, необходимый для нормального рациона питания, достаточной физической активности, адекватного жилья, социального общения, участия в жизни общества, транспорта, получения медико-санитарной помощи и личной гигиены.

2.3.1.5 Поведение в отношении собственного здоровья

В Европейском докладе о состоянии здравоохранения 2009 г. (7) выделено семь факторов, действующих на индивидуальном уровне, которые

отвечают примерно за 60% бремени болезни в Европейском регионе ВОЗ: повышенное кровяное давление, потребление табака, вредное потребление алкоголя, высокий уровень сывороточного холестерина, избыточная масса тела, нездоровое питание и недостаточная физическая активность.

Эти факторы обычно больше распространены среди людей с невысоким уровнем образования, более низким профессиональным статусом и более низким уровнем дохода. Они включают в себя вредное для здоровья поведение, которое часто отражает механизмы психосоциальной адаптации или связано с этими механизмами у людей, живущих в условиях материальных лишений.

2.3.2 Факторы, связанные с местами проживания

Место проживания тоже влияет на здоровье и несправедливости в отношении здоровья, и часто связанные с ним факторы взаимодействуют с описанными выше факторами, связанными с людьми. К числу факторов, связанных с местом проживания, относятся окружающая среда, микрорайоны и местные сообщества.

2.3.2.1 Окружающая среда

Влияние окружающей среды на здоровье повсеместно в Европе вызывает растущую озабоченность. Главные факторы, влияющие на здоровье, – это доступ к безопасной питьевой воде и санитарно-техническим средствам, качество воздуха, безопасность труда и травматизм. На счет факторов окружающей среды в Европейском регионе относят более 1,7 миллионов смертей в год (18% всех случаев смерти). На долю окружающей среды приходится примерно одна треть суммарного бремени болезней среди людей в возрасте от 0 до 19 лет. Различия между странами в бремени болезней, обусловленном известными факторами окружающей среды, доходят до четырех раз (7).

2.3.2.2 Микрорайоны и местные сообщества

Одни факторы окружающей среды воздействуют на всю страну, воздействие же других в основном ограничено городами или определенными микрорайонами или только в них проявляется в наибольшей степени. Физические и социальные характеристики местных сообществ и то, в какой степени они создают возможности для здорового поведения или способствуют такому поведению, вносят вклад в социальные неравенства в отношении здоровья (см. главу 1).

2.3.2.3 Рекомендации из "Обзора Мармота"

Уменьшение неравенств в отношении здоровья требует принятия мер для достижения шести основных стратегических целей (26):

- "обеспечить каждому ребенку самое лучшее начало жизни";
- "дать возможность всем детям, подросткам и взрослым максимально реализовать свои способности и самостоятельно управлять своей жизнью";
- "создать справедливые условия найма и обеспечить достойную работу для всех";
- "обеспечить здоровый уровень жизни для всех";
- "создавать и развивать здоровые и экологически устойчивые места проживания и сообщества";
- "укреплять роль и повышать эффективность профилактики нездоровья".

2.3.2.3.1 "Обеспечить каждому ребенку самое лучшее начало жизни"

Действия, направленные на уменьшение неравенств в отношении здоровья, должны начинаться до рождения и продолжаться в течение всей жизни ребенка. Только так можно разорвать тесную связь между неблагоприятными условиями в начале жизни и плохими конечными результатами на протяжении всей жизни. Большое значение имеет уменьшение неравенств в отношении развития

в раннем детском возрасте путем обеспечения каждому ребенку самого лучшего начала жизни.

Это предполагает принятие мер по уменьшению неравенств в раннем формировании соматического и психоэмоционального здоровья и в развитии когнитивных, языковых и социальных навыков, а также по выработке устойчивости детей раннего возраста к неблагоприятным внешним воздействиям и обеспечению их благополучия по всему социальному градиенту. Имеются достоверные фактические данные, подтверждающие необходимость расширения доступа детей к раннему позитивному опыту для уменьшения неравенств в отношении здоровья. Вмешательства на позднейших этапах тоже важны, но они намного менее эффективны, если не будет заложен хороший фундамент в раннем детстве (30). На основе фактических данных были определены следующие конкретные приоритеты:

- Необходимо укреплять материнское здоровье путем оказания высококачественных услуг родовспоможения, причем приоритет должен отдаваться вмешательствам до и после родов, которые снижают неблагоприятные исходы беременности и начальной стадии развития ребенка. То, как питаются мать и ребенок в период внутриутробного развития, какова масса тела при рождении и как растет ребенок до года – все это определяет здоровье в последующие годы взрослой жизни.
- Для того, чтобы добиться последовательных улучшений в развитии в раннем детском возрасте, необходимо предоставлять постоянную поддержку родителям. Эта поддержка должна включать оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком, помощь семьям в виде программ воспитания детей и предоставления услуг нуждающимся, но не обращающимся за помощью, и поддержку в подготовке ребенка к школе.

- Для удовлетворения потребностей по всему социальному градиенту должны предоставляться высококачественные услуги по уходу за детьми и образованию детей дошкольного возраста. Достоверные фактические данные, полученные в разных странах, указывают на эффективность программ ухода за детьми и образования в раннем детском возрасте, причем особенно благоприятны эти программы для детей, находящихся в неблагоприятных условиях.

Совершенно очевидно, что для осуществления этих приоритетных мер требуется финансирование за счет государства. В "Обзоре Мармота" (26) было рекомендовано увеличить долю общих расходов, выделяемую на развитие в первые годы жизни, а также принять меры к тому, чтобы расходы на развитие в раннем детском возрасте прогрессивно распределялись по всему социальному градиенту. Важные решения об увеличении общих расходов принимаются центральными правительствами, однако в большинстве стран важнейшая роль в определении приоритетов и в формировании и осуществлении ассигнований на местном уровне принадлежит местным органам власти.

2.3.2.3.2 "Дать возможность всем детям, подросткам и взрослым максимально реализовать свои способности и самостоятельно управлять своей жизнью"

Для того, чтобы сохранить уменьшение в неравенстве по всему градиенту, которое достигается благодаря выделению необходимых средств на развитие в первые годы жизни, требуется неослабевающая забота о детях и подростках на протяжении всех лет учебы.

Центральное место в этом принадлежит приобретению когнитивных и некогнитивных навыков, которые самым тесным образом связаны как с успехами в учебе, так и со многими другими итовыми показателями, включая более достойную

работу, более высокие доходы и более крепкое соматическое и психическое здоровье. С использованием научных данных были определены перечисленные ниже конкретные приоритетные меры в этой области.

Необходимо уменьшить социальные неравенства в приобретении когнитивных и жизненных навыков. Уход и образование в раннем детском возрасте могут заложить прочный фундамент для детей, но меры в этой области необходимо поддерживать вплоть до того времени, когда ребенок начнет ходить в учебное заведение. Эти меры могут включать программы улучшения подготовленности к школе детей, живущих в неблагоприятных условиях, и укрепления базовых навыков у родителей и поощрения их участия в образовании своих детей (31).

Необходимо установить прочные связи между школой, семьей и местной общиной и принять целостный подход к воспитанию и образованию ребенка, учитывающий весь комплекс его потребностей. Школа может играть в местном сообществе важную роль, которая может быть особенно важна в бедных и обездоленных городских кварталах, где школа может служить ценным ресурсом сообщества для более широкой деятельности по обеспечению ухода за детьми и обучения взрослых (32).

Надежные фактические данные, особенно полученные в странах Северной Европы, показывают, насколько ценно, когда школьные кадры ведут работу не только в школе, но и с семьями (33).

По всему социальному градиенту необходимо улучшить доступ к возможностям получения качественных знаний в течение всей жизни и повысить реальное использование этих возможностей. Образование дается не только в школе и не заканчивается после окончания школы. Особое значение имеет создание условий для того, чтобы молодые взрослые люди могли легко получать поддержку и советы в вопросах выработки жиз-

ненных навыков, профессионального обучения и возможностей трудоустройства. Учитывая старение населения во многих частях Европейского региона, еще одной задачей является обеспечение людям возможности дольше сохранять способность трудиться.

2.3.2.3.3 "Создать справедливые условия найма и обеспечить достойную работу для всех"

Высококачественная и достойная работа благоприятствует соматическому и психическому здоровью, а безработица, особенно длительная, ассоциирует с неблагоприятными итоговыми показателями здоровья. Данные свидетельствуют о том, что стратегии, направленные на выравнивание социального градиента в занятости и условиях труда, должны быть сосредоточены на достижении трех взаимосвязанных программных целей: улучшение доступа к достойной работе и сокращение длительной безработицы по всему социальному градиенту; облегчение людям, находящимся в неблагоприятных условиях на рынке труда, получения и сохранения работы; улучшение качества места работы по всему социальному градиенту.

К числу конкретных приоритетов, определенных на основе фактических данных, относятся следующие.

Необходимо осуществить программы активизации рынка труда, чтобы включить безработных в трудовую деятельность, а не просто предоставлять им пассивную поддержку в виде пособий, выплачиваемых малоимущим, не имеющим работы. Различные виды программ активизации рынка труда стали одной из главных характерных особенностей вмешательств в сфере международной политики на рынке труда и социального развития. Особенно большой опыт в части программ активизации рынка труда имеется в странах-членах Организации экономического сотрудничества

ства и развития: там эти программы нацелены на людей, длительное время не имеющих работы, работников из семей с низким уровнем доходов и конкретные группы людей, находящихся в неблагоприятных условиях на рынке труда.

Факты свидетельствуют о том, что такие программы могут успешно вовлекать людей в трудовую деятельность и способствуют росту доходов среди участвующих в них лиц, однако наиболее действенными они оказываются в тех случаях, когда сочетаются с другими налогово-бюджетными мерами и льготами, направленными на обеспечение достойной оплаты за выполняемую работу. Есть также некоторые данные о том, что участие в программах активизации рынка труда может улучшать состояние здоровья, несмотря на то, что материальные условия жизни остаются нелегкими: здесь срабатывают такие психосоциальные механизмы, как расширение круга социального общения, социальная поддержка и возникающие ощущения контроля над своей жизнью и собственной значимости.

Необходимо создавать условия, при которых у людей будет безопасная, надежно гарантированная и достойно оплачиваемая работа, и поддерживать здоровое соотношение между трудом и личной жизнью, а также предпринимать меры по улучшению условий труда по всему социальному градиенту. За соблюдение законодательных требований и мониторинг и контроль производственной среды отвечают работодатели. Для успешной реализации всего этого нужно, чтобы законы были достаточно строгими, правоохранительные органы имели достаточно ресурсов, а законодательная база была достаточно понятной, чтобы можно было добиться успеха в случае привлечения виновных к ответственности. Обязательной предпосылкой является проведение однозначной и комплексной оценки рисков.

Большое значение имеет улучшение психосо-

циального качества производственной среды. Критически важными детерминантами целого ряда разнообразных расстройств, обусловленных стрессом, являются отсутствие возможности самостоятельно принимать решения и недостаточное вознаграждение за труд – эти детерминанты наиболее распространены среди людей с низким профессиональным статусом. Приоритетное значение имеет в этой связи сосредоточение мер вмешательства на этих аспектах, что требует четкой структуры руководства и разумных стратегий управления стрессом на работе и принятия целенаправленных мер в интересах менее привилегированных категорий работников.

Также необходимо принять меры к тому, чтобы адаптировать время работы и установленные на работе порядки таким образом, чтобы расширить доступ к хорошей работе для групп, находящихся в неблагоприятных условиях на рынке труда. Эти меры могли бы включать установление более гибкого распорядка работы и пенсионного возраста и поощрение и стимулирование работодателей к тому, чтобы они создавали и адаптировали должности, наиболее подходящие для родителей-одиночек, неформальных помощников по уходу и лиц с нарушениями психического и соматического здоровья.

2.3.2.3.4 "Обеспечить здоровый уровень жизни для всех"

Главное для снижения неравенств в отношении здоровья – это иметь достаточно денег для того, чтобы вести здоровую жизнь. Нужны такие стратегии, которые улучшают положение людей с самым низким уровнем доходов и направлены на то, чтобы налогово-бюджетная система и система социальной защиты не были регрессивными и не закрепляли неравенство.

К числу конкретных приоритетов, определенных с использованием фактических данных, относятся установление минимального дохода, не-

обходимого для здоровой жизни людям в любом возрасте, и выравнивание социального градиента в уровне жизни за счет введения политики прогрессивного налогообложения и других налогово-бюджетных стратегий. В существующих требованиях в отношении минимального уровня дохода не учтены потребности в медицинской помощи, и это дало толчок разработке концепции минимального уровня дохода, необходимого для здоровой жизни (34). Такой уровень дохода покрывает расходы на здоровое питание, физическую активность и расходы, связанные с сетями социальной интеграции и поддержки, например, расходы на телефон, телевизор и подарки, и в нем учитываются социальные нормы и ожидания.

Введение минимального дохода, необходимого для здоровой жизни, позволило бы улучшить уровень жизни малообеспеченных людей. Благодаря ему каждый человек получал бы доход, соответствующий потребностям того этапа жизненного пути, на котором он находится, и были бы снижены общие уровни бедности, в том числе детской бедности.

Программы социальной защиты предназначены для сглаживания потоков доходов на всех этапах жизненного пути и действуют как буфер против таких времён, когда людям трудно получить и сохранить гарантированную работу или получать адекватную заработную плату. В идеале система социальной защиты дает людям возможность поддерживать достойный уровень жизни и при этом:

- помогает людям и поощряет их к тому, чтобы они продолжали работать и тогда, когда они переживают ухудшение здоровья или другие события, резко меняющие их жизнь, такие как развод или появление новых обязанностей по уходу за кем-либо;
- облегчает возвращение людей к трудовой деятельности или переход к самозанятости, когда у

них улучшается здоровье или изменяются другие обязанности;

- делает возможным постепенный выход на пенсию такими темпами, которые отражают здоровье людей и их способности в более широком плане, и создает у них заинтересованность в этом;
- создает для людей возможности подготовиться к альтернативной трудовой карьере, открывая доступ к соответствующей подготовке и повышению квалификации;
- предоставляет семьям именно ту поддержку, которая им нужна в воспитании детей.

Однако следует отметить, что большинство современных систем социальной защиты не соответствуют перечисленным выше критериям.

Как показывают имеющиеся данные, более щедрые системы социальной защиты улучшают итоговые показатели здоровья населения и увеличивают ожидаемую продолжительность жизни. Стратегии социального обеспечения также могут различаться и по своей способности защищать людей от неблагоприятных последствий экономических кризисов и существенной нестабильности рабочих мест для их здоровья.

Некоторые данные свидетельствуют о том, что в странах Северной Европы социальные неравенства в отношении здоровья в период экономического спада остаются стабильными, тогда как в других странах Европейского региона как с более либеральной, так и с консервативной политикой они расширяются.

