



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Обновленный
повторный тираж, 2014 г.

Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: резюме



UCL Institute of Health Equity



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: резюме

Председатель обзора
Michael Marmot

Обзор подготовлен
Институтом проблем
справедливости
в отношении здоровья
при Университетском
колледже Лондона



UCL Institute of Health Equity



Аннотация

В Европейском регионе ВОЗ достигнуты замечательные улучшения показателей здоровья среди тех групп населения, где произошло прогрессивное совершенствование условий, в которых люди рождаются, растут, живут и работают. Однако как между странами, так и внутри них сохраняются стойкие социальные неравенства. Предлагаемый обзор несправедливых различий по показателям здоровья в 53 государствах-членах Региона выполнен на заказной основе в рамках разработки основ новой европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020. В настоящее время достигнуто более глубокое понимание масштабов и социальных причин этих несправедливостей. Европейский обзор опирается на глобальные фактические данные и содержит стратегические рекомендации, при осуществлении которых может быть достигнут прогресс в сокращении несправедливостей и разрыва по показателям здоровья во всех странах, в том числе и с низким уровнем доходов. В целях повышения уровня социальной справедливости в отношении здоровья и защиты будущих поколений необходимы действия, направленные на социальные детерминанты здоровья – действия на всех этапах жизни и в более широких социально-экономических сферах.

Ключевые слова

Health inequities
Health management and planning
Health status disparities
Intergenerational relations
Socioeconomic factors
Social determinants of health

ISBN: 978 92 890 0045 1

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-овом 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.

Содержание

iv	Предисловие
vi	Комментарий председателя
vii	Благодарности
<hr/>	
1	Резюме
<hr/>	
3	Области действий – акцент на приоритеты
<hr/>	
5	Новые подходы
<hr/>	
5	Действия – делать хотя бы немного, делать больше, делать лучше
<hr/>	
7	Социальные детерминанты, права и свободы человека
<hr/>	
7	Действия в условиях «экономических заморозков»
<hr/>	
8	Рекомендации и необходимые действия
<hr/>	
31	Выводы
32	Библиография

Здоровье и благополучие – это важнейший ресурс, который крайне необходим всем нам и обществам, в которых мы живем, в сегодняшнем, все более сложном мире. На первый взгляд общие показатели здоровья населения в различных странах Европейского региона ВОЗ в течение последних десятилетий несомненно улучшились. Однако, при более пристальном рассмотрении, мы можем видеть, что улучшения в состоянии здоровья достигнуты не везде и не равным образом для всех граждан. Широко распространены несправедливые различия по показателям здоровья между обществами и их отдельными группами. Они отражают различия в условиях жизни людей и влияют на масштабы и тенденции в проявлениях несправедливости в отношении здоровья в сегодняшней Европе. Социальные неравенства в отношении здоровья являются прямым нарушением права человека на здоровье, они неправомерны и несправедливы.

Опираясь на европейские ценности и знания, мы можем и должны повысить уровень действий в поддержку здоровья и сократить масштабы несправедливости в отношении здоровья на нашем континенте. Именно по этой причине, вступив на пост Директора Европейского регионального бюро ВОЗ, я инициировала процесс разработки политики Здоровье-2020. Поставленная мной задача заключалась в том, чтобы, опираясь на ценности и фактические данные, разработать основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия.

Укрепление здоровья населения и повышение уровня его благополучия, сокращение несправедливых различий в отношении здоровья и развитие ориентированных на человека систем здравоохранения – это ключ к устойчивому и социально-справедливому развитию Европы. Ключевые стратегические задачи политики Здоровье-2020 всесторонним образом отражают это перспективное видение. Отраднее осознавать, что эта политика была успешно утверждена на шестьдесят второй сессии Регионального комитета, состоявшейся в Мальте в сентябре 2012 г.

В основе политики Здоровье-2020 лежит простая, однако жизненно важная идея: здоровье и благополучие имеют ключевое значение для человеческого, социального и экономического развития и всего будущего Европы. Здоровье – это фундаментальный жизненный ресурс индивидуумов, семей и сообществ. Его отсутствие разрушает потенциал, порождает отчаяние и приводит к истощению ресурсов. Путем разработки основ этой новой европейской политики здравоохранения Европейский регион и его государства-члены стремились привлечь внимание к вопросам здоровья и улучшить распределение показателей здоровья среди социальных групп. Для того, чтобы достичь этой цели, необходимо воздействовать на

коренные причины несправедливых различий в отношении здоровья как в странах, так и между странами. Такие действия следует рассматривать как приоритет в сегодняшнем европейском контексте, когда во многих странах отмечаются углубление или устойчивое сохранение несправедливых различий в отношении здоровья, рост бремени неинфекционных заболеваний и сокращение расходов на социальные нужды вследствие финансового кризиса. В этих условиях налицо острая необходимость укрепления и защиты здоровья, особенно для наиболее уязвимых сегментов населения. Европейскому региональному бюро ВОЗ принадлежит ключевая роль в решении этих проблем в качестве активного лидера и надежного партнера для совместных действий. Таково обоснование всех усилий, которые привели к созданию политики Здоровье-2020.

По моему поручению в рамках подготовки политики Здоровье-2020 был выполнен на заказной основе ряд исследований и научных обзоров. Один из наиболее важных из них – это Европейский обзор о социальных детерминантах здоровья и разрыву по показателям здоровья, подготовленный под руководством профессора Сэра Майкла Мармота и группы его сотрудников в Институте проблем социальной справедливости в отношении здоровья при Университетском колледже Лондона. Этот обзор был составлен силами консорциума, в который вошли свыше 80 научных работников и учреждений, работающих по вопросам политики, в тесном сотрудничестве с техническими подразделениями и программами Регионального Бюро. Я рада убедиться в том, что выводы и рекомендации Обзора использованы при разработке политики Здоровье-2020 и теперь опубликованы и широко доступны в странах Европы и на глобальном уровне. Я поздравляю Сэра Майкла и всех тех, кто внес свой вклад в подготовку этого уникального труда.

Работа над Обзором позволила собрать новые объективные данные о масштабах и причинно-следственных связях неравенств в отношении здоровья в Европейском регионе, а также о наиболее эффективных вмешательствах и стратегических подходах к их сокращению. Теперь мы знаем, что лежит в основе процветания и устойчивого благополучия общества и что позволяет людям оставаться здоровыми. Мы смогли более глубоко понять мощное влияние социальных детерминант как на здоровье, так и на болезнь. Мы лучше понимаем, как условия повседневной жизни влияют на здоровье на индивидуальном и популяционном уровнях. Мы знаем, что жители наших стран обладают далеко не равными возможностями для сохранения и

поддержания своего здоровья. Мы получили более достоверные свидетельства того, что современное бремя болезней коренится в современном обществе, в механизмах распределения и использования ресурсов и в том, как мы учитываем гендерные и другие социальные факторы, которые влияют на современные характеристики нездоровья и образа жизни. Мы составили гораздо более полное представление о том, что возможность жить в здоровых условиях тесно связана с правильным уходом и воспитанием в детстве, с образованием, достойной работой, жильем и достаточным доходом в течение всей жизни.

Я вижу свою цель во всемерном продвижении выводов настоящего обзора, чтобы повысить в масштабе Региона интерес и приверженность делу сокращения несправедливостей в отношении здоровья и их причин и укрепить существующие меры поддержки и эффективные действия. Обзор должен послужить сигналом к действиям для политических лидеров и ведущих специалистов и дать возможность активно способствовать развитию и распространению эффективной практики и стратегических инноваций среди всех тех, чья работа связана с улучшением и сокращением разрыва по показателям здоровья среди европейских государств-членов и в пределах самих стран.

Обзор оказал влияние на содержание политики Здоровье-2020, и ее цель – служить в качестве важного стимула для коллективных действий в целях использования новых возможностей для улучшения здоровья и повышения уровня благосостояния наших народов в масштабе всего Региона. Необходимо сократить существующие сегодня в странах Региона, часто весьма резкие, несправедливости в отношении здоровья. Итоговый полезный эффект политики Здоровье-2020 зависит от ее успешного осуществления в странах. Мерилом этого успеха будут ощутимые улучшения в показателях здоровья и справедливости в отношении здоровья среди жителей наших стран. Я уверена в том, что, опираясь на выводы этого крайне важного обзора, мы сможем внести существенный ценный вклад в коллективную работу на благо всех народов Региона. Мы должны действовать с учетом новых объективных данных, представленных в обзоре, в интересах улучшения здоровья живущих и будущих поколений. Это, одновременно, и открывающаяся перед нами возможность, и актуальный и нелегкий вызов.