2.3.2.3.5 "Создавать и развивать здоровые и экологически устойчивые места проживания и сообщества"

Как отмечается в главе 1, на здоровье и благополучие людей влияют микрорайоны и сообщества, в которых они живут. Помимо географических

мест проживания, значительное воздействие на здоровье и на неравенства в отношении здоровья оказывают сообщества и круг социального общения, к которым принадлежат люди на протяжении своего жизненного пути. Связи, которыми люди соединены со своими сообществами (их часто называют социальным капиталом или капиталом сообщества), могут давать целый ряд преимуществ. Социальный капитал, благодаря которому люди могут получать социальную поддержку и иметь необходимые связи, которые помогают им найти работу или пережить экономические и иные трудности, может служить источником устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям, буфером, защищающим от высоких рисков нездоровья. Степень участия людей в жизни своего сообщества и дополнительные возможности контролировать свою жизнь, которые дает им социальный капитал, могут в принципе способствовать их психосоциальному благополучию и тем самым улучшать другие итоговые показатели здоровья.

Создание здоровых, экологически устойчивых мест проживания и сообществ должно идти рука об руку с ослаблением последствий изменения климата и иметь с этим направлением работы общую стратегическую программу действий. Ниже перечислены определенные на основании фактических данных конкретные приоритеты, которые позволяют уменьшить неравенства в отношении здоровья и смягчить последствия изменения климата.

По всему социальному градиенту необходимо шире внедрять активные способы передвижения. Активные способы передвижения могут вносить существенный вклад в общее соматическое здоровье и психическое благополучие. Улучшение условий для активных способов передвижения, видимо, требует материального стимулирования мер по повышению уровней безопасности и увеличения необходимых для этого инвестиций. Важную

роль играют меры по замедлению дорожного движения. Число детей, которые гибнут под колесами автомобилей в бедных кварталах городов Великобритании, в пять-семь раз превышает это число в более богатых кварталах.

Необходимо по всему социальному градиенту улучшить доступ к открытым и озелененным пространствам высокого качества. Зеленые зоны и зеленая инфраструктура улучшают психическое и соматическое здоровье и, как показывают данные, уменьшают неравенства в отношении здоровья (22). Мало просто предоставить больше зеленых зон – внимание нужно обратить также и на их дизайн и качество.

Следует улучшить пищевую среду в микрорайонах. Это предполагает решение вопроса доступности приемлемых по стоимости и питательных пищевых продуктов, производимых, перерабатываемых и доставляемых к потребителю стабильно и без ущерба для окружающей среды. На международном уровне исследования показывают, что самым сильным фактором мотивации при выборе пищевых продуктов среди малообеспеченных групп населения является цена. В Соединенных Штатах Америки снижение цен привело к увеличению продаж фруктов и овощей и продуктов с низким содержанием жиров. Ситуация с наличием здоровых пищевых продуктов, особенно свежих, часто бывает хуже в бедных районах вследствие того типа магазинов, который, как правило, распространен в таких районах.

Требуется улучшить по всему социальному градиенту качество и энергоэффективность жилья. Плохое регулирование тепла (когда зимой бывает холодно, а летом жарко) является причиной смерти и других неблагоприятных последствий для здоровья среди лиц пожилого возраста и людей, у которых были нарушения здоровья раньше. Низкое качество жилья может способствовать развитию хронических заболеваний у детей.

Для того, чтобы воздействовать на социальные детерминанты здоровья в микрорайонах, необходимо интегрировать планирование, транспорт, жилищное хозяйство, охрану окружающей среды и системы здравоохранения. Как указывалось в главе 1, влияние описанных выше факторов усугубляется особенностями среды в микрорайоне, которые определяются на стадии планирования искусственной среды обитания, например, конструкция дорог, освещение и доступ к транспортным средствам, местам развлечений и другим объектам. Эти особенности в свою очередь отражают более широкий стратегический контекст, в котором формируются стратегии в отношении землепользования, транспорта и развития. Более подробно этот вопрос рассматривается в главе 3.

Необходимо поддерживать разработанные на местах с использованием фактических данных программы возрождения местных общин, устраняющие барьеры на пути к участию сообществ в планировании и осуществлении практических действий и снижающие социальную изоляцию. Капитал сообществ, или социальный капитал формируется в зависимости от способности сообществ к самоопределению и самоорганизации и под влиянием того, в какой степени центральные и местные организации стремятся вовлечь местные сообщества и расширить их права и возможности. Когда описывают неблагополучные в социально-экономическом отношении районы, принято говорить о нуждах, проблемах, дефицитах, лишениях и пагубном для здоровья поведении. В подходе же, более ориентированном на учет и использование ресурсов здоровья, который предполагает вовлечение граждан в качестве партнеров в деятельность по поддержанию и укреплению здоровья, происходит сдвиг акцентов от моделей и решений "нисходящего" типа, в которых первую скрипку играют специалисты, к поддержке местных сообществ в том, чтобы они

брали контроль в свои руки и создавали для этого местные сети, сохраняющие индивидуальное и коллективное благополучие и предупреждающие стресс, депрессию и социальную изоляцию.

2.3.2.3.6 "Укреплять роль и повышать эффективность профилактики нездоровья"

Как отмечалось выше, многие из основных типов поведения в отношении собственного здоровья и образа жизни, способствующие развитию болезни, подчиняются социальному градиенту: это курение, ожирение, отсутствие физической активности и нездоровое питание. Для уменьшения неравенств в отношении здоровья необходимо сосредоточить внимание на этих типах поведения в отношении здоровья и воздействовать на более широкие детерминанты здоровья.

Традиционно считается, что за профилактику нездоровья отвечают системы здравоохранения, однако для изменения социальных детерминант здоровья требуются усилия многих заинтересованных сторон. Решения, принимаемые на местном уровне в школах, на предприятиях и в организациях, в семье и на центральном уровне в государственных службах, могут в принципе помочь или помешать профилактике нездоровья. Действенные профилактические вмешательства всеобщего или узко направленного характера могут быть осуществлены в рамках партнерств между первичным звеном медико-санитарной помощи, местными органами власти и неправительственными организациями, и эти партнерства могут приносить важные положительные результаты. Инвестиции в профилактику нездоровья, если эффективно организовать и осуществить их, могут привести к улучшению здоровья и увеличению продолжительности жизни, а в долгосрочной перспективе – к уменьшению расходов. Хотя база фактических данных об эффективности вмешательств в сфере общественного здравоохранения

с целью уменьшения неравенств в отношении здоровья и расширяется, она пока остается скромной. Группы населения, благополучные в социально-экономическом отношении, чаще пользуются некоторыми услугами, предоставляемыми в рамках вмешательств на популяционном уровне, таких как программы скрининга, что в принципе может еще больше расширять неравенства в отношении здоровья. Люди, находящиеся в более благоприятном положении, и люди, у которых уже выработаны положительные установки по отношению к своему здоровью, успешнее воспринимают стратегии профилактики нездоровья, направленные на изменение индивидуального поведения, например, связанного с курением, алкоголем, питанием и физической активностью. Поэтому для того, чтобы реально уменьшить неравенства в отношении здоровья с помощью вмешательств как популяционной, так и индивидуальной направленности, необходимо, чтобы предпринимаемые в рамках этих вмешательств действия были пропорционально распределены по всему социальному градиенту.

Конкретные приоритеты, определенные с использованием фактических данных, предусматривают увеличение доли инвестиций, направляемых на предупреждение нездоровья по всему социальному градиенту, в том числе на снижение распространенности курения и вредного употребления алкоголя.

2.3.2.3.7 Роль местных органов власти в создании здоровых, экологически устойчивых мест проживания и сообществ и в профилактике нездоровья

Местным органам власти принадлежит вполне определенная роль в формировании среды в микрорайонах и местных сообществах. В этой связи очень важна функция учреждений и специалистов, занимающихся городским планированием, которые должны полностью отдавать себе отчет

в том, что градостроительное проектирование способно как увеличить, так и уменьшить неравенства в отношении здоровья. Однако и все местные органы власти, деловые круги и местные сообщества сами должны проявлять более широкий подход к партнерству в этой области. Конкретная роль местных органов власти заключается в следующем:

- выявлять потребности населения, включая сбор информации от местных общин, которая затем используется при проектировании микрорайонов и для развития местных услуг и социальных объектов, а также собирать различные данные о гендерных и социально-экономических переменных, о влиянии на справедливость в отношении здоровья и вести регулярный и организованный по строгой методике мониторинг прогресса, в соответствии с положениями "Основы для действий" (6) (см. "Основу для действий", разделы 4.1, 5.3.1, 5.3.3, 5.6 и 5.8.6);
- поощрять и поддерживать местные сообщества в участии в совместной организации, руководстве и управлении услугами и/или вмешательствами на местном уровне и в формировании здоровья, благополучия и устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям, следуя при вовлечении местных сообществ принципу учета и более полного использования их ресурсов здоровья, в соответствии с положениями "Основы для действий" (6) (см. "Основу для действий", разделы 4.1.1, 4.1.2, 5.1, 5.2 и 5.3.3);
- развивать социальный капитал и расширять с этой целью права и возможности местных сообществ, чтобы установить в местных сообществах отношения доверия, взаимности и обмена мнениями, поощрять деятельность на местном уровне, направленную на изменение материального положения микрорайонов, учитывая при этом факторы, связанные с людьми, местами проживания и процессом

(см. "Основу для действий" (6), разделы 4.1, 5.1, 5.2, 5.5, 6.1 и 6.2);

- оценивать влияние городского планирования на здоровье населения и неравенства в отношении здоровья в связи с проектированием новых и возрождением существующих микрорайонов в рамках инициатив по формированию мест проживания, вырабатывать понимание и знание того, как стратегии и инициативы, касающиеся несправедливостей в отношении здоровья и в целом улучшений в жизни общества, создают новые возможности для вовлечения широкого круга заинтересованных сторон и выработки у них отношения к таким стратегиям и инициативам как к своему кровному делу (см. "Основу для действий", разделы 4.1, 5.1, 5.7.4 и 6.2);
- при проведении работ по территориальному планированию в приоритетном порядке предусматривать доступ к зеленым зонам и обеспечивать безопасность местного сообщества, принимать на основании фактических данных меры по снижению интенсивности дорожного движения

и скорости движения транспортных средств (например, "успокоение" движения, ограничения скорости движения и пешеходные зоны);

- добиваться, чтобы как при строительстве новых жилых домов, так и при обновлении старого жилого фонда одним из главных приоритетов была эффективность использования топлива;
- использовать местные механизмы правового регулирования для ограничения числа точек быстрого питания, особенно в бедных районах;
- принимать в первоочередном порядке на основании фактических данных стратегии профилактики, включая целевые программы по прекращению курения и использование механизмов правового регулирования для контроля продажи алкоголя;
- служить примером добросовестного нанимателя и использовать свои права выдачи заказов и заключения договоров подряда для улучшения условий труда на подведомственной им территории.

3. Местные органы власти и социальные детерминанты здоровья: обзор политики и практики в Европейском регионе

3.1 Введение

В данной главе рассматриваются роль местных органов власти в Европейском регионе ВОЗ, начиная с Англии, и принятые за последнее десятилетие инициативы по преодолению несправедливостей в отношении здоровья, а затем представлены итоги работы, выполненной по заказу с целью обзора роли местных органов власти в воздействии на социальные детерминанты здоровья во всем Европейском регионе на примере Дании, Испании, Латвии, Нидерландов и Швеции. В целом это позволяет иметь широкое видение роли местных органов власти в разных социальных и культурных средах и проводить тематические оценки.

3.2 Подходы к решению проблемы неравенств в отношении здоровья в Англии

За последнее десятилетие здоровье населения Соединенного Королевства существенно улучшилось, но неравенства в отношении здоровья стали шире. В дискуссиях по принципиальным вопросам в Соединенном Королевстве выделяются два основных подхода – один с позиций краткосрочной, другой с позиций долгосрочной перспективы.

В краткосрочной перспективе министерство здравоохранения направляет главные усилия на устранение “хвоста” неравенств, т.е. на территории, входящие в самый неблагополучный квартал территорий. В настоящее время с этими территориями (78 “первоочередных” районов, которые в основном представляют собой большие и малые промышленные города) тесно сотрудничают девять групп поддержки из центра. Цель работы этих групп состоит в том, чтобы помочь

им более рационально использовать то, что заведомо дает положительный эффект, и поощрять их к незамедлительному принятию мер в широких масштабах и с большей систематичностью. Такой подход сберегает жизнь людей и способен сберечь еще больше жизней, но сам по себе он недостаточен для того, чтобы сначала устранить риски для здоровья.

Нужен подход с позиций более долгосрочной перспективы, при котором исследуется социальный градиент и выясняются причины причин неравенств в отношении здоровья, и такой подход может быть выстроен с помощью системы, принятой для стратегического обзора неравенств в отношении здоровья в Англии (см. главу 2). В опубликованной недавно Лондонской стратегии преодоления неравенств в отношении здоровья (35) хорошо иллюстрируется, что можно сделать для того, чтобы придать стратегиям направленность на воздействие на более широкие детерминанты здоровья даже в период экономического спада и сокращения расходов государственного сектора. Имеются убедительные экономические расчеты, доказывающие, что всем муниципальным советам необходимо и целесообразно выделять средства на охрану здоровья, и демонстрирующие экономические выгоды таких инвестиций наряду с выгодами для здоровья населения (36).

3.2.1 Муниципальные советы и охрана здоровья в Англии

В том, что касается социальных детерминант здоровья, важны несколько специфических особенностей местных органов власти в Англии.

- Лица, формирующие политику, предпочитают использовать термин “здоровые сообщества”, а не “здоровые города, поселки и деревни”, что больше распространено в Европейском регионе.
- В Англии существует сильная центральная власть, которая в недавнем прошлом осуществляла твердое руководство и управление результатами деятельности по улучшению здоровья населения и работы местных органов власти. Глубина и интенсивность проводимых центром проверок показателей функционирования вызвали трения между центральными и местными органами власти. Режим управления результатами деятельности включал представление регулярной и подробной отчетности о достижении целевых показателей и проверки служб, проводимые государственными регулирующими органами.
- Большое значение имеют межсекторальные партнерства на местном уровне в целях улучшения здоровья населения, особенно между местными органами власти и подчиненным им местным трестом первичной медико-санитарной помощи Национальной службы здравоохранения. В течение более двух десятилетий сотрудничество между органами здравоохранения и местными органами власти было характерной чертой местного ландшафта, однако прогресс в улучшении итоговых показателей был медленный. Совместная работа в рамках партнерств была усилена благодаря введению стратегий местных сообществ, которые представляли собой изложение потребностей и целей на местном уровне, а также учреждению после 2000 года межведомственных и многопрофильных местных стратегических партнерств. Вероятно, это и привело к укреплению стратегических союзов и повышению продуктивности сотрудничества между органами здравоохранения и местными органами власти,

которое выражалось в проведении совместных оценок стратегических потребностей, как того требует Закон 2007 г. об участии местных органов власти и общественности в охране здоровья. Цель состояла в том, чтобы совместно оценивать нынешние и будущие потребности местного населения, связанные с охраной здоровья и обеспечением благополучия, и на этом основании определять местные приоритетные действия и местные целевые ориентиры, что должно приводить к выработке совместной политики в отношении государственного заказа на медицинское обслуживание населения с целью улучшения итоговых показателей здоровья и уменьшения неравенств в отношении здоровья. В последнее время в ходе экспериментальных проектов в рамках инициативы по оптимизации государственных расходов на предоставление услуг населению на местном уровне, получившей название Total Place (“Всё место”), были предприняты усилия по составлению полной картины всех государственных расходов на подведомственных местным органам власти территориях и разработке более эффективных совместно финансируемых программ. Целью таких программ является повышение качества и результативности при одновременном снижении затрат.

Важным поворотным пунктом в восстановлении уверенности местных органов власти в Англии было опубликование документа *National prosperity, local choice and civic engagement* [“Национальное процветание, местный выбор и вовлечение гражданского общества”] (37), в котором была сделана попытка определить предназначение муниципальных советов в XXI веке. Суть принятого подхода была выражена в термине “формирование места проживания” (place shaping). Этот термин можно понять как применение юридических

полномочий для содействия экономическому, социальному и экологическому благополучию людей и мест их проживания. В формировании места проживания заключается главная роль муниципальных советов как лидеров местных общин. По своей сущности эта роль включает решение вопросов, связанных с людьми и местами их проживания в контексте социальных детерминант здоровья по всему социальному градиенту.

3.2.2 Что достигнуто на сегодняшний день

Муниципальные советы в Англии, отражающие весь политический спектр, все больше стремились предпринимать шаги по улучшению здоровья местного населения и уменьшению неравенств в отношении здоровья. Выполняя функции лидеров, вступая в межсекторальные партнерства и руководя службами, подчиненными совету, они занимают ключевые позиции для мобилизации действий всех секторов на преодоление неравенств в отношении здоровья и развитие людей, мест проживания и процесса достижения общей цели. Однако данных о том, что местные партнерства привели к улучшению итоговых показателей здоровья населения или уменьшению неравенств в отношении здоровья, пока мало (38).

Тем не менее, здоровье и благополучие населения остаются главными темами в деятельности местных органов власти. Большинство муниципальных советов многое делают для того, чтобы содействовать здоровой жизни на всем протяжении жизненного пути. В качестве примера можно отметить поддержку советами вмешательств в раннем детстве в рамках инициатив “Уверенное начало” и “Здоровые школы”.

Муниципальные советы ведут работу и в других, менее известных областях деятельности, которые имеют очень большое значение для здоровья населения. Одна из таких областей – законодательно-нормативное регулирование, которое

часто не учитывается в описаниях вклада местных органов власти в охрану здоровья, но в действительности помогает улучшить здоровье местного населения. Еще одна область участия муниципальных советов – это работа контрольных и наблюдательных комиссий по здравоохранению, которые отвечают за оценку неравенств в отношении здоровья и состояния здоровья населения, а также местных услуг здравоохранения.

3.2.3 Вопросы территориального планирования и охраны здоровья в деятельности муниципальных советов в Англии

Пожалуй, самое сильное влияние на здоровье населения в долгосрочном плане муниципальные советы могут оказывать своими решениями в области территориального планирования. Комиссия по архитектуре и искусственной среде обитания (39) охарактеризовала искусственную среду обитания как “ресурс, образующий фундамент нашего здоровья”. Решения в области планирования, транспорт, жилье, места общего пользования, общественные услуги и наводнения оказывают большое влияние на здоровье и благополучие населения (40). Например, неудачное планирование транспортной системы может приводить к дорожно-транспортным происшествиям, шуму, загрязнению воздуха и малоподвижному образу жизни. Кроме того, дороги, которые трудно перейти, затрудняют социальное общение, подрывают единение местного сообщества и усугубляют личную изоляцию. При неудовлетворительном жилье и плохом планировании микрорайонов жители подвергаются воздействию сырости и холода, с ними происходят несчастные случаи и падения, они страдают от шумового загрязнения среды, проблем безопасности дорожного движения и проблем преступности и сплоченности местного сообщества. Ощущение отсутствия безопас-

ности часто ассоциирует с ухудшением здоровья, тогда как наличие пространства, воспринимаемого людьми как безопасное, повышает уровни физической активности и самооценку эмоционального благополучия (41). Муниципальным советам необходимо принять меры к тому, чтобы на их территории было больше высококачественного, поддерживаемого в надлежащем порядке открытого пространства, и создавать в каждом микрорайоне свои площадки для игр и досуга.

3.2.4 Здоровая жизнь, здоровые люди

Недавно была опубликована “белая книга” о состоянии здоровья населения “*Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England*” [“Здоровая жизнь, здоровые люди: наша стратегия в области общественного здравоохранения в Англии”] (42), в которой предлагается к апрелю 2013 г. передать главную ответственность за общественное здравоохранение муниципальным советам и создать национальную службу общественного здравоохранения – “Общественное здравоохранение Англии”. В этом документе также принят подход, предполагающий охрану здоровья на всех этапах жизненного пути, и признается, что к неравенствам в отношении здоровья приводят также социальные условия, в которых живут люди, а также признается социальный градиент в здоровье. В свете такого анализа местные органы власти видятся как наиболее подходящая головная структура для руководства действиями на местном уровне по преодолению неравенств в отношении здоровья.

В докладе министерства здравоохранения (43) стоящие задачи были резюмированы следующим образом: “достигнуто многое, но сделать предстоит еще больше”. Несмотря на то, что в каждой социальной группе и в большинстве районов страны увеличилась ожидаемая продолжительность жизни, социальный градиент сохранился и не был

уменьшен разрыв между наихудшими и наилучшими показателями.

Осведомленность о неравенстве в отношении здоровья была отражена в национальных целевых ориентирах и в целом ряде инициатив на уровне государственной политики. Тем не менее, попытки уменьшить неравенства в отношении здоровья не были систематически направлены на социальные детерминанты здоровья, а все больше были связаны с устранением косвенных причин посредством программ изменения поведения.

Прогрессу мешали представления о том, будто за здоровье населения отвечают исключительно службы здравоохранения. Хотя службы медико-санитарной помощи и вносят существенный вклад в улучшение доступа к медицинским услугам, основными факторами здесь являются условия, в которых люди рождаются, вырастают, живут, работают и старятся. Местные органы власти все чаще со всей серьезностью принимают на себя ответственность за охрану здоровья и преодоление неравенств в отношении здоровья и выступают лидерами в партнерствах с трестами первичной медико-санитарной помощи Национальной службы здравоохранения и другими ключевыми заинтересованными сторонами. Это полностью соответствует предложениям, содержащимся в документе *Healthy lives, healthy people* (42), об усилении ответственности муниципальных советов за обеспечение здоровья и благополучия местного населения. Характерной особенностью останется организационная структура выполнения этой функции через партнерства на местном уровне в сочетании с проведением совместных стратегических оценок потребностей. В условиях значительных сокращений бюджета государственного сектора эта система подвергается радикальному реформированию, что ставит под угрозу оказание услуг и создает серьезные трудности для местных органов власти.

3.3 Обзор политики и практики в Дании, Испании, Латвии, Нидерландах и Швеции

3.3.1 Структура и метод обзора

В данном разделе дается расширенный обзор деятельности местных органов власти в Европейском регионе по преодолению несправедливостей в отношении здоровья. Для проведения углубленных интервью были выбраны местные органы власти в Дании, Испании, Латвии, Нидерландах и Швеции. Целью этих интервью было более детальное ознакомление с политическим и финансовым контекстом, в котором осуществляется государственное управление на местном уровне в разных частях Европейского региона, выявление практического опыта местных органов власти в их действиях, касающихся социальных детерминант здоровья и несправедливостей в отношении здоровья, и сбор аналитической информации о конкретном опыте реализации инициатив на местном уровне. Кроме этого, была заказана работа по изучению опубликованной научной и политической литературы.

Выбранные для обзора страны представляют широкое разнообразие контекстов политики и стратегического руководства в Европейском регионе и разные уровни национального дохода, ожидаемой продолжительности жизни и итоговых показателей здоровья населения. Местные органы власти определялись через сеть членов Европейской ассоциации управления здравоохранением; они включают органы как областного, так и городского уровня, чтобы можно было исследовать всё разнообразие форм и сферы ответственности местных органов. При этом не ставилась цель специально выявить города, которые лидируют в этой области деятельности, особенно на международном уровне. Поэтому области и города, входящие в Европейскую сеть ВОЗ “Здоровые города” и другие инициативы в наиболее

передовых направлениях, в обзор включены не были. Интервью были проведены с властями городов Маастрихт (Нидерланды), Орхус (Дания) и Юрмала (Латвия) и областей Арагон (Испания), где главным городом является Сарагоса, и Вестра Гётланд (Швеция) с главным городом Гётеборг.

При проведении интервью использовался метод структурированного интервью с руководящими лицами города или области. Интервьюируемые лица высказывали мнения от имени города или области. Информация затем проверялась независимым экспертом из ассоциации местных органов власти в стране, которому не сообщалось, кто именно давал интервью.

В данном разделе четыре части. В первой описываются системные условия, или общий контекст, в котором функционируют местные органы власти в каждой стране, включая законодательную и налогово-бюджетную системы, политическое руководство и последние изменения, когда таковые имелись, и то, как эти условия воздействуют на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья. Во втором разделе более подробно рассматривается деятельность местных органов власти и сферы, в которых они ведут работу, в положительно выраженной форме направленную на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья. Здесь рассматриваются следующие темы, выбранные по принципу потенциального влияния на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья:

- развитие детей и подростков – направление действий 5, указанное в докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья (1);
- наличие достойной работы и разумное соотношение работы и личной жизни – направление действий 7;
- лица пожилого возраста – направление действий 8;

- развитие здоровых и экологически устойчивых мест проживания и сообществ – направление действий б.

В третьем разделе главное внимание уделяется опыту местных органов власти в реализации инициатив по воздействию на социальные детерминанты здоровья, в том числе препятствиям и факторам успешной реализации инициатив. В заключительном разделе описывается потенциальное значение проведенных интервью для дальнейшей политики.

3.3.2 Термины

Всеми лицами, с которыми проводилось интервью, понятия “социальные детерминанты здоровья” и “меры воздействия на несправедливости в отношении здоровья” использовались как взаимозаменяемые. Кроме того, эти лица в целом исходили из того, что меры воздействия на несправедливости в отношении здоровья также равнозначны по смыслу целенаправленным мерам в интересах уязвимых групп, а не принятию мер по всему социальному градиенту. Поэтому во всем этом разделе выражения “социальные детерминанты здоровья” и “несправедливости в отношении здоровья” используются вместе для краткого обозначения политики местных органов власти, направленной на изменение социальных детерминант здоровья и признающей потенциальное влияние последних на несправедливости в отношении здоровья. Были ли вмешательства направлены на конкретные целевые группы или предназначались для воздействия по всему градиенту – этот вопрос изучался и отражался в каждом случае отдельно.

3.3.3 Политический и финансовый контекст, в котором местные органы власти принимают меры воздействия на социальные

детерминанты здоровья и неравенства в отношении здоровья

Главное для понимания роли местных органов власти и их потенциального влияния на социальные детерминанты здоровья и неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе – определить политический и финансовый контекст, в котором действуют местные органы власти, и выявить сходства и различия в этом плане в странах Европейского региона. А картина здесь весьма сложная, о чем свидетельствует проведенное Ассамблеей европейских регионов исследование различных территориальных структур местной власти в Европейском регионе (44,45).

Для более глубокого изучения различных политических и финансовых контекстов проводимыми интервью специально были охвачены как страны с сильными органами власти на уровне областей (Испания и Швеция), так и страны с сильными муниципальными органами власти (Дания, Латвия и Нидерланды). В данном разделе описывается специфика правового контекста или ответственности за воздействие на социальные детерминанты здоровья или уменьшение несправедливостей в отношении здоровья в каждой из пяти стран. Если такая ответственность существует и если она подкреплена выделенным или отдельным источником финансирования, это также было отмечено. Кроме этого, в разделе рассматривается вопрос о том, как распределяется ответственность за воздействие на социальные детерминанты здоровья и считается ли оно в первую очередь функцией системы здравоохранения или местных органов власти либо на областном, либо на муниципальном уровне. Поскольку факторы, влияющие на детерминанты здоровья, имеют комплексный характер, в этом разделе также рассматривается вопрос о том, координируются ли принимаемые меры воздействия, и если да, то каким образом они координи-

нируются между разными организациями, секторами и уровнями системы.

3.3.3.1 Дания

В Дании в результате реформы структуры местного самоуправления в 2007 г. произошло изменение в распределении ответственности внутри системы здравоохранения. Местные органы власти (вместо 271 муниципального образования стало 98 объединенных муниципалитетов) отвечают главным образом за укрепление здоровья, лечебницы для престарелых и инвалидов и обслуживание групп с особыми потребностями, а в ведении и собственности пяти вновь образованных административных областей находятся больницы и центры по уходу; области также отвечают за первичную и вторичную медико-санитарную помощь (46). Оба эти уровня государственного управления имеют источники целевых поступлений.

В соответствии с реформой 2007 г., устранение несправедливостей в отношении здоровья и воздействие на социальные детерминанты здоровья стало задачей муниципальных органов. В ходе интервью представитель муниципалитета заявил, что, начиная с 2007 г., этим темам уделяется повышенное внимание.

Этому также способствовали изменения в политике, в результате которых многие муниципалитеты разработали стратегические планы работы по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья. По словам этого представителя, эти изменения оказали прямое положительное влияние: “Несомненно, что реформа структуры местных органов власти в Дании возымела положительный эффект: люди стали лучше понимать, что новым приоритетным направлением в деятельности муниципалитетов стало здравоохранение. Мы знаем, что повысился уровень информированности о медико-санитарной помощи и здоровой жизни.”

Муниципалитеты в Дании также заинтересованы материально в том, чтобы в приоритетном порядке заниматься проблемами социальных детерминант здоровья и неравенств в отношении здоровья. Муниципалитеты оплачивают до 30% общего бюджета здравоохранения Дании, и это обстоятельство все больше становится материальным стимулом к тому, чтобы они осуществляли вмешательства по укреплению здоровья у истоков проблемы, на верхнем уровне цепи причин и следствий в попытке ограничить тем самым расходы на более масштабную и более дорогостоящую систему лечебной медицинской помощи. Имеются также бюджеты, выделяемые на укрепление здоровья, и фонды поддержки обездоленных групп населения, таких как лица, употребляющие наркотики.

Представитель муниципалитета, с которым проводилось интервью, также подчеркнул важность партнерств в выдвижении вопросов охраны здоровья и несправедливостей в отношении здоровья на повестку дня в других областях политики. К числу заинтересованных сторон, не входящих в систему здравоохранения, которые в настоящее время участвуют в деятельности по охране здоровья, относятся жилищно-строительные ассоциации и школы. По словам респондента, “понимание важности уменьшения несправедливостей в отношении здоровья и воздействия на социальные детерминанты здоровья медленно проникает в другие области, не связанные напрямую со здравоохранением. Так, например, в г. Орхус оценка воздействия на здоровье населения стала одним из элементов планирования в стратегическом руководстве городским хозяйством.”