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Осознавая важность сокращения несправедливости в отношении здоровья в глобальном масштабе, ВОЗ создала комиссию по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ). Охрана здоровья нередко отождествляется с медицинской помощью и общественным здравоохранением в сочетании с программами борьбы с болезнями. Однако к этим подходам требуется добавить еще один. В докладе КСДЗ 2008 года *Линвидировать разрыв в течение жизни одного поколения* содержится вывод о том, что несправедливость в отношении здоровья определяется условиями, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, а также несправедливым распределением власти, властных полномочий, финансовых и других ресурсов, от которых зависят эти условия повседневной жизни. «Масштабы гибели людей из-за социальной несправедливости громадны», – говорится в докладе.

На основе выполненного ее силами синтеза фактических данных КСДЗ сформулировала рекомендации для действий. В своем комментарии, в качестве главы Комиссии, я отметил, что всех, кто работал под эгидой КСДЗ, объединяли три основных интереса: стремление к социальной справедливости, уважение к фактическим данным, и обеспокоенность в связи с недостаточной активностью действий, направленных на социальные детерминанты здоровья.

С тех пор ситуация изменилась. Все так же все, кто трудились над Европейским обзором, разделяют приверженность КСДЗ к социальной справедливости и фактическим данным. Однако сегодня налицо и осязаемый и весьма радующий интерес к применению концепции социальных детерминант здоровья в деле улучшения показателей здоровья и повышения уровня справедливости в отношении здоровья. Жужанна Якаб, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ, выступая с лидирующих европейских позиций и стремясь к воплощению своего перспективного видения в практические дела, инициировала составление настоящего обзора социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья. Опираясь на работу КСДЗ, мы рассматривали свою задачу как синтез фактических данных и формулирование рекомендаций, которые можно было бы применить во всех 53 богатых своим разнообразием странах, составляющих Европейский регион ВОЗ.

Имеются значительные и устойчивые несправедливости в отношении здоровья во всех странах Региона. В него входят страны, имеющие едва ли не самые лучшие в мире показатели здоровья и самые незначительные неравенства в отношении здоровья. Фактические данные свидетельствуют о том, что такая благоприятная ситуация связана с долгим и непрерывным периодом улучшений в жизни людей – когда общество сплоченно, растет изобилие, построено прочное социальное государство, обеспечиваются

высококачественные услуги образования и здравоохранения. Благодаря этому созданы условия для того, чтобы у людей была свобода вести такую жизнь, которую они могут с полным основанием высоко ценить. Как результат – замечательные достижения в показателях здоровья населения.

Однако не всем странам удалось в равной мере добиться такого уровня социального, экономического и медико-санитарного развития. Несмотря на то, что социальные и экономические обстоятельства во всех странах улучшились, различия сохраняются и здоровье людей страдает, особенно в странах восточной части Региона. Более того, даже в более богатых странах все заметнее становятся несправедливости в условиях жизни людей и снижение социальной мобильности и сплоченности. Вероятно, в результате таких изменений масштабы несправедливости в отношении здоровья не снижаются, а во многих странах даже возрастают.

В рамках подготовки обзора было сформировано 13 целевых групп для проведения анализа новых фактических данных о том, какие существуют пути в различных странах Региона для воздействия на социальные детерминанты здоровья. Результаты работы целевых групп, а также групп по составлению обзора в Институте изучения проблем справедливости в отношении здоровья при Университетском колледже Лондона и ВОЗ были подвергнуты дальнейшему анализу силами группы старших советников, которые использовали свои знания и опыт для того, чтобы претворить фактические данные в рекомендации, готовые для выполнения.

Глобальный финансовый кризис принес значительные трудности и лишения жителям ряда стран Региона. Поэтому сегодня еще более актуальной представляется необходимость воздействия на социальные детерминанты здоровья, что будет свидетельствовать о том, что приверженность делу справедливости в отношении здоровья сохраняется и наращивается. Об успехе социальной политики можно судить по степени ее позитивного воздействия на уровень справедливости в отношении здоровья – таков центральный аргумент данного обзора. Нашей целью было представить фактические данные и рекомендации для того, позволяющие проведение такой оценки. Велением времени являются политическая и социальная приверженность правительств, гражданского общества, транснациональных структур и академических учреждений, для того чтобы стало реальностью перспективное видение более справедливой Европы. Мы стоим на позициях оптимизма.

Michael Marmot

Председатель, Европейский обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья

Благодарности

Предлагаемый обзор был выполнен консорциумом во главе с Michael Marmot (Институт проблем социальной справедливости в отношении здоровья, Университетский колледж Лондона) при поддержке объединенного секретариата, состоявшего из сотрудников Института и Европейского регионального бюро ВОЗ. Содержание и структура обзора явились результатом работы 13 целевых групп, а общее руководство осуществлял совет в состав которого вошли старшие советники.

Старшие советники

Guillem Lopez Casanovas	Университет Помпеу Фабра	Испания
Zsuzsa Ferge	Университет Этвоша	Венгрия
Ilona Kickbusch	Высший институт, Женева	Швейцария
Johan Mackenbach	Университет им. Эразма Роттердамского	Нидерланды
Tilek Meimanaliev	Проект по борьбе со СПИДом в Центральной Азии	Кыргызстан
Amartya Sen	Гарвардский университет	Соединенные Штаты Америки
Vladimir Starodubov	Министерство здравоохранения и социального развития	Российская Федерация
Tomris Turmen	Университет Анкары	Турция
Denny Vagero	Центр исследований по проблемам социальной справедливости в отношении здоровья	Швеция
Barbro Westerholm	Депутат Парламента	Швеция
Margaret Whitehead	Университет Ливерпуля	Соединенное Королевство

Представители по должности: от ВОЗ – Roberto Bertollini, Agis Tsouros и Erio Ziglio; от Европейской комиссии – Michael Hübel и Charles Price

Председатели/сопредседатели целевых групп

Целевые группы предоставили фактические данные по вопросам воздействия на основные социальные детерминанты здоровья и по смежным проблемам. Ниже приведен состав целевых групп и их председателей/сопредседателей.

Целевые группы	Председатель/ Сопредседатель	Организация	Страна
Ранние годы жизни, образование и семья	Alan Dyson	Университет Манчестера	Соединенное Королевство
	Naomi Eisenstadt	Оxfordский университет	Соединенное Королевство
Занятость и условия труда	Johannes Siegrist	Университет Дюссельдорфа	Германия
Социальное отчуждение, неблагоприятное и уязвимость	Jennie Popay	Университет Ланкастера	Соединенное Королевство
ВВП, налогообложение, доходы и социальное обеспечение	Olle Lundeberg	Центр исследований по проблемам социальной справедливости в отношении здоровья	Швеция
Устойчивое развитие и сообщества	Anna Coote	Фонд новой экономики	Соединенное Королевство
Профилактика и лечение нарушений здоровья	Gauden Galea	Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ	
	Witold Zatonski	Противораковый центр и Институт онкологии	Польша
Гендерные аспекты	Maria Kopp	Университет им. Земмельвейса	Венгрия
Пожилые люди	Emily Grundy	Лондонская школа экономики	Соединенное Королевство
Экономика	Marc Suhrcke	Университет Восточной Англии	Соединенное Королевство
	Richard Cookson	Университет Йорка	Соединенное Королевство
Стратегическое руководство и механизмы реализации	Harry Burns	Главный государственный врач Шотландии	Соединенное Королевство
	Erio Ziglio	Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие, Европейское региональное бюро ВОЗ	
Глобальные влияния	Ronald Labonte	Университет Оттавы	Канада
Справедливость, равенство и права человека	Karien Stronks	Академический медицинский центр, Амстердамский университет	Нидерланды
Количественная оценка и целевые ориентиры	Martin Bobak	Университетский колледж Лондона	Соединенное Королевство
	Claudia Stein	Отдел информации, фактических данных, научных исследований и инноваций, Европейское региональное бюро ВОЗ	

Секретариат Университетского колледжа Лондона

Работа по составлению настоящего доклада проводилась под руководством Michael Marmot, координацию осуществлял Peter Goldblatt.

Вклад в написание и обзор материалов доклада внесли Jessica Allen, Ruth Bell, Ellen Bloomer, Angela Donkin, Ilaria Geddes и Mike Grady.

Ruth Bell и Peter Goldblatt при содействии David Bann, Sadie Boniface, Michael Holmes, Akanksha Katyul и Anne Scott координировали составление и анализ таблиц и графиков.

Общую поддержку оказывали Matilda Allen, Luke Beswick, Ria Galeote и Alex Godoy.

Секретариат ВОЗ

Секретариат ВОЗ возглавил Agis Tsouros, члены – Johanna Hanefeld, Pirooska Ostlin, Asa Nihlen, Chris Brown, Isabel Yordi, Theadora Koller, Sarah Simpson, Erio Ziglio и Richard Alderslade.