3.3.3.2 Латвия

В Латвии местные органы власти стали играть важную роль в финансировании и предоставлении услуг здравоохранения в 1993 г. в результате

широкого процесса децентрализации. Финансовые процессы были снова централизованы в 1997 г., тогда как функция предоставления услуг здравоохранения постепенно становилась более независимой от местных органов власти. И хотя местные органы власти все еще официально отвечают за первичную медико-санитарную помощь и больницы, поликлиники и больницы стали в основном самоуправляющимися единицами, а за местными органами власти осталась лишь ответственность за укрепление здоровья и предоставление услуг лицам пожилого возраста и бездомным. По закону муниципалитеты Латвии обязаны обеспечивать минимальный уровень жилья, и это воспринимается как важный элемент в усилиях страны по воздействию на социальные детерминанты здоровья и уменьшению несправедливостей в отношении здоровья (47).

В целях укрепления потенциала местных органов власти было упразднено деление на районы, а вместо них в июле 2009 г. было учреждено 109 муниципалитетов и 9 городов республиканского подчинения (48). Поскольку эти изменения были осуществлены недавно, их влияние на потенциал местных органов власти, на уменьшение несправедливостей в отношении здоровья и социальные детерминанты здоровья пока неизвестно.

Несмотря на процесс децентрализации, не следует недооценивать значения в Латвии системы программных установок на общенациональном уровне (и на уровне ЕС), которая предписывает, а часто и гарантирует обеспечение социальных услуг, таких как хорошее жилье, образование, медицинская помощь и минимальный доход. Наш респондент утверждал, что для уменьшения социальных несправедливостей в отношении здоровья и воздействия на социальные детерминанты здоровья в Латвии эта система имеет огромное значение, и такое же значение имеет финансовая поддержка этого направления деятельности.

На центральном уровне министерство социального обеспечения обязалось уменьшить несправедливости в отношении здоровья и приняло количественный целевой ориентир – сокращение несправедливостей к 2010 г. на 25% (оцениваемое с помощью многих показателей). В настоящее время в связи с мировым экономическим кризисом дела в экономике Латвии обстоят плохо (уровень безработицы выше среднего по ЕС, национальный доход значительно ниже среднего по ЕС). В целом человек, с которым проводилось интервью, высказал мнение, что местные политики обеспечивают местным планам необходимую политическую опору, поддерживая предлагаемые программы, в которых более детально описывается, как они собираются воздействовать на несправедливости в отношении здоровья и социальные детерминанты здоровья и способствовать достижению общенационального целевого показателя.

В ходе интервью были определены и другие заинтересованные стороны в мероприятиях местных органов власти по воздействию на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья: это министерство здравоохранения, Латвийская ассоциация муниципалитетов и Латвийская ассоциация городов. Было также указано на важность для муниципалитетов создания, поддержки и наращивания местного потенциала: “Очень важно поддерживать мероприятия, проводимые [гражданским] обществом, и делать это можно самыми разными способами. Можно предоставить помещение для офиса неправительственной организации или включить различные группы в процесс формирования политики.” С другой стороны, было признано, что неправительственные организации являются важным связующим звеном между муниципалитетом и социально обездоленными группами населения. “Неправительственные организации

имеют большое значение в социальном контексте. Кроме того, через них до муниципалитета доводятся социальные потребности.”

3.3.3.3 Нидерланды

В Нидерландах имеется еще один территориальный уровень государственного управления – провинции, который находится между муниципальным и центральным уровнями государственной власти. Провинции отвечают за территориальное планирование, транспорт и – совместно с муниципалитетами – за финансирование и регулирование услуг, предоставляемых молодежи. На центральном уровне основными законодательными актами, определяющими деятельность по улучшению доступа к медицинской помощи и уменьшению несправедливостей в отношении здоровья, являются Закон о социальной поддержке и Закон об общественном здравоохранении. Закон о социальной поддержке охватывает девять областей деятельности¹, в каждой из которых имеются свои целевые группы и цели. Предусмотренные Законом о социальной поддержке обязанности подкреплены соответствующим бюджетом, выделяемым на некоторые области деятельности, но не на улучшение социального обеспечения. Однако муниципалитеты обладают относительно высокой степенью автономии в принятии решений о том,

¹ Содействие социальному сплочению общества; профилактика, направленная на молодежь/молодых взрослых людей и родителей, имеющих проблемы с воспитанием детей; информирование граждан; поддержка неформальных помощников по уходу и волонтеров; стимулирование участия в жизни общества и самостоятельного функционирования лиц с ограниченными возможностями или лиц, имеющих психосоциальные проблемы; предоставление социальных услуг лицам с ограниченными возможностями или лицам, имеющим психосоциальные проблемы; предоставление социальной помощи (в том числе помощи женщинам); укрепление общественного здоровья; содействие реализации политики в отношении аддикций.

каким образом достигать целей, предусмотренных Законом о социальной поддержке. Улучшение социальных детерминант здоровья и уменьшение несправедливостей в отношении здоровья – чрезвычайно злободневные политические темы, но они же считаются такой стратегической областью, в которой достигнуто мало успехов и прогресса в политическом плане или на уровне политики. Было отмечено, что все более серьезной проблемой для муниципалитетов становится дефицит финансовых средств, вызванный необходимостью оказывать социальную помощь лицам пожилого возраста.

На муниципальном уровне местный политик прямо отвечает за соблюдение требований Закона о социальной поддержке, но от этого, по мнению респондента, реализация закона отнюдь не всегда становится более успешной, возможно, потому, что, хотя местный политик и несет ответственность, реальной подотчетности за успешную реализацию, как считается, практически нет. Местные органы власти часто сотрудничают с местной муниципальной службой здравоохранения, деятельность которой охватывает несколько муниципалитетов и которая является их общей собственностью. Муниципальная служба здравоохранения предоставляет определенный набор услуг общественного здравоохранения, включая учет несправедливостей в отношении здоровья.

3.3.3.4 Испания

В Испании к социальным детерминантам здоровья имеют отношение два национальных закона – федеральный закон о здравоохранении и объединяющий закон о Национальной службе здравоохранения. Однако очень важная роль в Испании принадлежит органам власти в областях. Автономные области, или коммуны, обладают значительной степенью независимости от центрального правительства: им передана практически вся

ответственность за охрану здоровья населения. Уровни руководства координируются через официальные и неофициальные механизмы. На центральном уровне существуют официальные органы, осуществляющие координацию действий автономных коммун и центрального правительства. В решении проблем несправедливостей в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья автономные коммуны также сотрудничают с ведомствами, не имеющими прямого отношения к здравоохранению – министерствами образования, экономики и социального обслуживания, однако официальный представитель, с которым проводилось интервью, сообщил, что это сотрудничество, по мнению многих, идет с переменным успехом.

Данный респондент заявил, что на уровне автономных коммун, о которых идет здесь речь, вопрос о воздействии на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья стоит в политической повестке дня, но это сравнительно новое явление. По словам респондента, термин “социальные детерминанты здоровья” на центральном уровне используется нечасто. В области Арагон в региональном законе о здравоохранении говорится об устранении несправедливостей в отношении здоровья через социальные детерминанты здоровья, и в настоящее время там готовится новый законопроект, который нацелен на то, чтобы сделать воздействие на эти детерминанты главным пунктом во всех стратегиях в сфере здравоохранения. Работа в этом направлении финансируется за счет общих поступлений в бюджет, за исключением некоторых программ, конкретно связанных с уязвимыми группами, такими как лица, живущие с ВИЧ.

Было отмечено, что активную работу по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья ведут еще несколько автономных коммун – Андалузия, Каталония и Валенсия. Однако модель

действий и разделение проводимых мероприятий между автономной коммуной и муниципальными органами власти в этих автономных коммунах разные. В области Арагон муниципалитеты маленькие (за исключением Сарагосы) и поэтому у них ограничена возможность сосредоточивать усилия на несправедливостях в отношении здоровья и на социальных детерминантах здоровья. У муниципалитетов в сельских районах бюджеты часто бывают относительно небольшими, отсюда и их ограниченные финансовые и кадровые возможности или отсутствие гибкости для того, чтобы принимать меры отдельно по преодолению несправедливостей в отношении здоровья. Респондент считал, что уровень политических обязательств и поддержки в разных автономных коммунах и муниципалитетах разный, что объясняется главным образом тем, что проблема не получила достаточного признания, а не недостатком заботы о благе населения.

3.3.3.5 Швеция

В Швеции меры воздействия на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья стоят на повестке дня как центральной власти, так и властей на местном уровне. Советы округов (их число составляет 21) отвечают за закупку и предоставление услуг медицинской помощи на уровне провинций, обладают значительной автономией по отношению к государству и собирают налоги. Советы округов и 290 муниципалитетов разделяют ответственность за более широкую программу действий по изменению социальных детерминант здоровья. На муниципалитетах лежит ответственность за выполнение программы в области социального обеспечения, и в свою очередь они обладают значительной автономией по отношению к советам округов и центральному правительству. Финансирование деятельности по изменению социальных

детерминант здоровья и уменьшению несправедливостей в отношении здоровья включено в общие бюджеты, а какого-либо отдельно выделенного на эти цели бюджета нет, если только какой-либо совет округа или муниципалитет специально не выделит для этого средства.

Официальный представитель, с которым проводилось интервью, сообщил, что меры по изменению социальных детерминант здоровья и уменьшению несправедливостей в отношении здоровья являются составной частью более широкой системы на общегосударственном, провинциальном и местном уровнях как в сфере политики, так и в налогово-бюджетной сфере. В этой связи был особо отмечен доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья (1), который способствовал созданию в Швеции благоприятных возможностей на уровне политики. По мнению респондента, серьезные политические устремления направлены на то, чтобы использовать роль социальных детерминант в улучшении здоровья населения и уменьшении несправедливостей в отношении здоровья. Респондент также подчеркнул, что политики как правого, так и левого толка привержены идее уменьшения несправедливостей в отношении здоровья, хотя и подходят к этому с разных позиций: правые во главу угла ставят право доступа к медицинской помощи, а левые делают акцент на равенстве и справедливости. Но, несмотря на эти различия в акцентах, на местном уровне политики стремятся достичь согласия в том, как нужно действовать для решения вопросов, стоящих на повестке дня.

3.3.4 Возникшие в ходе интервью темы

В ходе интервью с представителями местных органов власти по вопросам структуры, стратегического руководства и финансового контекста выявилось несколько важных тем, касающихся социальных детерминант здоровья и несправед-

ливостей в отношении здоровья. Особенно важны четыре темы: различия в структурах руководства и уровнях возможностей, уровни расходов и определение необходимого финансирования, законодательная база в целом и подотчетность.

3.3.4.1 Различия в структурах руководства и уровнях возможностей

Страны Европейского региона существенно различаются по структурам территориального руководства. Это может показаться самоочевидным, однако различия, сложности и совершенно разные структуры и уровни власти должны быть признаны в положительно выраженной форме. Местные органы власти, с представителями которых проводились интервью, включают такие могущественные структуры, как правительство области Арагон и совет округа Вестра Гётланд, которые имеют право собирать налоги и обладают большими возможностями самостоятельно формировать собственный стратегический контекст.

У местных органов власти в Дании и Нидерландах, с которыми проводились интервью, напротив, меньше полномочий, меньше возможностей собирать налоги и меньше влияния на общий стратегический контекст, чем у других респондентов. В некоторых случаях правовой и финансовый контекст значительно различается даже между структурами, имеющими одинаковое название и действующими вроде бы на одинаковых уровнях в рамках более широкой системы: примером могут служить различия в роли и сфере управления между муниципалитетами в Испании и в Нидерландах, несмотря на кажущееся сходство их положения в системе. Все эти факторы оказывают большое влияние на ту степень самостоятельности, с которой разные формы местного самоуправления могут воздействовать на социальные детерминанты здоровья. Респонденты из стран, в которых провинции имеют право собирать нало-

ги, говорили о значительной автономии по отношению к центральному правительству. Однако в Испании и Швеции эта независимость зеркально отражается в независимости муниципалитетов от провинциального уровня власти. Подобная разнородность приводит к совершенно разным возможностям вырабатывать и осуществлять сильные программы действий по изменению социальных детерминант здоровья и уменьшению несправедливостей в отношении здоровья в разных системах и странах.

3.3.4.2 Уровни расходов и определение необходимого финансирования

В каждом интервью возникала общая для всех тема: уровни расходов и особенно возможность определять бюджет для изменения социальных детерминант здоровья. Практически каждый респондент отмечал, что, хотя определить сумму денег, которая должна иметь целевое назначение и выделяться на конкретные программы, сравнительно просто, определить суммарный бюджет, расходуемый на улучшение социальных детерминант здоровья и уменьшение несправедливостей в отношении здоровья, трудно. Особую трудность представляет необходимость включать в бюджет финансирование разнообразных и тесно связанных между собой стратегических областей, таких как образование, общественный транспорт, общественная безопасность, а также учитывать в нем потребности ведомства, отвечающего за территориальное планирование.

3.3.4.3 Законодательная база в целом

Законодательная база в целом, регламентирующая деятельность местных органов власти, имеет решающее значение для принятия мер воздействия на социальные детерминанты здоровья и уменьшения несправедливостей в отношении здоровья. Во многих странах, в которых проводились ин-

тервью, уменьшение несправедливостей в отношении здоровья является частью более широкой функции власти по обеспечению благополучия своих граждан, но эта часть ответственности характеризуется довольно туманными обязательствами, не подкрепленными финансированием. Несколько респондентов подчеркнули, что в законодательстве часто используются такие термины, как укрепление здоровья и благополучие для всех, но редко принимаются какие-либо обязательства или устанавливаются количественные показатели по устранению градиента (49). Это также отражено и в литературе: например, в работе Judge et al. (50) выделяются три группы стран – две группы, в которых обычно устанавливаются целевые показатели (в них входят Англия и Нидерланды) и одна группа стран (Чешская Республика, Латвия и Литва), которые следуют рекомендациям Всемирного банка. Во-вторых, несколько муниципалитетов заявили, что, помимо законодательной базы в целом, для некоторых социальных детерминант здоровья имеется своя область законодательства: например, в отношении безопасности на производстве. В таких случаях в законодательных и стратегических документах чаще устанавливаются целевые показатели для решения проблемы. Законодательство, напрямую связанное с несправедливостями в отношении здоровья или с социальными детерминантами здоровья, часто остается неопределенным, тогда как специальные законодательные акты, касающиеся одной из детерминант здоровья, обычно отличаются большей определенностью.

Включенные в обзор местные органы власти значительно различались между собой по типам осуществляемых ими вмешательств. В частности, местные органы власти в Центральной и Восточной Европе, по-видимому, играют более значительную роль в предоставлении социальных услуг и в борьбе с бедностью. Однако это также означает, что уменьшение несправедливостей в отноше-

нии здоровья в большой степени зависит от экономической ситуации в стране. Муниципалитет в Латвии был крайне обеспокоен последствиями спада в экономике. Ожидается, что спектр предоставляемых муниципалитетами социальных услуг и осуществляемых ими программ будет сокращаться, а надвигающаяся безработица и прогнозируемый рост бедности будут приводить к повышению спроса на социальные пособия и, скорее всего, к росту несправедливостей в отношении здоровья. Поэтому респондент из Латвии заявил, что ввиду спада в экономике “в будущем самая большая трудность будет состоять в том, чтобы не растерять наши успехи”.