Дополнительный вклад и замечания по докладу представили Vivian Barnekow, Roberto Bertollini, Matthias Braubach, Joao Breda, Pierpaolo De Colombani, Gauden Galea, Manfred Huber, Marijan Ivanuša, Matthew Jowett, Hans Kluge, Gunta Lazadane, Enrique Loyola, Marco Martuzzi, Leen Meulenbergs, Lars Moller, Arun Nanda, Jose Maria Moreno, Dinesh Sethi, Santino Severino, Claudia Stein и Brenda van der Bergh.

Кроме того ценную поддержку оказали следующие сотрудники ВОЗ: Connie Petersen, Antonella Biasiotto, Simone Tetz, Maria Ruano, Pamela Charlton, Mary Stewart Burgher, Anita Strandsbjerg.

Редакторы: Alex Mathieson и David Breuer.

Дизайн: John McGill и Lucienne Roberts.

Члены целевых групп

Szilvia Adam, Университет им. Земельвейса, Венгрия; Joan Benach, Университет Помпеу Фабра, Испания; Jovanka Bislimovska, Сотрудничающий центр ВОЗ, бывшая югославская Республика Македония; Chris Brown, Европейское региональное бюро ВОЗ; Tatjana Buzeti, Центр здравоохранения и развития Мурска Собота и Министерство здравоохранения, Словения; Sandace Currie, Университет Сент-Эндрюс, Соединенное Королевство; Espen Dahl, Колледж прикладных наук Университета Осло и Акерсхуса, Норвегия; Dorly Deeg, Университет VU, Нидерланды; Paul Dourgnon, Институт исследований и документации по экономике здравоохранения, Франция; Johan Fritzell, Центр исследований по проблемам социальной справедливости в отношении здоровья, Швеция; Dominic Harrison, Муниципальный совет Блэкберн и Дарвен, Соединенное Королевство; Aart Hendriks,

Лейденский университет, Нидерланды; James Higgins, Молодежный форум, Соединенное Королевство; Manfred Huber, Европейское региональное бюро ВОЗ; Martijn Huisman, Университет VU, Нидерланды; Umar Ikram, Академический медицинский центр, Амстердамский университет, Нидерланды; Bjarne Bruun Jensen, Центр по содействию укреплению здоровья Стено, Дания; Darya Khaltourina, Российская академия наук, Российская Федерация; Rohko Kim, Европейское региональное бюро ВОЗ; Katalin Kovacs, Институт демографических исследований, Венгрия; Anton Kunst, Амстердамский университет, Нидерланды; Roderick Lawrence, Женевский университет, Швейцария; Marco Martuzzi, Европейское региональное бюро ВОЗ; Martin Mckee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Edward Melhuish, Биркбек, Университет Лондона, Соединенное Королевство; Michael Murphy, Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство; Michal Myck, Центр экономического анализа, Польша; Joakim Palme, Университет Упсала, Швеция; Hupnek Pikhart, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство; George Ploubidis, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Jorma Rantanen, Университет Ювяскюля, Финляндия; Sanna Read, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Arne Ruckert, Университет Оттавы, Канада; Gyongyver Salavetz, Университет им. Земельвейса, Венгрия; Sarah Simpson, Европейское региональное бюро ВОЗ; Nicolas Sirven, Институт исследований и документации по экономике здравоохранения, Франция; Ola Sjöberg, Стокгольмский университет, Швеция; Selma Sogoric, Университет Загреб, Хорватия; Sylvie Stachenko, Европейское региональное бюро ВОЗ; Tamara Steger, Центрально-Европейский университет, Венгрия; Urszula Sulkowska, Мемориальный противораковый центр им. Марии Кюри-Склодовской, Польша; Gerdt Sundstrom, Университет Йонкопинга, Швеция; Julia Szalai, Центрально-Европейский университет, Венгрия; Andras Szekely, Университет им. Земельвейса, Венгрия; Jukka Takala, Технологический университет Тампере, Финляндия; Brigit Toebes, Университет Гронингена, Нидерланды; Cleon Tsimbos, Университет Пирея, Греция; Cretien Van Campen, Нидерландский институт социальных исследований; Sridhar Venkatapuram, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство.

Члены Восточной сети, оказавшие помощь в составлении обзора

Yulia Abrosimova, Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация; Baktygul Akkazieva, Национальный координатор сотрудничества с ВОЗ по вопросам национальных счетов здравоохранения,

Кыргызстан; Jane Falkingham, Университет Саутгемптона, Соединенное Королевство; Amiran Gamkrelidze, Центр аллергологии и иммунологии, Грузия; Assomidin Latipov, Проект СААР, Таджикистан; Martin Mckee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство.

Другие специалисты, внесшие вклад в работу целевых групп

Baktygul Akkazieva, Национальный координатор сотрудничества с ВОЗ по вопросам национальных счетов здравоохранения, Кыргызстан; Vivian Barnekow, Европейское региональное бюро ВОЗ; Mel Bartley, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство; Sanjay Basu, Университет Калифорнии в Сан-Франциско, Соединенные Штаты Америки; Jenni Blomgren, Кела (ведомство социального страхования), Финляндия; Carme Borrell, Агентство общественного здравоохранения Барселоны, Испания; Tammy Bouce, Империял колледж Лондона, Соединенное Королевство; Jonathan Bradshaw, Университет Йорка, Соединенное Королевство; Harvey Brenner, Центр наук о здоровье, Университет Северного Техаса, Соединенные Штаты Америки; Kristie Carter, Университет Отаго, Новая Зеландия; Audrey Charman, Университет шт. Коннектикут, Соединенные Штаты Америки; Michelle Collins, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Pierpaolo de Colombani, Европейское региональное бюро ВОЗ; Marc Mari Dell' Olmo, Агентство общественного здравоохранения Барселоны, Испания; Elia Diez, Агентство общественного здравоохранения Барселоны, Испания; Mariel Droomers, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды, Нидерланды; Terje Andreas Eikemo, Норвежский университет науки и технологии, Норвегия; Eric Emerson, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Sarah Escorel, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Ingemar Farm, Европейский форум людей с ограниченными возможностями, Бельгия; Tommy Ferrarini, Институт социальных исследований, Швеция; Amiran Gamkrelidze, Центр аллергологии и иммунологии, Грузия; Helen Gill, Европейское региональное бюро ВОЗ; Yevgeniy Goryakin, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Merce Gotsens, CIBER, Эпидемиология и общественное здравоохранение, Испания; Emma Halliday, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Rachel Hammonds, Институт тропической медицины, Бельгия; Mario Hernandez, Национальный университет Колумбии, Богота, Колумбия; Jennie Vacchus Hertzman, Центр исследований по проблемам социальной справедливости в отношении здоровья, Швеция; Heikki Hiilamo, Университет Тампере, Финляндия;

Paul Hunt, Университет Эссекса, Соединенное Королевство; Wiking Husberg, МОТ, Российская Федерация; David Ingleby, Амстердамский университет, Нидерланды; Kinga Janik-Koncewicz, Мемориальный противораковый центр и институт онкологии им. Марии Кюри-Склодовской, Польша; Heidi Johnston, Международный научно-исследовательский центр по проблемам диарейных болезней, Бангладеш, Бангладеш; Lisa Jones, Университет Манчестера, Соединенное Королевство; Elena Jørgensen, Европейское региональное бюро ВОЗ; Matthew Jowett, Европейское региональное бюро ВОЗ; Florence Jusot, Университет Париж-Дофин, Франция; Olli Kangas, Университет Южной Дании, Дания; Rokho Kim, Европейское региональное бюро ВОЗ; Meri Koivusalo, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения, Финляндия; Gunta Lazadane, Европейское региональное бюро ВОЗ; Stavroula Leka, Университет Ноттингема, Соединенное Королевство; Vivian Lin, Университет Ла Тробе, Австралия; Marta Mańczuk, Мемориальный противораковый центр и институт онкологии им. Марии Кюри-Склодовской, Польша; Jane Mathieson, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство; Mari Matveinen, Европейское региональное бюро ВОЗ; Stefano Mazzucco, Падуанский университет, Италия; Martin Mckee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Silvia Meggiolaro, Падуанский университет, Италия; Antony Morgan, Национальный институт здравоохранения и клинического совершенства, Соединенное Королевство; Joana Morrison, CIBER, Эпидемиология и общественное здравоохранение, Испания; Irma Munoz-Baell, Университет Аликанте, Испания; Carles Muntaner, Университет Торонто, Соединенные Штаты Америки; Gulgun Murzalieva, Центр анализа политики здравоохранения, Кыргызстан; Kenneth Nelson, Шведский институт социальных исследований, Стокгольмский университет, Швеция; Aasa Nihlen, Европейское региональное бюро ВОЗ; Gorik Ooms, Институт тропической медицины, Бельгия; Zeuner Or, Центр научных исследований и информации по экономике здравоохранения, Франция; Pirooska Ostlin, Европейское региональное бюро ВОЗ; Corinne Packer, Университет Оттавы, Канада; Laia Palencia, CIBER, Эпидемиология и общественное здравоохранение, Испания; Frank Pega, Университет Отаго, Новая Зеландия; Jitka Pikhartova, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство; Mariona Pons-Vigues, Агентство общественного здравоохранения Барселоны, Испания; Sue Poval, Университет Ливерпуля, Соединенное Королевство; Susan Ramsay, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Voika Rechel, Университет Восточной Англии, Соединенное Королевство;