3.3.4.4 Подотчетность

В контексте стратегического руководства и законодательства также возникли важные вопросы подотчетности в местных органах власти. Лишь один респондент – из Нидерландов – указал, что в местных органах власти есть кто-то, прямо отвечающий за воздействие на социальные детерминанты здоровья и уменьшение несправедливостей в отношении здоровья. В данном случае это был член исполнительного комитета, отвечающий за социальные детерминанты здоровья согласно положениям Закона о социальной поддержке. Можно поспорить, является ли установление подотчетности на исполнительном уровне разумным решением: респондент из местного органа власти в Нидерландах сомневался в том, что такая подотчетность идет на пользу фактическому осуществлению закона. Однако другие респонденты были всерьез озабочены тем, чтобы подотчетность стала важным рычагом осуществления перемен. Еще один респондент заявил, что, когда за социальные детерминанты здоровья и уменьшение несправедливостей в отношении здоровья отвечают все, это значит, что не отвечает никто. А другой респондент указал, что “иногда действия

настолько встроены в систему, что их трудно разглядеть”. Поэтому отсутствие подотчетности на исполнительном уровне в некоторых местных органах власти и сомнения в пользе такой подотчетности поднимают важные вопросы для обсуждения именно в то время, когда местные власти стремятся принимать эффективные меры воздействия на социальные детерминанты здоровья.

3.4 Меры воздействия на социальные детерминанты здоровья

У всех органов власти, с которыми проводились интервью, имеются программы по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья, хотя эти программы и различаются по своему охвату, направленности и содержанию.

Для более пристального изучения путем проведения интервью с представителями местных органов власти были выбраны четыре направления действий, определенные в докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Цель состояла в том, чтобы связать инициативы местных органов власти с задачами, сформулированными в докладе. Направления выбирались таким образом, чтобы отразить их важность для решения проблемы несправедливостей в отношении здоровья и показать более широкую роль местных органов власти. Поэтому лицам, с которыми проводились интервью, было предложено описать деятельность по уменьшению или устранению несправедливостей в отношении здоровья и по воздействию на социальные детерминанты здоровья в следующих направлениях, или областях:

- дети и подростки;
- борьба с бедностью и безработицей;
- создание и развитие здоровых и экологически устойчивых мест проживания и сообществ;
- лица пожилого возраста.

В следующем разделе описывается спектр проводимых ими мероприятий. Однако в этом описании не ставится цель дать исчерпывающий перечень программ и мероприятий.

3.4.1 Дети и подростки

Меры по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья, касающиеся детей и подростков, являются приоритетными, и все респонденты считали, что первоочередное значение имеют вмешательства на ранних этапах жизни. Принимаемые меры касались таких тем, как наркомания и злоупотребление алкоголем, содействие физической активности и пропаганда безопасного секса. Подобный подход может создать впечатление, что органы власти в своих действиях ориентируются на изменение образа жизни, а не социальных детерминант по всему социальному градиенту.

В области Арагон имеется несколько программ финансирования, предназначенных для поддержки и содействия в осуществлении мероприятий на местном уровне. Некоторые из этих программ требовали сотрудничества между разными секторами и инновационных подходов – подобным образом финансируются более 60 местных инициатив. Также был создан специальный фонд для школ. “Для того, чтобы получить доступ к фонду для школ, нужно, чтобы программа работы осуществлялась как минимум три года по пяти основным темам: рацион питания, физическая форма, наркотики и алкоголь, окружающая среда и психическое здоровье. Эта работа также должна быть специально направлена на уменьшение неравенств в отношении здоровья с акцентом на наиболее уязвимых учащихся и их родителей и родных.” Другие программы были нацелены на наиболее уязвимых членов общества, как, например, программа профилактики ВИЧ-инфекции среди секс-работников. Значительную часть работы непосредственно выполняли неправитель-

ственные организации и другие социальные партнеры, но финансировала эту работу автономная коммуна.

В Дании принят еще более индивидуализированный подход: медицинским или социальным работникам поручено составлять характеристики здоровья детей. “Когда дети заканчивают девятый класс средней школы, врач или медсестра проводят их медицинский осмотр, и для каждого ребенка составляется краткая характеристика здоровья. Если составленная таким образом характеристика здоровья оказывается негативной, социальные и медицинские работники стараются принимать ответные меры.” Такой подход позволяет выявлять и отслеживать несправедливости в отношении здоровья.

В г. Юрмала (Латвия) с целью пропаганды физической активности каждый год проводится “День семейного спорта”. “Мы [также] стимулируем безопасное поведение на улице и показываем последствия употребления наркотиков и алкоголя.” В г. Маастрихт (Нидерланды) к проблеме злоупотребления алкоголем подходят в более широком контексте, включающем и семью: “У нас имеется программа, которая нацелена на семьи и показывает последствия злоупотребления алкоголем для взаимоотношений в семье.”

В Маастрихте имеется еще один пример программы: это школьная программа, нацеленная на повышение осведомленности о важности здорового образа жизни и правильного питания. В Швеции респондент также работает вместе с министерством образования и науки над тем, чтобы в учебном процессе больше внимания уделялось ценностям здоровья и санитарному просвещению.

Все респонденты считали работу с детьми и подростками важным вкладом в будущее и характеризовали ее как такое направление, которое требует наибольшего внимания. Эта тема также проиллюстрировала масштабы и широту охвата

работы, проводимой на территориальном уровне. В то же время меры, финансируемые из бюджетов таких профилирующих секторов, как жилищный и транспортный, отмечались реже, хотя некоторые респонденты подчеркивали важность образования для стимулирования социальной мобильности.

3.4.2 Борьба с бедностью и безработицей

Многие из инициатив, отмеченных респондентами в этом направлении, имеют целью улучшение охраны здоровья на производстве. В Дании каждый работодатель для изучения влияния производственной среды на здоровье и благополучие работников проводит аудит своего предприятия или своей организации. Каждый работодатель обязан проводить полный аудит предприятия или организации, чтобы оценить воздействие среды на здоровье работников. В ходе аудита должно изучаться влияние на соматическое и психическое здоровье и должен контролироваться прогресс в устранении проблем. Все работодатели проводят полный аудит каждые три года.

В Швеции стратегии, касающиеся темы работы и найма, расцениваются как нечто, имеющее во многом характер реакции на уже сложившиеся тенденции, хотя интерес к последствиям производственного стресса для здоровья растет. Особенно это касается ощущения у работников возможности принимать самостоятельные решения и уровня требований, предъявляемых к людям на работе. В Нидерландах предпринято несколько инициатив по поддержанию безопасной и здоровой производственной среды и особенно разумно соотношения между работой и личной жизнью.

В Латвии некоторые муниципалитеты при поддержке Европейского социального фонда выплачивают социальные пособия безработным. Муниципалитеты также по закону обязаны предоставлять жилье и обеспечивать минимальный

уровень дохода для граждан на своей территории. В дополнение к этому наименее обеспеченным гражданам предоставляются и другие льготы, такие как бесплатное питание в школе, бесплатные места в детских дошкольных учреждениях и пособия на приобретение школьных принадлежностей. Однако в Латвии остро ощущается влияние экономического кризиса: сокращаются бюджеты муниципалитетов, увольняются сотрудники. Это делает планирование дальнейшей работы над социальными детерминантами и несправедливостями в отношении здоровья чрезвычайно затруднительным.

3.4.3 Создание и развитие здоровых и экологически устойчивых мест проживания и сообществ

Растет интерес к созданию и развитию здоровых и экологически устойчивых мест проживания. Все респонденты упомянули разнообразные проекты, в том числе содействие физической активности (например, ходьбе пешком и езде на велосипеде) и использование темы несправедливостей в отношении здоровья как рычага для принятия мер по улучшению качества воздуха.

По-видимому, содействие физической активности является популярным направлением работы во всех муниципалитетах, хотя многие респонденты высказали обеспокоенность по поводу того, что здесь есть риск увеличения несправедливостей в отношении здоровья. Один респондент заявил: «Мероприятиями по содействию физической активности в значительной степени охватываются люди со средним и высоким уровнем дохода и в меньшей степени – группы, находящиеся в неблагоприятном социально-экономическом положении.» Еще один подход к популяризации физической активности состоял в финансовом поощрении езды на велосипеде среди социальных и медицинских работников

в г. Орхус (Дания). “У нас есть опытный проект по внедрению велосипедов в среду социальных и медицинских работников, которые часто имеют невысокие доходы. Люди с удовольствием пользуются этими велосипедами.”

В ходе интервью сообщалось о различных других мероприятиях, связанных с улучшением качества воздуха и противодействием ухудшению окружающей среды: это меры по снижению содержания взвешенных веществ в воздухе за счет использования туннелей на главных дорогах и программы градостроительства, направленные на снижение сегрегации. “В данном случае подтвержденные несправедливости в отношении здоровья в провинции оказались убедительным аргументом в пользу строительства туннеля с целью снижения концентрации взвешенных веществ. Это доказывает, что социальные детерминанты здоровья действительно влияют на повестку дня в области руководства городским хозяйством.” В то же время муниципалитеты отмечали, что часто бывает трудно добиться включения вопроса о несправедливостях в отношении здоровья и социальных детерминантах здоровья в структуру повестки дня в области развития искусственной среды обитания. Из опрошенных местных органов власти только местные органы в Швеции и Дании сообщили, что в их регионе трактовка искусственной среды обитания как одной из ключевых детерминант здоровья получает всё большее распространение.

Респондент в Маастрихте считал, что “еще многое можно улучшить в различных областях, таких как территориальное планирование. Когда разрабатываются планы (градостроительства), охрана здоровья является одним из соображений, принимаемых во внимание, но не самым главным соображением.” В Юрмале также были предприняты усилия к тому, чтобы включить в планы задачу воздействия на социальные детерминанты

здоровья и уменьшения несправедливостей в отношении здоровья: “Охрана здоровья является очень важным аспектом в Стратегии развития на период 2010–2016 гг. В Стратегии намечено, что именно должен сделать муниципалитет в области здравоохранения в широком смысле, учитывая все детерминанты здоровья: жилье и культурную и социальную среду.”

3.4.4 Лица пожилого возраста

Всеми респондентами было признано, что лица пожилого возраста являются одной из целевых групп в мерах воздействия на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья. В частности, для пожилых людей очень важны многие коммунальные услуги. Респондент из Нидерландов отметил: “Очень важен для лиц пожилого возраста – и для уязвимых групп населения в целом – доступ к общественному транспорту. Если у них не будет нормального доступа к местному и региональному общественному транспорту, им понадобятся индивидуальные средства для участия в жизни общества и для того, чтобы избежать социальной изоляции.” Муниципалитет Юрмалы также поддерживает идею развития общественного транспорта для поддержания активной старости.

На включение лиц пожилого возраста в жизнь общества и содействие активному образу жизни направлены многие другие мероприятия. В Арагоне “управление социального обслуживания населения начало осуществлять программу, в рамках которой лиц пожилого возраста поощряют к тому, чтобы они совершали путешествия за границу по сниженным расценкам.” Управление культуры г. Юрмала “поддерживает культурные мероприятия с участием людей всех возрастов, в том числе танцевальные ансамбли и хоры людей среднего и пожилого возраста”. Однако главным предметом беспокойности муниципалите-

тов остается доступ к социальным услугам. “Как и в случае всех целевых групп, ... нужно доносить услуги до людей, и поэтому, например, мы предоставляем услуги в домах престарелых.”

3.4.5 Выводы

Приведенные примеры иллюстрируют весь широкий спектр мер, которые могут осуществлять местные органы власти. Эти примеры демонстрируют следующее:

- Местные органы власти проводят курс на улучшение здоровья населения и уменьшение неравенств в отношении здоровья, специально для этого воздействуя на социальные детерминанты здоровья.
- Действия разворачиваются не только в главных направлениях, намеченных в докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья, но и в более широких областях; они охватывают широкий круг обязанностей местных органов власти и адаптируются к специфике культуры и законодательной базы данной страны или провинции.
- Для обеспечения слаженной работы партнерств на основе общесистемного подхода большое значение имеет общественное, политическое и исполнительное руководство; общесистемный подход подкрепляется программами организационного развития, направленными на расширение прав и возможностей граждан с акцентом на принцип учета и использования их ресурсов здоровья для формирования социального капитала.

В то же время эти примеры демонстрируют и пробелы в этой деятельности.

- Охрана здоровья редко фигурировала в качестве главной цели действий в сфере территориального планирования и искусственной среды обитания. Некоторые респонденты рассматри-

вали это как источник разочарования и неудовлетворенности: “... это более чем странно, ведь руководство городским хозяйством часто связано с социальными улучшениями, а несправедливости в отношении здоровья ограничивают достижение социальных улучшений.” Европейская сеть ВОЗ “Здоровые города” также признает недостаток инициатив (качественных) в области улучшения окружающей среды, а некоторые комментаторы высказали мнение о том, что важными факторами в этой связи являются барьеры между действующими субъектами и трудность интегрирования программ (51).

- Также имелись явные пробелы в мероприятиях, направленных на все социально-экономические группы населения по всему градиенту, а не на отдельные целевые группы, хотя имеются неоспоримые факты, доказывающие, что центральные, региональные и местные органы власти, взаимодействующие со всеми ключевыми учреждениями, должны осуществлять согласованные меры воздействия на социальные детерминанты здоровья по всему социальному градиенту. Если несправедливости в отношении здоровья возникают вследствие социального неравенства, меры должны приниматься несколькими ведомствами и отдельными лицами, у которых должны быть междисциплинарные стратегии и которые в своей деятельности ориентированы на обеспечение справедливости в отношении здоровья. Отсутствие понимания, должной оценки и признания социальных детерминант здоровья приводит к тому, что в программах и проектах в качестве целевых групп часто выделяются самые неблагополучные в социально-экономическом отношении люди, находящиеся в самом низу социального градиента в здоровье. Но даже когда некоторые из таких программ и проектов оказываются эффективными, им не удается уменьшить не-

справедливости в отношении здоровья, которые испытывают другие социально-экономические группы во всем социальном градиенте. Нужны более масштабные и систематические действия, которые были бы универсальны по своему охвату, но и пропорциональны степени социально-экономической обездоленности в разных точках социального градиента. Это является предпосылкой для успешного осуществления планов по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья.

В обоих этих направлениях возникают важные вопросы относительно понимания социальных детерминант здоровья, имеющегося у местных органов власти потенциала и того, как превратить политическую готовность в практические действия.

3.5 Реализация мер воздействия на социальные детерминанты здоровья

Политический и финансовый контекст, в котором действуют местные органы власти, и осуществляемые в настоящее время инициативы местных властей в Европейском регионе, конечно, имеют большое значение, однако для принятия мер воздействия на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья ключевым также является вопрос о том, как практически осуществить необходимые перемены. К сожалению, имеющаяся литература по вопросам практического осуществления мер воздействия на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья относительно бедна. Поэтому в ходе интервью особенно подчеркивалась необходимость изучения практики осуществления этих мер и опыта местных органов власти, предпринимавших попытки осуществить конструктивные изменения.