Jan Reinhardt, Швейцарский центр исследований по проблемам параплегии, Швейцария; Marilyn Rice, Консультант, Соединенные Штаты Америки; Laetitia Rispe, Университет Витватерсранда, Южная Африка; Bayard Roberts, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Lorenzo Rosso, Падуанский университет, Италия; Ellen Rosskam, Университет шт. Массачусетс, Соединенные Штаты Америки; Vivien Runnels, Университет Оттавы, Канада; Philip de Winter Shaw, Эдинбургский университет, Соединенное Королевство; Katja Siling, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Maria Skarphensdottir, Европейское региональное бюро ВОЗ; Jerre Sorensen, Организация людей с ограниченными возможностями, Дания; David Stuckler, Кембриджский университет, Соединенное Королевство; Maria Stuttaford, Университет Варвика, Соединенное Королевство; Catriona Towriss, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Wim Van Damme, Институт тропической медицины, Бельгия; Suzanne Van De Vathorst, Университет им. Эразма Роттердамского, Нидерланды; Kjetil Van Der Wel, Университет Осло, Норвегия; Brandon Vick, Университет Фордхема, Соединенные Штаты Америки; Isabel Yordi Aguirre, Европейское региональное бюро ВОЗ; Mateusz Zatoński, Консультант, Польша.

Рецензенты отчетов целевых групп

Angela Anning, Университет Лидса, Соединенное Королевство; Mauricio Avendano, Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство; Fran Baum, Университет Флиндерса, Австралия; Tarani Chandola, Университет Манчестера, Соединенное Королевство; Finn Diderichsen, Копенгагенский университет, Дания; Arjan Gjonca, Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство; Myer Glickman, Бюро национальной статистики, Соединенное Королевство; Sofia Gruskin, Университет Южной Калифорнии, Соединенные Штаты Америки; Johanna Hanefeld, Европейское региональное бюро ВОЗ; Cristina Hernandez Quevedo, Лондонская школа экономики, Соединенное Королевство; Ken Judge, Университет Бата, Соединенное Королевство; Tord Kjellstrom, Австралийский национальный университет, Австралия; Hans Kluge, Европейское региональное бюро ВОЗ; Daniel La Parra Casado, Университет Аликанте, Испания; Cecily Maller, Университет RMIT, Австралия; Chris Naylor, Фонд Короля, Соединенное Королевство; Kristina Orth-Gomer, Институт Каролинска, Швеция; Peter Paulus, Университет Леуфана, Люнебург, Германия; Huneek Pikhart, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство; Kumanan Rasthanan, ЮНИСЕФ, Соединенные Штаты Америки; Jan Rigby, Национальный университет Ирландии Мейнот, Ирландия; Elena Ronda, Университет

Аликанте, Испания; Reiner Rugulies, Национальный научный центр по вопросам рабочей среды, Дания; Tom Shakespeare, Европейское региональное бюро ВОЗ; Richard Smith, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; Devi Sridhar, Оксфордский университет, Соединенное Королевство; Juan Eduardo Tello, Европейское региональное бюро ВОЗ; Marcel Verwij, Университет Утрехта, Нидерланды; Helen Weatherly, Университет Йорка, Соединенное Королевство; Margaret Whitehead, Университет Ливерпуля, Соединенное Королевство; Gareth Williams, Кардиффский университет, Соединенное Королевство.

Дополнительная поддержка

Подготовка настоящего доклада стала возможной благодаря поддержке со стороны Министерства здравоохранения Нидерландов, Департамента здравоохранения Правительства Норвегии, Министерства иностранных дел Испании и Департамента здравоохранения Соединенного Королевства (Англия), которые предоставили финансовую поддержку процессу обзора и подготовке отчетов соответствующих целевых групп. Также была получена поддержка от Министерства здравоохранения Италии и региона Венето (спонсирующей деятельность базирующегося в Венеции Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие), и региона Тоскана (Италия). Министерство здравоохранения и социальной политики Испании, коммуна Мальмё и Совет по научным исследованиям Швеции, Государственный медицинский и фармацевтический университет Республики Молдова, организация Health Action Partnership International (Международное партнерство для действий в поддержку здоровья) и Британская медицинская ассоциация (Соединенное Королевство) предоставили поддержку в проведении совещаний старших советников.

Настоящее исследование по проблемам, связанным с несправедливыми различиями по показателям здоровья в 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ и между ними, было заказано в рамках разработки основ новой европейской политики в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020 (1). В настоящее время достигнуто гораздо большее понимание степени и социальных причин этих неравенств, особенно после выхода в свет в 2008 г. доклада Комиссии по социальным детерминантам здоровья (2). Это европейское исследование опирается на фактические данные, полученные в глобальном масштабе.

Имеются веские причины, по которым проведенный обзор был посвящен положению дел именно в Европе. Как известно, в Европейском регионе уровень несправедливостей в отношении здоровья высок, а характерное для Региона большое разнообразие условий создает возможности для того, чтобы провести анализ вопросов политики и предложить стратегические рекомендации, соответствующие конкретным условиям в странах с низкими, средними и высокими доходами. Результаты обзора однозначно свидетельствуют: при правильном выборе стратегического курса прогресс может быть достигнут во всех странах, в том числе и с низким уровнем доходов.

Обзор приходится на важный момент в истории Европы. Регион включает страны, имеющие едва ли не самые лучшие в мире показатели здоровья и самые незначительные социальные неравенства в отношении здоровья. Фактические данные свидетельствуют о том, что такая благоприятная ситуация связана с долгим и непрерывным периодом улучшений в жизни людей – когда общество сплоченно, растет изобилие, построено прочное социальное государство, обеспечивают высококачественные услуги образования и здравоохранения. Благодаря этому созданы

условия для того, чтобы у людей была свобода вести такую жизнь, которую они могут с полным основанием высоко ценить. Как результат – замечательные достижения в показателях здоровья населения.

Однако не всем странам в полной мере достались плоды такого социального и экономического и развития и прогресса в области здравоохранения. Хотя во всех странах социально-экономические условия и улучшились, различия сохраняются, и от этого страдает здоровье (рис. Р-1). Более того, даже среди самых богатых стран Региона все заметнее становятся несправедливые различия в условиях жизни людей и снижение социальной мобильности и социальной сплоченности. Вероятно, в результате таких изменений масштабы несправедливости в отношении здоровья не снижаются, а во многих странах даже возрастают. Экономический кризис, начавшийся в 2008 г. и оказавшийся глубже и длительнее, чем предсказывало большинство экспертов, усугубил эту тенденцию и обнажил резкие социальные и экономические неравенства внутри стран и между ними.

Подходы с позиции прав человека помогают уделять первоочередное внимание улучшению здоровья и сокращению несправедливостей. Для достижения этих целей требуются решительные действия, направленные на изменение социальных детерминант здоровья, что является главной стратегической задачей. Неравенства в отношении здоровья широко распространены, упорно сохраняются, неоправданны и несправедливы, и их преодоление должно стать задачей первостепенной важности на всех уровнях стратегического руководства в Регионе. Для того, чтобы защитить нынешнее и будущие поколения, осуществлять необходимые действия нужно на протяжении всей жизни людей и в более широких социальных и экономических сферах.

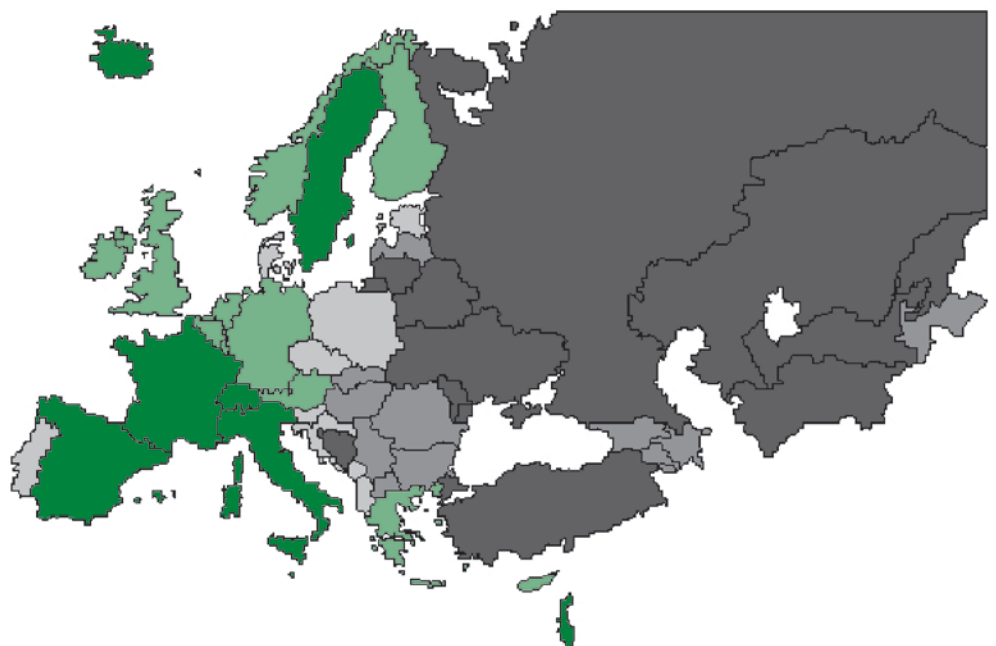
Рисунок Р-1

Ожидаемая продолжительность жизни в странах Европейского региона, 2010 г. (или последний год с наличием данных)

Ожидаемая продолжительность жизни – квинтили:

- Верхний
- Второй
- Третий
- Четвертый
- Самый низкий

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).