Все местные органы власти, с которыми про-

водились интервью, твердо и решительно включили в свои повестки дня пункты об уменьшении несправедливостей в отношении здоровья и воздействии на социальные детерминанты здоровья: нет никаких сомнений в том, что воздействие на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья становится одной из приоритетных задач местных органов власти как на политическом, так и на исполнительном уровне. Однако важно посмотреть, как это воплощается в практику: не риторика ли это главным образом, или же политики действительно настроены на решение этой проблемы? Показывают ли страны только свою обеспокоенность, имеется ли у них воля к осуществлению практических действий или же они действительно их осуществляют (52)? Как было показано в предыдущем разделе, одни социальные детерминанты здоровья обычно привлекают к себе больше внимания, чем другие. Кроме этого, респонденты указали на многочисленные проблемы осуществления даже в тех направлениях, в которых проводится больше работы по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья. Некоторые из этих факторов были характерны только для определенных стран, однако многие были общими для всех местных органов власти, с которыми проводилось интервью.

Было выделено шесть факторов, влияющих на практическое осуществление мер воздействия: уровень межсекторального сотрудничества, последовательность в политике, доказательная сила и распространение фактических данных, потенциал, управление политическим контекстом и передача знаний.

3.5.1 Межсекторальное сотрудничество

Всеми респондентами было подчеркнуто, что действия по выполнению повестки дня, касающейся социальных детерминант здоровья и несправедливостей в отношении здоровья, не-

обходимо осуществлять совместно, невзирая на организационные и отраслевые и географические границы. Потребность в этом респонденты часто формулировали как потребность в достижении максимального эффекта при минимальных затратах сил, но многие муниципалитеты выражали тревогу по поводу того, что трудности и необходимые затраты ресурсов, связанные с сотрудничеством между многими действующими субъектами, приводят к несогласованности действий, что создает риск несоответствия этих действий главным целям или дублирования целей: “Мы слишком часто наблюдаем, как в разных направлениях и в разных дисциплинах дублируются одинаковые программы.”

Для преодоления этой проблемы у большинства опрошенных местных органов власти имеется сочетание формальных и неформальных структур. Однако широта планов, касающихся социальных детерминант здоровья и несправедливостей в отношении здоровья, и потребность в действиях на широкой межсекторальной основе в большинстве стран привела к усложнению схем партнерства для многих опрошенных местных органов власти. С одной стороны, все согласны с тем, что важно привлекать к работе многие заинтересованные стороны, но с другой стороны, сложность многочисленных программ и планов действий и точек зрения затрудняет достижение консенсуса. Как сказал один из респондентов, “достижение полного согласия относительно целевых групп и рациональных решений могло бы способствовать более эффективной борьбе с несправедливостями в отношении здоровья.” И хотя респонденты соглашались с тем, что местные органы власти должны играть главную роль в уменьшении несправедливостей в отношении здоровья, была четко определена проблема практического осуществления: формирование и укрепление ведущей роли местных органов власти, особенно

в налаживании сотрудничества между секторами и координации инициатив.

3.5.2 Последовательность и непоследовательность в политике

Все респонденты считают, что для удовлетворения потребностей определенных сообществ важен местный аспект в деятельности местных органов власти. Тем не менее, распространение действий на местном уровне означает, по мнению многих респондентов, что становится труднее проводить оценку их эффективности и достигать последовательности в политике. Последовательность можно определить как согласованность и непротиворечивость стратегических целей, при которых действия с целью реализации намеченных мер не наносят ущерба стратегиям и не допускаются неблагоприятных последствий. Добиться такого положения труднее, когда работа по воздействию на социальные детерминанты здоровья ведется в рамках партнерства внутри сложной, адаптирующейся системы и ее конечные результаты могут быть непредсказуемыми и непреднамеренными (53). По словам одного из респондентов, “есть общий интерес [к социальным детерминантам] и все привержены главной цели, но решения по-прежнему принимаются с большим трудом, потому что имеется слишком много вариантов.” Это считается проблемой, поскольку может возникнуть трудность в обеспечении направленности действий на определенную цель, чтобы добиться максимального эффекта. Для оценки эффекта также требуется высокий уровень понимания и мониторинг действий на местном уровне, чтобы можно было затем шире распространить принятые меры, если что-то из этих мер окажется эффективным, но также и определить необходимость в изменении акцентов, если что-то не будет давать ожидаемого результата. Таким образом, поиск последовательности в действиях поднимает важные вопросы, в частности,

об эффективности расширения масштабов небольших вмешательств и о том, как вмешательства на местном уровне, осуществляемые в одних местных условиях, можно перенести в другие условия.

Хотя респонденты и признают ведущую роль местных органов власти в объединении усилий основных заинтересованных сторон, все включенные в обзор муниципалитеты отметили, что трудно распространить ту последовательность в политике, которая существует на общегосударственном уровне, на многочисленные мелкие, часто сугубо местные инициативы. Как выразился один из респондентов, «важно перенести эту практику мелких и действенных мер на более высокий общегосударственный и международный уровень.» Некоторые респонденты говорили о необходимости обеспечения большей последовательности в политике между разными уровнями государственной власти – центральным, провинциальным и местным. Для того, чтобы подкрепить последовательность в политике правовыми санкциями, некоторые страны (Дания, Нидерланды и Швеция) приняли государственные программы или целевые ориентиры. Однако эти ориентиры часто касаются какой-либо целевой группы (например, детей) или социальной детерминанты (например, физической окружающей среды или условий труда). Неясно, насколько успешным может быть такой подход. Ясно только то, что положительная согласованность политики на всех уровнях считается обязательным условием достижения синергизма и эффекта, необходимых для воздействия на несправедливости в отношении здоровья и сглаживания крутизны социального градиента (1). Применительно к местным органам власти это можно рассматривать на двух уровнях. Во-первых, стоит задача достижения последовательности в формировании политики на уровне страны, провинции и на местном уровне. Тут же стоит задача достижения стратегической совместимости и по-

следовательности между местными стратегическими планами и целями, в реализации которых принимают участие учреждения-партнеры, и ролью и сферой действия отдельных проектов, осуществляемых для достижения этих целей (54).

3.5.3 База фактических данных

Большинством респондентов была поднята одна и та же проблема, связанная с осуществлением необходимых мер: отсутствие сколько-нибудь существенной базы фактических данных о том, что дает положительный эффект и что из этого могут использовать местные органы власти. Из проведенных интервью можно сделать вывод, что многие местные органы власти, по-видимому, достигли определенного уровня политической приверженности, хотя этот уровень в разных случаях разный.

Однако одним из респондентов было указано, что нужно, чтобы местные органы власти могли разработать четкий план с использованием фактических данных, который соответствовал бы местному контексту: «...политика должна иметь под собой научную основу».

По мнению респондентов, отсутствие фактических данных о мерах вмешательства проявляется как в отсутствии готовых фактических данных, которые можно было бы использовать для ведения работы сегодня и в дальнейшем, так и в трудности оценки эффективности уже осуществляемых программ.

Этот вопрос особенно важен, когда идет речь об адаптации базовых бюджетов, таких как бюджеты жилищного сектора, образования и транспорта, к стоящим на повестке дня задачам улучшения здоровья населения и уменьшения несправедливостей в отношении здоровья. Респонденты единодушно выступали за то, чтобы более активно делиться знаниями о том, как оценивать количественно социальные детерминанты здоровья

и несправедливости в отношении здоровья и как практически осуществлять программы по устранению несправедливостей. Представители обоих опрошенных органов власти провинциального уровня считали, что их функции должны включать такой элемент, как создание условий для обмена знаниями между муниципалитетами и между провинциями.

Большинство респондентов утверждали, что любая база фактических данных должна не только включать примеры результативной работы в разных странах и регионах, но и содержать достаточно информации для того, чтобы власти могли выбрать главное направление для своих усилий и, насколько это возможно, оценить любые дополнительные требуемые ресурсы. Обнадёживает, однако, то, что ни один из опрошенных представителей органов власти не считал недостаток фактических данных оправданием для того, чтобы ничего не делать. В то же время представители всех опрошенных органов власти высказали обеспокоенность по поводу того, что, имея очень мало фактических данных для осуществления своей деятельности, часто не располагая достаточными ресурсами для оценки эффективности того, что они делают, и будучи вынужденными экстраполировать фактические данные из разных секторов для определения своего курса, им приходится блуждать в темноте. Респонденты признали, что полноценной базы фактических данных нет, но повторили свое желание, чтобы проводился сбор и распространение уже имеющихся данных.

3.5.4 Потенциал

В результате интервью также выявились значительные различия в потенциале местных органов власти для принятия мер воздействия на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья. Эти проблемы потенциала касались, в частности, внутреннего организаци-

онного потенциала некоторых муниципалитетов с небольшой численностью населения, которые также страдают от крайне ограниченной гибкости в планировании и предоставлении услуг, которая обусловлена более широким стратегическим и законодательным контекстом. Несмотря на малые размеры подведомственных им территорий и численность населения, самые небольшие из опрошенных органов власти ощущали острую необходимость иметь свой голос в дискуссиях на центральном и международном уровне.

В ходе интервью также выявились пробелы в понимании некоторых аспектов социальных детерминант здоровья и несправедливостей в отношении здоровья. Например, хотя все респонденты обсуждали инициативы, связанные с попыткой использовать социальные детерминанты для уменьшения несправедливостей в отношении здоровья, мало кто из них говорил о разнице между действиями, обращенными на уязвимые группы, и принятием мер по всему градиенту. Большинство респондентов искали решения проблем в том, чтобы проводить узконаправленную работу: например, выбирать небольшие географические территории или конкретные общины, чтобы сосредоточить вмешательства на самых уязвимых сообществах. Поэтому из проведенных интервью можно сделать вывод, что обсуждение дилеммы “обращение действия на определенное сообщество/территорию или работа по всему градиенту” представляет собой важную область развития потенциала местных органов власти, причем такую область, которая будет оказывать материальное влияние на осуществление вмешательств. Без ясного понимания причины причин несправедливостей в отношении здоровья действия, скорее всего, не дадут нужного результата, они будут строиться на разрозненных проектах и будут ошибочно направлены на нижний уровень социального градиента. Для того, чтобы пропор-

циональные и универсальные по своему охвату стратегии и действия, на всех этапах жизни обращенные на социальные детерминанты здоровья, дали нужный результат, требуются ясное понимание, стратегия и согласованное руководство во всех основных ведомствах.

3.5.5 Управление политическим контекстом

Все респонденты подчеркивали значение политической приверженности для выполнения всех намеченных планов в данной области и отмечали факт укрепления такой приверженности. Степень политической приверженности была разной – от ясно выраженного лидерства (либо на центральном, либо на местном уровне) до политического дозволения реализовывать эти планы. Совершенно очевидно, что для включения вопроса о социальных детерминантах здоровья и несправедливостях в отношении здоровья в политическую повестку дня проводится большая работа и работа эта, по-видимому, привела к успехам, по крайней мере частично. Несколько респондентов отметили наличие сильного политического руководства как один из факторов успеха в разработке и реализации планов, хотя некоторые также указывали на необходимость усиления политического руководства.

Несмотря на то, что все респонденты выражали желание понять, что предпринимается в других странах, они не говорили конкретно о понимании тех аргументов, которые были использованы для того, чтобы включить в повестку дня вопрос о социальных детерминантах здоровья. Тем не менее, существует очевидная возможность поучиться на опыте стран, которые добились укрепления приверженности на политическом уровне. Респонденты считали, что для скорейшей выработки планов деятельности местных органов власти в данной области необходимо наметить общий для всех подход или определить общую совокуп-

ность факторов, которые могли бы быть разработаны и соответствующим образом адаптированы для использования в разнообразных условиях. Поэтому при разработке методов и средств поддержки местных органов власти в этой деятельности не следует игнорировать главенствующую роль политического руководства в этих планах.

3.5.6 Передача знаний

Все респонденты стремились понять действия, которые предпринимаются в других странах и регионах, и достигаемые там результаты, и хотели иметь возможность перенести полученные знания в свою собственную ситуацию. Один респондент отметил: “Иногда трудно оценить точное влияние некоторых программ на уменьшение несправедливостей в отношении здоровья, особенно когда речь идет об уже завершенных программах.” Другой респондент столкнулся с трудностями в работе на межсекторальном уровне и поэтому хотел бы знать, как нужно реализовывать межсекторальные стратегии. Еще один респондент заявил: “Было бы ценно, если бы мы делились друг с другом знаниями, но мне также хотелось бы видеть более тесное сотрудничество между регионами по конкретным темам: например, по проблемам, методике, инициативам или программам количественной оценки.” По-видимому, имеются хорошие, но часто не полностью используемые возможности международных обменов и учения на опыте других стран. Однако при этом не следует недооценивать потенциальную сложность передачи знаний из одного контекста местного самоуправления в другой: передача знаний в одной стране между аналогичными уровнями государственного управления может быть относительно несложным делом, но существенные различия в конкретных обстоятельствах требуют учитывать в подходе к передаче знаний все нюансы этих различий. Несмотря на различия в политическом климате, механизмах финанси-

вания и системной культуре, проблемы, с которыми сталкиваются местные органы власти, часто повторяются во многих странах.

3.5.7 Выводы по итогам интервью

Проведенные интервью ясно показали, что в целом местные органы власти привержены принципу воздействия на социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья. На местном и провинциальном уровнях расширяется участие в этой деятельности политиков и укрепляется политическое руководство. Однако после того, как местным органам власти удастся включить вопрос о несправедливостях в отношении здоровья в политическую повестку дня, перед многими из них возникает непростая задача сохранить его там, выработать понимание и обеспечить участие различных местных учреждений, а также преодолеть серьезные проблемы, связанные с реализацией намеченных планов. Из интервью следует, что было бы весьма полезно проанализировать уроки успехов, достигнутых в работе по включению в повестку дня вопросов о несправедливостях в отношении здоровья и социальных детерминантах здоровья, и сделать из них надлежащие выводы, но теперь главная задача состоит в том, чтобы собрать фактические данные и укрепить потенциал, необходимый для осуществления полноценных и устойчивых перемен.

3.6 Значение интервью, проведенных с представителями местных органов власти, для политики

Интервью, проведенные с представителями местных органов власти, особенно касающиеся реалий практического осуществления вмешательств, позволяют выделить несколько важных соображений относительно выполнения планов местных органов власти по изменению социальных детерминант здоровья.

3.6.1 Понимание различий между контекстами, в которых функционируют местные органы власти

В небольшой выборке в данном исследовании контексты, в которых функционируют местные органы власти, различались в широких пределах – от правительств провинций, обладающих высокой степенью автономии и правом собирать налоги, до маленьких муниципалитетов с разбросанным по всей территории населением, небольшими бюджетами и ограниченными правами собирать поступления в собственный бюджет. В деятельности по поддержке вмешательств, осуществляемых местными органами власти, или по созданию базы фактических данных необходимо принимать во внимание эти существенные различия и быть в состоянии адаптироваться к разным политическим и организационным контекстам.