Данный обзор помогает понять, что находится в пределах возможного и что дает положительный эффект, учитывая конкретные обстоятельства и условия в отдельных странах. Содержащиеся в нем рекомендации носят практический и целенаправленный характер. Один из подходов к действиям, возможный для всех, состоит в обеспечении всеобщего охвата услугами медико-санитарной помощи. Другой подход – уделить внимание поведенческим факторам, таким как курение, характер питания, потребление алкоголя, которые являются причинами значительной доли этих несправедливостей в отношении здоровья, но в свою очередь являются социально детерминированными. Положения обзора поддерживают оба эти подхода. Но рекомендации в обзоре идут

дальше – они распространяются на причины причин, то есть на условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, и на несправедливые различия в отношении власти, денег и ресурсов, порождающие эти условия.

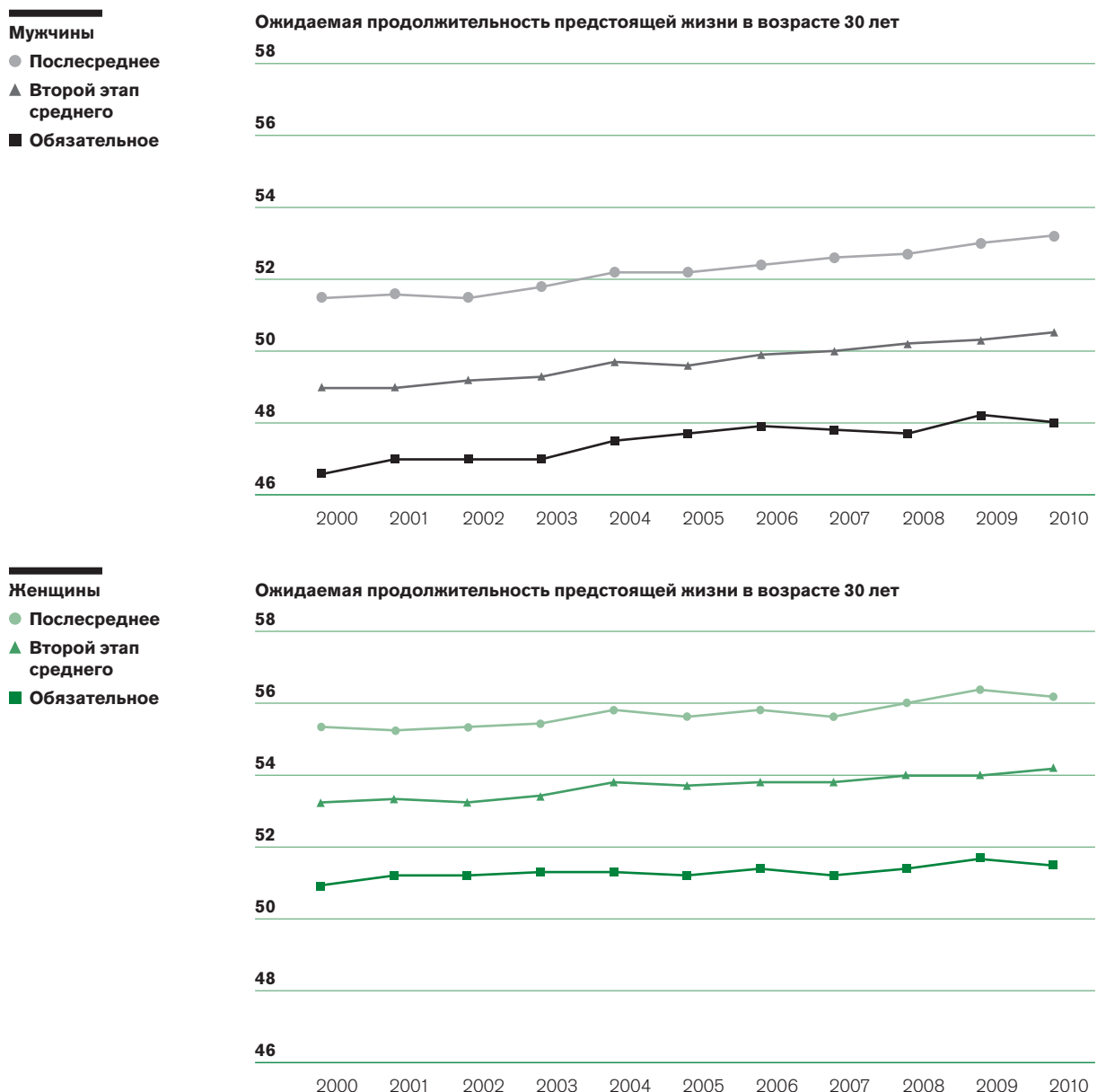
На рисунке Р-1 показана ожидаемая продолжительность жизни в странах, которая является одной из мер различий в отношении здоровья в Регионе. Разброс между самыми высокими и самыми низкими национальными показателями составляет 17 лет у мужчин и 12 лет у женщин. Большинство стран в самом низком квинтиле находятся в восточной части Региона.

Также нужно иметь в виду, что несправедливости в отношении здоровья не ограничиваются плохим состоянием здоровья у людей в бедных странах и хорошим здоровьем у всех остальных. На рисунке Р-2 показано, как несправедливости в отношении здоровья сохраняются даже в некоторых наиболее богатых странах.

Рисунок Р-2

Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения Швеции, 2000–2010 гг., в разбивке по уровню образования, мужчины и женщины

Источник: Statistics Sweden (4).



Для изучения проблемы этих неравенств в отношении здоровья внутри стран и между странами Европейское региональное бюро ВОЗ заказало проведение данного обзора социальных детерминант здоровья и разрыва в показателях здоровья. Выводы и рекомендации этого обзора были использованы при разработке политики Здоровье-2020 (1).

Неравенства в отношении здоровья, которые можно предотвратить, носят несправедливый характер: необходимы действия в масштабе всего общества

Систематические различия в отношении здоровья между социальными группами являются несправедливыми, если их можно избежать разумными средствами. Поэтому в данном обзоре для описания таких предотвратимых неравенств, используется термин «несправедливости в отношении здоровья» или «несправедливые различия по показателям здоровья» (health inequities).

Анализ показывает, что для достижения прогресса в обеспечении справедливости в отношении здоровья нужны действия по изменению социальных детерминант здоровья, предпринимаемые на всех уровнях и во всех сферах государственного управления. Несомненно, министрам здравоохранения принадлежит немаловажная роль в обеспечении всеобщего доступа к высококачественным медицинским услугам. Но они также должны выступать лидерами в отстаивании аргументов о том, что здоровье является одним из результатов стратегий, осуществляемых в других областях. Связь между социальной политикой и справедливостью в отношении здоровья настолько тесна, что степень несправедливости в отношении здоровья показывает, насколько полно общество удовлетворяет потребности своих граждан. Здоровье – это не просто показатель хорошо поставленной работы: это еще и благо, высоко ценимое гражданами и обществом.

В обзоре выдвигаются морально-этические аргументы в пользу действий, направленных на социальные детерминанты здоровья – социальная несправедливость убивает и причиняет страдания. Есть также и убедительный экономический аргумент. Издержки служб здравоохранения, ущерб в виде снижения производительности труда и потери доходов государства вследствие несправедливостей в отношении здоровья настолько велики, что ни одно общество не может позволить себе бездействовать. Преодоление несправедливостей в отношении социальных детерминант здоровья также приводит и к другим улучшениям в общественном благополучии – к повышению социальной сплоченности, активизации усилий по смягчению последствий изменения климата и улучшению образования.