Включенные в исследование местные органы власти явно проявляют большое желание учиться на опыте успешных вмешательств. Однако разнообразие и сложность организационных структур и законодательных систем, в рамках которых функционируют местные органы власти в Европейском регионе, делает невозможным применение одного и того же шаблонного подхода к передаче международного опыта и знаний. Быстрейшему распространению знаний мог бы способствовать подход, учитывающий все нюансы, при котором становятся понятными не только содержание вмешательств, но и подразумеваемые умения и навыки, которые требуются для их осуществления.

3.6.2 Выработка политической приверженности

Все респонденты отмечали, что для осуществления практических действий важно, чтобы у местных органов власти была политическая приверженность таким действиям. Особо респонденты выделяли важность выработки и сохранения по-

литической приверженности по отношению к руководящей роли местных органов власти и финансированию. Как выразился один из респондентов, “нужно выделять больше средств на укрепление здоровья и профилактику заболеваний; слишком много денег тратится на улучшение медико-санитарных услуг и больниц.” Поэтому при разработке методов поддержки местных органов власти в реализации планов необходимо признавать и поддерживать в положительно выраженной форме главенствующую роль местного политического руководства.

3.6.3 Передача знаний

Местные органы власти в Европейском регионе находятся на совершенно разных этапах реализации планов, касающихся социальных детерминант здоровья и несправедливостей в отношении здоровья. Хотя вопросы о социальных детерминантах здоровья и несправедливостях в отношении здоровья стоят в повестке дня всех опрошенных местных органов власти, необходимо незамедлительно принять меры по оказанию поддержки местным органам власти в воплощении политической готовности в практические дела. Можно с большой пользой заимствовать опыт и знания у других стран и у тех, кто уже предпринял конкретные шаги. Специальную просьбу об этом высказали представители опрошенных органов власти, особенно тех, которые еще слишком малы, чтобы их голос был слышен в дискуссиях, проводимых в стране и на международном уровне.

3.6.4 Создание потенциала для принятия мер воздействия на несправедливости в отношении здоровья и на социальные детерминанты здоровья

Более глубокое понимание роли местных органов власти и всего арсенала возможных мер вмеша-

тельства сложилось, по-видимому, в таких тематических разделах, которые чаще ассоциируют с несправедливостями в отношении здоровья: например, услуги, оказываемые детям и подросткам, и профилактическая работа с ними, а также работа с уязвимыми сообществами. Имеется относительно немного данных, свидетельствующих о том, что подобные планы и намерения в значительной степени проникли в главные и более привычные направления деятельности местных органов власти, такие как развитие градостроительства или борьба с бедностью. В области транспорта главное внимание, похоже, уделяется поощрению и созданию условий для ходьбы пешком и езды на велосипеде. Риторике “адаптации бюджетов в профилирующих областях деятельности к решению проблемы несправедливостей в отношении здоровья”, по-видимому, мешает не отсутствие политической приверженности, а отсутствие понимания и фактических данных о том, что это может означать на практике. Нужны практические примеры того, как властям удалось встроить меры воздействия на социальные детерминанты в повестку дня в профилирующих направлениях работы.

3.6.5 Сотрудничество и партнерства

Проведенные интервью показали, что муниципалитеты наиболее активно решают вопросы, касающиеся детей и подростков, а вот такие области, как территориальное планирование, иногда пользуются меньшим вниманием. Несколько муниципалитетов отметили, что руководство городским хозяйством должно играть более важную роль в уменьшении несправедливостей в отношении здоровья, но им трудно добиться включения вопроса о социальных детерминантах здоровья и несправедливостях в отношении здоровья в повестку дня в области территориального планирования.

Почему же программы, обращенные на детей и подростков и на молодых взрослых, оказываются более популярными? Одно из объяснений, которое предложили местные органы власти, состоит в том, что благополучие одной группы населения (например, детей и подростков и молодых взрослых) позволяет собрать действующих субъектов, преследующих одну общую цель – улучшить жизнь детей и подростков, и облегчает сотрудничество. А в области территориального планирования и развития градостроительства интересы у действующих субъектов разные, и вопросы охраны здоровья и благополучия населения тут редко бывают главными. Для того, чтобы стимулировать действия в отношении социальных детерминант здоровья, “должны быть предприняты адекватные стратегические меры, предполагающие широкое участие и расширяющие права и возможности заинтересованных сторон, направленные на борьбу с механизмами социальной поляризации в таких важнейших сферах жизни общества, как рынок труда, рынок жилья, социальные услуги и образование” (55).

Это тезис получил признание еще в начале 90-х годов прошлого столетия, и этим объясняется тот факт, что, например, Дания и Нидерланды приняли модели, в соответствии с которыми агентства по распределению социального жилья, школы, муниципалитеты и местные предприниматели сотрудничают между собой, чтобы добиться улучшений в социально-экономическом положении неблагополучных микрорайонов. Пока неясно, насколько успешен такой подход. Некоторые комментаторы критикуют его за то, что он лишь изменяет местоположение социально и экономически неблагополучных районов внутри городов.

3.6.6 Создание политических и законодательных структур и основ, открывающих возможность для действий

Все респонденты отметили важность политических и финансовых структур, в которые встроены местные органы власти, и их влияние на возможности уменьшить несправедливости в отношении здоровья и воздействовать на социальные детерминанты здоровья.

Структуры должны благоприятствовать работе: муниципалитетам для выполнения своих задач нужна законодательная база. Примером того, для чего особенно важны благоприятствующие правовые инструменты и структуры, является координация действий. Очевидно, что для того, чтобы успешно преодолевать несправедливости в отношении здоровья, требуется партнерское сотрудничество, так как во многих социальных детерминантах здоровья присутствует существенный немедицинский аспект. Многие респонденты – представители местных органов власти признавали, что часто над одним и тем же вопросом работают несколько отделов или организаций, причем работают почти в аналогичном режиме, но все равно не сотрудничают между собой. Несколько респондентов высказали мысль о том, что было бы полезно иметь инструменты поддержки координации – правовые, финансовые или одновременно те и другие. Хорошим примером служит Закон о социальной поддержке в Нидерландах, хотя и он еще нуждается в более тонкой доработке. Была также отмечена ценность программ, объединяющих многие заинтересованные стороны и направляющих в нужное русло поток финансирования (Испания).

4. Заключительные выводы и значение вышеизложенного для деятельности Европейской Сети ВОЗ “Здоровые города”

Доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья и последовавший за ним стратегический обзор неравенств в отношении здоровья в Англии после 2010 г., в которых подчеркивается связь между социальными условиями, социальными неравенствами, несправедливостями в отношении здоровья и состоянием здоровья, представляют собой прочную и надежную основу для действий и содержат фактические данные в подтверждение необходимости действовать. На глобальном уровне Комиссией по социальным детерминантам здоровья было рекомендовано улучшать материальные условия, в которых рождаются, учатся, живут, трудятся и старятся люди, и распределение психосоциального благополучия внутри микрорайонов и сообществ, где должно быть обеспечено социальное единение и где люди могут сами регулировать свою жизнь. При таких рекомендациях вопрос о справедливости в отношении здоровья прочно занимает центральное положение в системе руководства городским хозяйством и городского планирования.

В документе *Fair society, healthy lives (26)* собраны самые полные и качественные фактические данные, касающиеся несправедливостей в отношении здоровья на глобальном уровне и на уровне отдельных стран, которые позволяют выявить те меры вмешательства, которые с наибольшей вероятностью будут эффективны в Англии. Этот документ усилил тезис о том, что социальная справедливость является главной движущей силой, требующей объединенных усилий для воздействия на несправедливости в отношении здо-

ровья во всех группах населения. Выбор образа жизни определяется и ограничивается влиянием экономических, психосоциальных и экологических условий, в которых проходит вся жизнь людей. В документе *Fair society, healthy lives (26)* отмечается необходимость сосредоточить усилия на социальных детерминантах здоровья – первых годах жизни, образовании и профессиональной подготовке, социальной защите, достойной работе, экономическом статусе и доходе и на доступе к ресурсам и услугам, в том числе (но не только) к медико-санитарной помощи, жилью и транспорту, т.е. на всём, что дает людям возможность самостоятельно регулировать свою жизнь и участвовать в жизни здоровых и процветающих микрорайонов и сообществ.

В число главных принципов, которые относятся к понятию здоровых городов, входят следующие:

- В центре всех стратегий на общегосударственном, провинциальном и местном уровнях должны быть социальная справедливость, охрана здоровья и устойчивость, чтобы была заложена общая основа ценностей для объединенных действий в духе партнерства.
- Улучшение здоровья и благополучия населения и уменьшение несправедливостей в отношении здоровья требует расширения прав и возможностей граждан и сообществ самостоятельно регулировать свою жизнь, содействия личному благополучию, участия сообщества, социального единения и справедливости. Ключевыми аспектами являются люди, процесс и место проживания.

- Государственный сектор должен выдвигать новые формы политического, гражданского и государственного руководства, ориентированного в первую очередь на создание условий, в которых люди и сообщества могли бы самостоятельно регулировать свою жизнь.
- Стратегий, предусматривающих вмешательство только в одну часть системы, обычно недостаточно для того, чтобы добиться необходимых перемен к лучшему, или они затрагивают лишь меньшинство населения. Нужны действия, обращенные на социальные детерминанты здоровья во всех группах населения, пропорциональные уровню их социально-экономического благополучия и осуществляемые на протяжении всего жизненного пути, чтобы устранить или ослабить суммарное влияние несправедливостей в отношении здоровья.
- Стратегии и направления политики должны носить междисциплинарный характер на центральном, провинциальном и местном уровнях. Несправедливость в отношении здоровья обусловлена многими причинами, имеет многогранный и комплексный характер и требует принятия мер на всех уровнях во многих различных ведомствах и секторах. Для этого нужно продуманное во всех деталях партнерство, объединяющее самые разные организации и секторы.
- Накопленный сегодня опыт свидетельствует о том, что можно выработать широкие принципы действия, но практические решения не могут быть простыми и одинаковыми для не сравнимых друг с другом провинций, городов, поселков и деревень: эти решения нужно адаптировать к специфике культурного, исторического и географического контекста (см. "Основу для действий" (6), разделы 4.1.2, 4.3, 5.1, 5.3.1 и 5.4).

В обзоре приводятся доводы в обоснование широкой роли, которую должны играть в Англии местные органы власти в деятельности по преодолению несправедливостей. К основным функциям, которые были определены для местных органов власти, относятся:

- обеспечение лидирующего положения местных сообществ с целью расширения участия общественности и местного самоуправления, мобилизация сообществ на совместную деятельность по поддержанию и укреплению здоровья и благополучия и на формирование социального капитала, атмосферы доверия и устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям;
- выявление потребностей и ресурсов отдельных граждан и всего населения с тем, чтобы на этой основе вырабатывать стратегические подходы и создавать партнерства для осуществления на местном уровне мер воздействия на социальные детерминанты несправедливостей в отношении здоровья;
- содействие развитию безопасных и экологически устойчивых мест проживания и сообществ, проведение оценки воздействия на справедливость в отношении здоровья при выполнении работ в сфере городского планирования и формирования мест проживания и использование результатов оценки в новых проектах и при возрождении существующих микрорайонов;
- организация на договорной основе и непосредственное предоставление ряда научно обоснованных услуг профилактики с привлечением отдельных граждан и сообществ в микрорайонах в соответствии с предусмотренными законом обязанностями;
- выполнение регуляторных функций в соответствии с переданными на местный уровень полномочиями по уменьшению неравенств в отношении здоровья;

- в тех случаях, когда местные органы власти являются основным работодателем, прямое или косвенное использование выдачи заказов на предоставление услуг и выполнение работ, заключения договоров и предоставления работы для повышения уровня занятости местного населения (см. “Основу для действий” (6), разделы 4.1, 4.3, 5.5 и 5.8.2).

4.1 Роль местных органов власти: обзор ситуации в шести странах

В докладе рассматриваются подходы к уменьшению несправедливостей в отношении здоровья, принятые местными органами власти в шести странах: Англии, Дании, Испании, Латвии, Нидерландах и Швеции. Это позволяет изучить модели сильного руководства на центральном, провинциальном и муниципальном уровне.

В анализе подчеркивается, что местные органы власти не представляют собой одно единообразное учреждение – они сложны и не похожи друг на друга, имеют разные структуры, разную политическую и финансовую организацию и разные уровни полномочий. Более могущественные органы власти собирают налоги и устанавливают собственные стратегические программы действий, в то время как другие таких прав не имеют. Признание этих различий в структурах, функциях и уровне автономии позволяет увидеть различия в возможностях расширять масштабы деятельности, необходимой для воздействия на социальные детерминанты здоровья. Понимание этого факта и более широкой законодательной базы, в рамках которой функционируют провинции и муниципалитеты, является предпосылкой для понимания роли местных органов власти.

Виды вмешательств на разных уровнях власти существенно различаются. Тем не менее, фактические данные свидетельствуют о том, что местные органы власти предпринимают многочисленные

инициативы, касающиеся несправедливостей в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья. Это со всей очевидностью демонстрирует решимость местных органов власти играть значительную роль в удовлетворении потребностей местного населения, как бы ни были определены эти потребности. В этой позитивной установке, однако, выявляется несколько недостатков, которые нуждаются в дополнительном изучении. Эти недостатки касаются, в частности, воздействия на справедливость в отношении здоровья через работу по найму и использования деятельности вокруг места проживания для понимания и уменьшения несправедливостей в отношении здоровья. Этот факт был признан в интервью, проведенных для выполнения обзора, а также организованных Сетью ВОЗ “Здоровые города”.

Важной функцией местных органов власти в деле улучшения здоровья населения является формирование мест проживания в городах. Для хорошего здоровья и благополучия людям нужны хорошие места для проживания. Такие места характеризуются хорошей системой обслуживания, наличием высококачественного жилья, возможностью устроиться на работу и ощущением безопасности и принадлежности к сообществу, что в совокупности приводит к высокому уровню социального капитала и личному и коллективному психосоциальному благополучию. Сообщества, в которых живут люди, оказывают большое влияние на их здоровье и психическое благополучие. Место проживания и круг социального общения, к которому люди принадлежат на всем протяжении своего жизненного пути, оказывают ощутимое воздействие на здоровье людей.

Однако социальные, экономические и экологические ресурсы, определяющие такое благополучие, распределены неравномерно. Рассмотрение этой проблемы сквозь призму справедливости и благополучия в принципе может расширить

возможности для реализации моделей здоровья и благополучия, в которых главное место занимают социальные детерминанты.

В подобной модели местные органы власти предстают не только как поставщик услуг, но и как механизм поддержки лучшей жизни своих граждан, культивирующий психосоциальное благополучие как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Когда такой акцент в деятельности местных органов власти сочетается с подходом, предполагающим учет и использование ресурсов здоровья, это служит укреплению социального капитала и ресурсов сообществ, а не просто описанию дефицитов, проблем и потребностей.

Такая деятельность на начальном уровне цепи причин и следствий вполне может иметь экономический смысл в период рецессии, когда местные органы власти, скорее всего, будут сокращать расходы до уровня базовых услуг, а сообщества сталкиваются с угрозами своему благополучию ввиду роста безработицы, долгов и риска ослабления социального единства. За счет повышения индивидуальной и коллективной устойчивости к неблагоприятным внешним воздействиям посредством заблаговременного принятия мер по укреплению здоровья и психосоциального благополучия вполне можно получить значительный эффект.