Области действий – акцент на приоритеты

Обзор опыта стран Европейского региона со всей очевидностью показывает, что страны должны иметь перед собой две четкие цели: улучшение среднего уровня здоровья и сокращение несправедливостей в отношении здоровья, для чего необходимо стремиться к повышению уровня здоровья людей, находящихся в менее благоприятном положении, до уровня наиболее обеспеченных. Повышение уровней и справедливое распределение социальных детерминант должно привести к достижению обеих целей. Точно так же, для сокращения разрыва в состоянии здоровья населения между странами нужно поднять уровень стран с наихудшими показателями здоровья до уровня стран, имеющих самое здоровое население. Необходимо осуществлять стратегии двух типов: внутри каждой страны – действия, направленные на социальные детерминанты здоровья с целью повышения среднего уровня здоровья населения и сокращения несправедливостей, и на между-народном уровне – действия, направленные на устранение причин несправедливых различий между странами.

Для проведения обзора было сформировано 13 целевых групп, которые изучили европейскую и мировую литературу, касающуюся социальных детерминант здоровья и стратегий по повышению справедливости в отношении здоровья внутри стран и между ними. На основании собранных фактических данных рекомендации, содержащиеся в обзоре, сгруппированы в четыре темы: все этапы жизни, общество в целом, более широкий контекст на макроуровне и системы (рис. Р-3). Каждая из вышеуказанных тем требует активных действий.

Рисунок Р-3
Широкие темы



Внутри каждой из этих тем можно выделить следующие главнейшие приоритеты для практических действий:

A Все этапы жизни

Наиболее приоритетная задача для стран – обеспечить каждому ребенку наиболее благоприятный жизненный старт. Для этого требуется, как минимум, обеспечить полноценную социальную и медико-санитарную защиту женщин, будущих матерей и молодых семей и добиться значительного прогресса в обеспечении всеобщего доступа к высоко-качественным и приемлемым по стоимости услугам образования и заботы о детях раннего возраста.

Акцент на хороший жизненный старт конечно не означает, что действия на последующих этапах жизни – в трудоспособном и затем в пожилом возрасте – менее существенны. Напротив, они очень важны как для того, чтобы поддерживать и усиливать повышение профессиональных навыков и расширение прав и возможностей, обретенных благодаря хорошему началу жизни, так и для достижения большей справедливости в отношении здоровья среди взрослого населения, живущего в каждой стране. В частности, очень важно снижать уровни стресса на рабочем месте, сокращать риск длительного отсутствия трудоустройства с помощью активных программ улучшения ситуации на рынке труда, а также устранять причины социальной изоляции.

B Общество в целом

Самые эффективные действия для достижения большей справедливости в отношении здоровья на уровне всего общества – те, что создают и укрепляют социальную сплоченность и взаимную ответственность. В частности, наиболее ощутимые и практические действия заключаются в том, чтобы обеспечить уровень и распределение социальной защиты, достаточные для удовлетворения потребностей людей. Во многих странах для этого нужно повысить уровень социального обеспечения. Во всех странах это требует более рационального использования существующих мер социального обеспечения, например, достижения прогресса в увеличении доли людей, имеющих тот минимальный уровень жизни, который необходим для участия в жизни общества и сохранения здоровья.

Чрезвычайно важно поддерживать меры по укреплению социальной солидарности и повышению устойчивости сообществ к воздействию внешних негативных факторов, что требует подхода, построенного на принципе участия всего общества в создании на местном уровне партнерств с теми, кого затрагивают несправедливость и процессы социального отчуждения – при активном участии граждан-

ского общества и ряда публичных организаций. Центральное место в этом подходе занимает расширение полномочий и возможностей – создание действенных механизмов, дающих людям, терпящим несправедливость, возможность реально участвовать в принятии решений, которые влияют на их жизнь, а также признание их основных прав, включая право на здоровье.

C Контекст на макроуровне

Жизнь, права человека и здоровье людей в Европейском регионе находятся под влиянием ряда общих факторов, действующих как внутри стран, так и на международном уровне. В краткосрочном и среднесрочном плане приоритетной задачей является преодоление негативных последствий для здоровья людей, обусловленных экономическим кризисом. В дальнейшем же при формировании экономической и налогово-бюджетной политики в европейских странах приоритетом должно стать признание последствий пакетов мер жесткой экономии для здоровья и социальной защиты населения. В переговорах о таких пакетах мер должны быть услышаны мнения министров, отвечающих за здравоохранение и социальную защиту населения. На международном уровне право голоса в таких вопросах также должно быть предоставлено ВОЗ, Детскому фонду ООН (ЮНИСЕФ) и Международной организации труда (МОТ).

Одной из основных движущих сил политики в области охраны окружающей среды является социальная справедливость среди поколений. Так же должно быть и в стратегиях общества, касающихся охраны здоровья. Чрезвычайно важно обеспечить согласованность подходов к политике и практике в области охраны окружающей среды, социального развития и экономики.

D Системы

Улучшений здоровья и его социальных детерминантах невозможно достичь без существенной переориентации систем оказания услуг на общегосударственный подход и принцип участия всего общества. Исходной точкой является система здравоохранения – то, что делает она сама и как влияет на других, чтобы достигать улучшения здоровья и повысить уровень справедливости. Для этого необходимо добиться большей согласованности действий всех секторов (политика, инвестиции и услуги) и заинтересованных сторон (население, частный сектор, добровольные организации) на всех уровнях государственного управления (транснациональный, национальный, территориальный и местный). Приоритетом является всеобщий доступ к медико-санитарной помощи, а там, где он уже достигнут, его

нужно защищать, и он должен поступательно распространяться на все страны в Регионе.

Меры по профилактике болезней должны включать сокращение непосредственных причин несправедливых различий внутри стран и между ними – употребление алкоголя, курения и ожирения. Действенные стратегии не ограничиваются предоставлением информации, а включают налогообложение и нормативно-правовое регулирование. Фактические данные показывают, что самый правильный путь устранения названных факторов – это воздействие на «причины причин»: нужно, чтобы у людей были необходимые навыки и возможности полностью распоряжаться своей жизнью и, соответственно, изменять поведение.

Но ничего не произойдет без мониторинга и адекватной оценки. Рекомендуется, чтобы во всех 53 странах Региона были приняты четкие стратегии воздействия на социальные детерминанты здоровья в целях устранения негативных факторов, обуславливающих несправедливости в отношении здоровья, и сокращения их выраженности. Странам следует регулярно проводить критические оценки этих стратегий. Результаты оценок должны доводиться до сведения ВОЗ и периодически обсуждаться на региональных совещаниях.

Новые подходы

В Европейском обзоре использованы выводы и рекомендации Комиссии по социальным детерминантам здоровья (2): истоками социальных несправедливостей в отношении здоровья являются условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, а также неравенства властных полномочий и распределения ресурсов, порождающие эти условия повседневной жизни. Прямой задачей данного обзора было собрать новые факты и выработать новые идеи, которые можно было бы применить в условиях обширного разнообразия стран, составляющих Европейский регион, с их разными уровнями национального дохода и социального развития, разной историей, политикой и культурой.

Во вставке Р-1 в обобщенном виде представлены принятые в обзоре специальные подходы к пониманию и продвижению справедливости в отношении здоровья в Европе.

В результате проведенного обзора возникло несколько новых тем.

- В нашем подходе к действиям по изменению социальных детерминант здоровья центральное место занимают права человека; в правах человека воплощены основные свободы, и для их защиты нужны действия на уровне всего общества.
- Помимо противодействия вредоносным влияниям, важно использовать ресурс устойчивости

граждан и сообществ к внешним негативным воздействиям; здесь центральная роль принадлежит расширению прав и возможностей.

- Становится очевидным, что единственно верным подходом к планированию действий по изменению социальных детерминант здоровья является подход, охватывающий все этапы жизни; хотя в обзоре подчеркивается важность раннего детства, нужно принимать меры на каждом этапе жизни, и в обзоре содержатся настоятельные рекомендации в отношении трудоспособного и пожилого возрастов.
- Важно защитить будущие поколения от неизбежного повторения социальных и экономических несправедливостей, от которых страдали предыдущие поколения.
- Помимо справедливости внутри поколений, большое значение имеет справедливость между поколениями.
- Необходимо делать особый акцент на совместные действия по изменению социальных детерминант здоровья, укреплению социальной сплоченности и обеспечению устойчивого развития; все это подразумевает прочную приверженность принципам социальной справедливости.
- При принятии мер по преодолению несправедливости в отношении здоровья в качестве стратегии для установления приоритетов следует принять принцип пропорционального универсализма.

Регион не должен иметь столь большие различия по показателям здоровья, испытывать депрессию из-за мрачных экономических перспектив и проявлять несостоятельность в отношении своих амбициозных планов в области охраны окружающей среды. Результаты обзора показывают, что Регион, напротив, мог бы двигаться к справедливости в отношении здоровья, устойчивому процветанию и социальной сплоченности во всех странах. Для этого нужно, чтобы все 53 государства-члена Европейского региона действовали сообща и принимали взаимную ответственность за достижение таких перемен.