Большая часть фактических данных о социальных детерминантах здоровья известна уже давно, но теперь база данных стала более прочной и систематизированной. Меньше данных собрано об осуществлении мер вмешательства и о достигаемых результатах.

В настоящем докладе выделено шесть факторов, имеющих особое значение для успешного осуществления мер вмешательства:

- многопрофильные партнерства и сотрудничество с участием многих учреждений и ведомств;
- согласованность и сближение стратегий;

- добротность базы фактических данных;
- укрепление возможностей и потенциала;
- управление политической средой;
- передача знаний.

4.2 Многопрофильные партнерства и сотрудничество с участием многих учреждений и ведомств

Партнерство определяется как одна из главных предпосылок успеха при осуществлении мер воздействия на социальные детерминанты здоровья, поскольку это требует комплексных действий, предпринимаемых разными заинтересованными сторонами, работающими над решением проблем согласованно и стабильно. На пути формирования зрелых партнерских отношений могут возникать серьезные препятствия. К ним относятся отсутствие понимания основных движущих сил социальных детерминант здоровья и искусственное отделение политики здравоохранения от других важных для здравоохранения направлений политики, что ведет к смещению ответственности. Последнее обстоятельство может быть осложнено неспособностью отдельно определить суммарные расходы на социальные детерминанты здоровья. Это, по-видимому, является общей чертой для всех стран, которую необходимо систематически устранять. В целом же, хотя партнерства и являются обычным делом, было проведено совсем немного систематических оценок, позволяющих установить, приводят ли такие партнерства к более высоким итоговым показателям здоровья населения. В то же время есть несколько факторов, указывающих на необходимость развивать зрелые партнерские отношения, способные дать положительные результаты. Главным требованием, предъявляемым к полноценным партнерствам, является применение новой, отличной от прежних модели руководства, ориентированного на общесистемный подход и предполагающего ак-

тивное участие местных сообществ. Руководство должно опираться на совместную деятельность по укреплению и поддержанию здоровья и благополучия и в достижении результатов использовать модель, в которой соотношение сил смещается от специалистов и официальных учреждений в сторону местных жителей и сообществ. Как показывает опыт практического осуществления вмешательств, описанный подход развязывает руки местным политикам, гражданам и сообществам и они могут приспособлять конкретные решения к местным проблемам (из чего вытекает более отчетливо выраженная подотчетность на местном уровне), но для этого такой подход должен сочетаться с ясностью стратегического направления для всех ведомств и с недвусмысленным соглашением в отношении общих приоритетов, а целевые показатели должны быть ограничены только тем, что необходимо для успешного достижения стратегических целей. Для того, чтобы добиться синергизма, столь нужного для сохранения прогресса в долгосрочной перспективе, требуется последовательность в стратегии, политике и их осуществлении во всей системе в соответствии с ценностями и принципами социальной справедливости (56). Партнерские структуры, как формальные, так и неформальные, являются частью общей картины, и их необходимо постоянно совершенствовать, чтобы их влияние, выражающееся в облегчении реализации программ и планов, было максимальным (см. “Основу для действий” (6), разделы 4.1, 5.2, 5.5 и 5.8.6).

4.3 Согласованность и сближение стратегий

Потребность в согласованности стратегий на разных уровнях государственной власти очень велика. Согласованность на всех уровнях имеет решающее значение для обеспечения последовательности в подходах между стратегией на разных уровнях и ее реализацией на местном уровне

(56). Если этого обеспечено не будет, синергизм, необходимый для того, чтобы подняться от местных инициатив до решения задач национального масштаба, размывается и происходит откат назад к мелким инициативам, направленным на изменение образа жизни и поведения. О трениях, возникающих в партнерствах при выработке согласованных и положительно сформулированных приоритетов, написано достаточно, и эти трения еще раз подтверждают правильность сделанного выше комментария о необходимости новых форм руководства во всем государственном секторе – руководства, которое может принять общесистемный подход и взять на вооружение модели распределенного руководства, в котором участвуют граждане, сообщества и организации на всех уровнях (см. “Основу для действий” (6), разделы 4.1, 4.3, 5.1, 5.5 и 6.3).

4.4 Добротность базы фактических данных

Существует распространенная точка зрения, согласно которой база фактических данных о социальных детерминантах здоровья за последние десять лет хотя и укрепилась, фактических данных о том, какие меры воздействия дают положительный эффект, сравнительно мало. Каждая страна может предложить фактические данные о передовых методах работы, но пока такие данные никто не систематизировал, хотя и есть несколько документов, в которых сделана попытка собрать различные инициативы и оценить эффективность национальной программы. Развиваются новые динамичные процессы обмена передовым опытом, но нужно укрепить базу знаний о том, что дает положительный эффект, и обеспечить реальное распространение примеров передовой практики на уровне отдельных стран и на международном уровне. Для этого необходимо проводить более систематические оценки социальных детерминант здоровья и создавать структуры,

способные обеспечить полноценное распространение результатов среди всех основных заинтересованных сторон (см. “Основу для действий” (б), разделы 5.2 и 6.2).

4.5 Укрепление возможностей и потенциала

Укрепление возможностей и кадрового потенциала остается важным вопросом, требующим решения. Для принятия эффективных мер воздействия на социальные детерминанты здоровья и благополучия нужны усилия во многих профессиональных областях и секторах – жилищном и транспортном, в секторах образования, социальной помощи, городского планирования и градостроительного проектирования, социальной защиты и охраны окружающей среды. Во всех странах Европейского региона была отмечена нехватка кадров общего профиля в основных профессиях, участвующих в формировании и поддержке устойчивых сообществ. Необходимо позаботиться о выработке понимания и правильной оценке социальных детерминант здоровья и социального градиента и привлечь эти секторы и профессии к работе по выполнению требований новой повестки дня. Отсутствие прогресса часто является следствием отсутствия осведомленности о проблемах и о том, какой вклад могут вносить конкретные профессии, учреждения и органы власти. Это может привести к инерции или обструкции при принятии необходимых совместных мер (см. “Основу для действий” (б), раздел 6.2).

4.6 Управление политической средой

В докладе подчеркивается важность обеспечения достойного места для вопроса о социальных детерминантах здоровья в политической повестке дня и сохранения там этого вопроса, чтобы социальная политика постоянно предусматривала его решение в долгосрочной перспективе. Необ-

ходимо усилить основные функции центральных и местных органов власти, особенно функции, связанные с всесторонним пониманием причины причин несправедливостей в отношении здоровья, с коллективным стратегическим руководством, в котором участвуют граждане и сообщества и которое расширяет их права и возможности и предполагает принятие новой роли в создании условий, при которых происходит разделение власти с гражданами и сообществами и осуществляется совместная с ними деятельность по укреплению и поддержанию здоровья. В разделе, касающемся партнерств, высказывается требование новых форм политического и гражданского руководства, ориентированного на широкое участие. Это означает совместные действия, которые должны предприниматься различными гражданами, учреждениями и всеми уровнями государственной власти и которые могут влиять на социальные детерминанты здоровья и содействовать распространению общесистемных подходов к уменьшению несправедливостей в отношении здоровья (см. “Основу для действий” (б), разделы 4.3, 5.4 и 6.1).

4.7 Передача знаний

В докладе было показано, что нужно и дальше развивать системы передачи знаний между странами и внутри стран Европейского региона. Это не означает, разумеется, что инициативы, предпринятые в одном месте, могут легко переноситься в другое место. Необходимость учитывать разные культурные, исторические, политические и социальные контексты понимается всеми. Однако все же созданы и действуют сети получения знаний, и в контексте глобальных действий по изменению социальных детерминант здоровья и уменьшению несправедливостей в отношении здоровья они приобретают еще большую ценность.

Библиография

1. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. (http://www.who.int/publications/list/WHO_IER_CSDH_08_1/ru/index.html, по состоянию на 6 января 2014 г.).
2. *Social determinants of health: key concepts*. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html, accessed 20 April 2012).
3. Dalli J. *Pre-inauguration hearings before the European Parliament*. Strasbourg, European Parliament, 2010 (http://www.europarl.europa.eu/hearings/static/commissioners/speeches/dali_speeches_en.pdf, accessed 20 April 2012).
4. *Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013*. Brussels, European Commission, 2007 (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf, accessed 20 April 2012).
5. *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*. Brussels, European Commission, 2009 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf, accessed 20 April 2012).
6. *Healthy cities tackle the social determinants of inequities in health: a framework for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
7. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2009 г.: здоровье и системы здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/117186/E93103R.pdf, по состоянию на 20 апреля 2012).
8. Knowledge Network on Urban Settings of the Commission on Social Determinants of Health. *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Kobe, WHO Centre for Health Development, 2008 (http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf, accessed 20 April 2012).
9. Barton H, Tsourou C. *Healthy urban planning: a WHO guide to planning for people*. London, Spon, 2000.
10. Saltman RB, Bankauskaite V. Central issues in the decentralization debate. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, eds. *Decentralization in healthcare*. Maidenhead, Open University Press, 2007.
11. Litvack J, Ahmad J, Bird R. *Rethinking decentralization in developing countries*. Washington, DC, World Bank, 1998 (http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Stewardship/Rethinking_Decentralization.pdf, accessed 20 April 2012).
12. De Vries MS. The rise and fall of decentralization: a comparative analysis of arguments and practices in European countries. *European Journal of Political Research*, 2000, 38:193–224 (<http://www.ru.nl/asp/download.aspx?File=/contents/pages/140660/ejprdecentralization.pdf>, accessed 20 April 2012).
13. Mitchell G, Dorling D. An environmental justice analysis of British air quality. *Environment and Planning*, 2003, A35:909–929.

14. Lavin T et al. *Health effects of the built environment*. Dublin, Institute of Public Health, 2006.
15. Whitley R, Prince M. Fear of crime and mental health in inner city London. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:1678–1688.
16. Naess III et al. Air pollution, social deprivation, and mortality: a multilevel cohort study. *Epidemiology*, 2007, 18:686–694.
17. Forastiere F et al. Socio-economic status, particulate air pollution and daily mortality: differential exposure or differential susceptibility. *American Journal of Industrial Medicine*, 2007, 50:208–216.
18. Grayling T et al. *Streets ahead: safe and liveable streets for children*. London, Institute for Public Policy Research, 2002.
19. Royal Commission on Environmental Pollution. *Twenty-sixth report: the urban environment*. London, The Stationery Office, 2007.
20. Ellaway A, Macintyre S, Bonnefoy X. Graffiti, greenery and obesity in adults: secondary analysis of European cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 2005, 331:611–612.
21. Grant M. *Health inequalities and determinants in the physical urban environment*. Bristol, WHO Collaborating Centre for Healthy Cities, University of the West of England, 2010.
22. Mitchell R, Popham F. Effects of the exposure to the natural environment on health inequalities: an observational population study. *Lancet*, 2008, 372:1655–1660.
23. Croucher K et al. *Health and the physical characteristics of urban neighbourhood: a critical literature review. Final report*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health, 2007.
24. Horowitz K, McKay M. Community violence and urban families: experience, effect and direction for intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005, 75:356–368.
25. Buzeti T et al. *Health inequalities in Slovenia*. Ljubljana, National Institute of Public Health, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/131759/Health_inequalities_in_Slovenia.pdf, accessed 20 April 2012).
26. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*. London, Marmot Review, 2010.
27. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why equality is better for everyone*. London, Penguin Books, 2010.
28. Peake S et al. *Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies*. Ottawa, Public Health Agency of Canada and Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/pmnch/topics/health_systems/healthequity_who/en/index.html, accessed 20 April 2012).
29. Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. *Early child development: a powerful equalizer – final report of the Early Child Development Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/publications/earlychild-development/en/index.html, accessed 20 April 2012).
30. Conti G, Heckman J, Zanolini A. The developmental origins of health: cognition, personality, and education. *6th Annual Nestle International Nutrition Symposium, Lausanne, Switzerland, 22 October 2009*.
31. Allen G. *Early interventions: the next steps*. London, Cabinet Office, 2011.
32. Cummings C et al. *Evaluation of the Full Service Extended Schools Initiative: final report*. London, Department for Education and Skills, 2007.
33. Stewart-Brown S. *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, accessed 20 April 2012).

34. Morris J et al. A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885–889.
35. *The London health inequalities strategy*. London, Greater London Authority, 2010.
36. Matrix Evidence Ltd. *Valuing health: developing a business case for health improvement*. London, Improvement and Development Agency, 2009.
37. Lyons M. *National prosperity, local choice and civic engagement: a new partnership between central and local government for the 21st century*. London, HMT, 2006.
38. Perkins N et al. *What counts is what works? New Labour and partnership on public health*. Bristol, Policy Press, 2009.
39. *No more toxic assets*. London, Commission for Architecture and the Built Environment, 2009.
40. Boyce T, Patel S. *The health impact of spatial planning decisions*. London, Kings Fund, 2009.
41. Parkes A, Kearns A. *The multi-dimensional neighbourhood and health. A cross sectional analysis of the Scottish Household Survey 2001*. Bristol, ESRC Centre for Neighbourhood Research, 2004 (CNR Paper 19).
42. *Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England*. London, Department of Health, 2010.
43. *Tackling health inequalities: 10 years on*. London, Department of Health, 2009.
44. *Regionalism across Europe*. Brussels, Assembly of European Regions, 2006.
45. *The state of regionalism in Europe: an AER report*. Brussels, Assembly of European Regions, 2010.
46. Мартин Страндберг-Ларсен и др. Дания. Обзор системы здравоохранения. *Системы здравоохранения: время перемен.*, 2007, 9(6):1–164.
47. Tragakes E et al. Latvia: health system review. *Health Systems in Transition*, 2008, 10(2):1–253.
48. *Compendium of cultural policies and trends in Europe*. 12th ed. Strasbourg, Council of Europe, 2011 (<http://www.culturalpolicies.net/web/latvia.php?aid=22>, accessed 20 April 2012).
49. Vallgarda S. Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy*, 2007, 85:71–82.
50. Judge K et al. *Health inequalities: a challenge for Europe*. London, United Kingdom Presidency of the European Union, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/ev_060302_rd05_en.pdf, accessed 20 April 2012).
51. Barton H, Mitcham C, Tsourou C, eds. *Healthy urban planning in practice: experience of European cities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98400/E82657.pdf, accessed 20 April 2012).
52. Mackenbach JP, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet*, 2003, 362:1409–1414.
53. Stokke O, Foster J, eds. *Policy coherence in developmental cooperation*. London, Frank Cass, 1999 (EADI Book Series 22).
54. Smithies J, Hampson S. *Review of good practice in community participation and health projects and initiatives*. Howarth, Labyrinth Consultancy and Training, 1999.
55. Andern J. *Social exclusion and inclusion in the globalised city*. Roskilde, Roskilde University, 2004.
56. Cook B. *Health inequalities*. Belfast, Southern Health Board, Northern Ireland, 2009.

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
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Воздействие на социальные детерминанты здоровья: городской контекст и роль местных органов власти



9 789289 050616

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int