Действия – делать хотя бы немного, делать больше, делать лучше

Таков был один из главных тезисов, вытекающих из результатов работы целевых групп, созданных для того, чтобы проанализировать, какие меры могут дать положительный эффект в разных странах Европейского региона – начинать действовать, делать больше, делать лучше.

Иными словами, для стран, реально не располагающих стратегиями воздействия на социальные детерминанты здоровья, позитивное значение будут иметь любые практические шаги в данном

Вставка Р-1

Ключевые понятия, применяемые при рассмотрении вопросов и продвижении принципов справедливости в отношении здоровья

■ Социальные детерминанты здоровья

(social determinants of health) – мы должны улучшать условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся – это ключевые детерминанты справедливости в отношении здоровья. В свою очередь эти условия повседневной жизни находятся под влиянием структурных факторов, таких как экономические механизмы, распределение власти, степень гендерного равенства, основы проводимой политики и общественные ценности.

■ **Внимание ко всем этапам жизни** (life-course approach) в контексте справедливости в отношении здоровья. На протяжении всей жизни происходит накопление благоприятных и неблагоприятных воздействий. Принцип внимания ко всем этапам жизни начинается с очень важных ранних периодов – беременности и развития ребенка в раннем детстве – и продолжается далее, охватывая школьные годы, переход к трудовой жизни, трудоустройство и условия труда, жизненные обстоятельства пожилых людей.

■ Наличие **социального градиента по показателям здоровья** (social gradient in health) означает, что по мере улучшения социально-экономического положения людей и/или сообществ их здоровье также прогрессивно улучшается. Важно разрабатывать такие стратегии, которые действуют по всему градиенту, и направлять усилия на тех, кто находится в нижней части градиента, и на наиболее уязвимых членов общества. Для достижения этих двух целей необходимы стратегии, которые носят универсальный характер, но осуществляются на том уровне и с такой интенсивностью действий, которые пропорциональны имеющимся потребностям (пропорциональный универсализм).

■ Что касается наиболее обездоленных, важно направлять меры воздействия на **процессы, приводящие к социальному отчуждению** (processes of exclusion), а не сосредоточивать воздействия только на отдельных характеристиках маргинализированных групп. В таком подходе кроется большой потенциал, который можно использовать при решении социальных и медицинских проблем народностей рома и нелегальных мигрантов, а также проблем людей, страдающих от не столь крайних форм социального отчуждения и попеременно попадающих в условия уязвимости и выбирающихся из них.

■ Необходимо опираться на социальные ресурсы – **устойчивость к негативным воздействиям, возможности и потенциал граждан и сообществ** (resilience, capabilities and strength of individuals and communities) – и устранять и минимизировать опасные факторы и риски, которым они подвергаются.

■ Большое значение имеет **гендерная справедливость** (gender equity) – все **социальные детерминанты здоровья** влияют по-разному на мужчин и женщин. Помимо биологических различий между полами, существуют также коренные социальные различия в том, как общество относится к женщинам и к мужчинам и какими они обладают ресурсами и устойчивостью к неблагоприятным воздействиям. Во всех обществах, хотя и в разной степени, эти гендерные отношения влияют на здоровье и ими должны определяться меры по сокращению несправедливостей.

■ Большое внимание уделялось и будет впредь уделяться **справедливости в масштабах поколений** (equity within generations). Соображения устойчивого развития и необходимость помнить о том, что социальная несправедливость может затронуть будущие поколения, означают, что необходимо уделять особое внимание соблюдению **межпоколенческой справедливости** (intergenerational equity) и оценивать воздействие мер и стратегий в отношении несправедливости на будущие поколения и смягчать возможные риски.

направлении. Там, где определенные стратегии имеются, данный обзор показывает, как можно их улучшить, чтобы более эффективно решать проблему масштабных и стойко сохраняющихся несправедливостей в отношении здоровья. В самых богатых странах Европы вопрос преодоления несправедливых различий не снят с повестки дня.

На основании фактических данных исследований, собранных целевыми группами, в обзоре даются рекомендации, которые относятся ко всем странам Региона, но приводится и множество

конкретных примеров того, как эти рекомендации можно применять в разных условиях, существующих в странах. Одно из основных положений обзора – расширение прав и возможностей – означает не навязывание странам решений со стороны, а использование странами, провинциями и городами научно обоснованных рекомендаций, содержащихся в этом докладе, для того, чтобы самим разрабатывать стратегии и программы, соответствующие специфике каждого из 53 государств-членов – более того, специфике городов и районов в этих странах.

Социальные детерминанты, права и свободы человека

Ведутся оживленные дебаты о том, что иногда изображается как противоречие между действиями по изменению социальных детерминант и свободой личности. Данный обзор содержит призыв к социальному действию, но при этом в принятом здесь подходе свобода и ответственность личности отнюдь не игнорируются, а развиваются идеи Амартьи Сена о свободах, позволяющих людям вести такую жизнь, которую они имеют основание ценить (5). Более широкие воздействия общества на социальные детерминанты индивидуального здоровья имеют основополагающее значение для того, чтобы люди могли достичь такого уровня возможностей, который ведет к хорошему здоровью.

На ресурсы и способности индивида, позволяющие ему быть здоровым, влияют социальное и экономическое устройство общества, коллективные ресурсы, предоставляемые сообществами, частью которых он является, и институты государства всеобщего благоденствия. Подходы с позиции защиты прав человека способствуют реализации этих ресурсов. Из права на здоровье вытекают права на справедливость в социальных детерминантах здоровья. Sridhar Venkatapuram (6) трактует право на здоровье как моральное притязание на «способность быть здоровым», которая в значительной степени определяется социальными детерминантами здоровья.

Действия в условиях «экономических заморозков»

В обзоре выдвигаются нравственные аргументы в пользу необходимости действовать. Во многих областях эти нравственные аргументы идут рука об руку с экономическими: инвестиции в развитие в раннем детстве и в образование могут удовлетворять требованиям, касающимся как экономической эффективности, так и справедливости. Как отмечалось в исследовании, сопровождавшем разработку политики Здоровье-2020, профилактика относится к категории «выгодных покупок» (good buy) (7). Кроме того, действия, предпринимаемые в отношении социальных детерминант здоровья, дают и другие выгоды обществу, которые могут в свою очередь принести более непосредственные выгоды для экономики. Например, среди более сплоченного в социальном отношении и образованного населения будет, скорее всего, ниже уровень преступности и гражданских беспорядков, выше уровень квалификации рабочей силы и больше возможностей для того, чтобы люди жили такой жизнью, ценить которую у них будут все основания, а также имели более высокий уровень здоровья и справедливости в отношении здоровья.

Нынешние экономические трудности, с которыми сталкиваются страны, – это причина для действий, а не для бездействия в отношении социальных детерминант здоровья. Поразивший Европу экономический кризис обнажает суровые реалии, на фоне которых нужно настойчиво вести эту работу. Часто утверждают, что для преодоления этих серьезных экономических трудностей нужно уменьшить инвестиции в здравоохранение и в его социальные детерминанты. Однако фактические данные, изложенные в обзоре, совершенно ясно показывают: инвестирование средств в развитие в раннем детстве, в активные стратегии на рынке труда, социальную защиту, обеспечение жильем и смягчение изменения климата поможет защитить население от неблагоприятных воздействий экономического кризиса и заложить основу для более здорового будущего.

Рекомендация 1(а).

Обеспечить необходимые условия для надлежащего ухода за детьми и их воспитания, для формирования благоприятных семейных отношений при соблюдении гендерного равенства, а также для предоставления адекватной социальной поддержки и защиты здоровья.

Конкретные действия

(i) Обеспечить общедоступные, недорогостоящие и высококачественные услуги охраны сексуального и репродуктивного здоровья для всех нуждающихся (особенно для женщин, молодых девушек и подростков обоего пола). Это включает доступ к современным средствам контрацепции и помощи во время беременности и родов. Помимо обеспечения безопасных родов, что является одним из основных прав женщин, такие услуги помогают снизить распространенность курения в период беременности и повысить процент грудного вскармливания и способствуют формированию навыков ухода за ребенком. При оказании таких услуг необходимо заблаговременно выявлять семьи, входящие в группы риска, и направлять их в соответствующие службы.

(ii) Добиваться того, чтобы стратегии, направленные на сокращение социальных и экономических несправедливостей, служили интересам женщин детородного возраста и семей с детьми раннего возраста.

(iii) Рекомендовать министрам здравоохранения активно отстаивать курс на создание таких систем социальной поддержки, которые предусматривают защиту доходов населения, достаточные льготы и пособия и прогрессивное налогообложение в целях сокращения масштабов бедности среди семей с детьми и пенсионеров.

(iv) Добиваться того, чтобы стратегии и услуги, касающиеся родительского ухода за детьми, способствовали расширению прав и возможностей женщин, имеющих детей, распоряжаться своей жизнью, поддерживали здоровье и развитие детей и способствовали повышению роли мужчин в уходе за детьми и в их воспитании. В частности, укрепить меры политики в области трудоустройства, ориентированные на семью, путем введения более гибкого графика работы – без перехода на использование негарантированных контрактов – и обеспечения ценовой доступности служб по уходу за детьми, чтобы помочь родителям совмещать работу с выполнением родительских обязанностей.

Стойкое повторение рисков для здоровья, переходящих от одного поколения к другому

На развитие детей в раннем возрасте, шансы в дальнейшей жизни и, в конечном счете, на несправедливости в отношении здоровья большое влияние оказывают социально-экономическое положение их родителей и более старших родственников, место жительства, культура и традиции, образование и наличие работы, доходы и благосостояние, образ жизни и поведение, а также генетическая предрасположенность. Такие состояния, как ожирение и артериальная гипертензия, а также поведение, создающее угрозу для здоровья, например курение, повторяются в последующих поколениях. Для того, чтобы достичь устойчивого снижения несправедливых различий в отношении здоровья, необходимы действия, которые помешали бы относительно и абсолютно неблагоприятным условиям жизни родителей губительным образом отражаться на жизни их детей, внуков и последующих поколений. Самые действенные средства разорвать этот порочный круг неблагоприятных условий кроются в начале жизни. В рекомендациях обзора рассматриваются ключевые факторы, способствующие стойкому повторению несправедливостей в отношении здоровья.

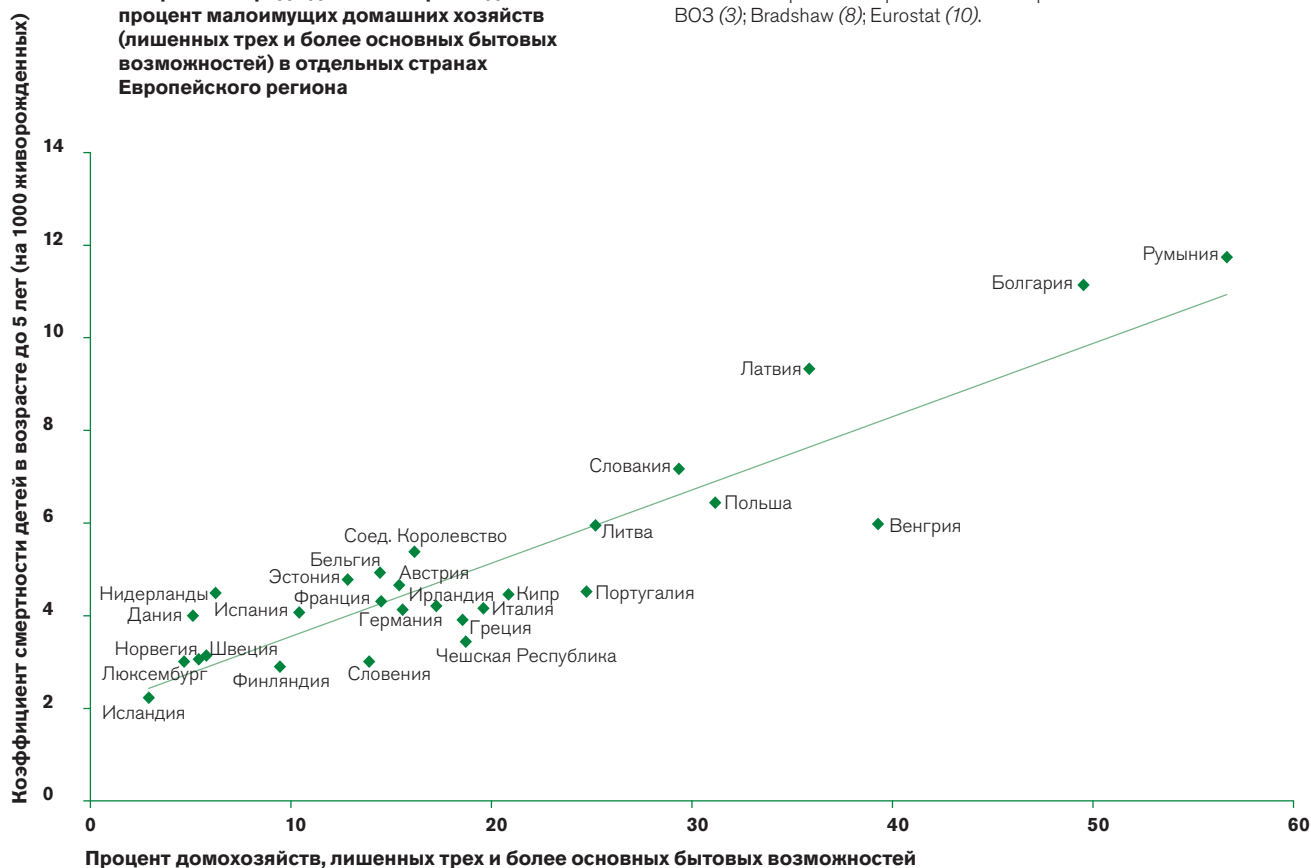
Взаимодействие гендерных несправедливостей и других социальных детерминант повышает уязвимость женщины и ее подверженность риску нарушений сексуального и репродуктивного здоровья. Показателями таких несправедливостей являются плохое здоровье матери, недостаточный доступ к средствам контрацепции и насилие на гендерной почве.

В качестве иллюстрации раннего влияния стойких повторений несправедливости на здоровье на рисунке Р-4 показано, что чем больше в стране малообеспеченных и неблагополучных семей, тем выше вероятность смерти ребенка до наступления возраста 5 лет (9). Обездоленность в раннем возрасте также коррелирует с другими нарушениями здоровья, плохим питанием и отставанием в физической, социальной, эмоциональной, когнитивной и языковой сферах развития. Все это оказывает влияние на реализацию возможностей и здоровье в течение всех предстоящих лет жизни.

Рисунок Р-4

Смертность среди детей в возрасте до 5 лет и процент малоимущих домашних хозяйств (лишенных трех и более основных бытовых возможностей) в отдельных странах Европейского региона

Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ (3); Bradshaw (8); Eurostat (10).



Развитие в детском возрасте

Рекомендация 1(б).

Обеспечить всеобщий доступ к высококачественным и приемлемым по стоимости услугам ухода, воспитания и образования в раннем детском возрасте.

Конкретные действия

- (i) Обеспечить всеобщий доступ к высококачественным, приемлемым по стоимости услугам ухода, воспитания и образования в раннем детском возрасте как фундамент для устранения социальных несправедливостей в получении образования, снижения нищеты и содействия гендерному равенству.
- (ii) Приложить особые усилия к тому, чтобы образовательными услугами были охвачены дети, подверженные множественным рискам социального отчуждения, в частности:
 - (a) с ограниченными физическими или психическими возможностями;
 - (b) из семей мигрантов;
 - (c) представители этнических меньшинств, таких как рома.

Начиная с самого раннего возраста, действия, способствующие физическому, познавательному, социальному и эмоциональному развитию, жизненно важны для всех детей и должны усиливаться на протяжении всего детства и подросткового периода. Дети, имеющие позитивное начало жизни, чаще всего хорошо успевают в школе и во взрослом возрасте получают более высокооплачиваемую работу и обладают лучшим соматическим и психическим здоровьем.

Благоприятное начало жизни характеризуется следующим: мать имеет возможность репродуктивного выбора, здорова во время беременности, ребенок рождается с нормальной массой тела, испытывает теплое и чуткое отношение в грудном возрасте, имеет доступ к качественной медико-санитарной помощи и образованию с раннего возраста и живет в стимулирующей развитие среде, которая позволяет ребенку в безопасности играть на открытом воздухе. Фактические данные показывают, что высококачественные услуги, оказываемые детям в раннем возрасте и влияющие на выполнение родительских функций по воспитанию и уходу за ребенком, могут компенсировать воздействие социальных неблагоприятных факторов на развитие ребенка в раннем возрасте. Ввиду особенностей этапа раннего детства, услуги, поддерживающие этот этап развития, затрагивают разные поколения и предполагают

мультидисциплинарное участие, включая здравоохранение, образование и социальное обеспечение, и нацелены на родителей и на самих детей. В большинстве стран такая поддержка, как правило, начинается не через систему образования, а через службы здравоохранения и детские дошкольные учреждения.

Системы, стимулирующие такой благоприятный жизненный старт, включают стратегии, предусматривающие обеспечение безупречной медико-санитарной помощи до и после рождения, систему занятости и социальной защиты, признающую риски, создаваемые нищетой и стрессом в раннем возрасте, хорошую организацию отпусков родителей, поддержку материнства и отцовства и высококачественное образование и уход в раннем возрасте.

Для того, чтобы закрепить хорошее начало на протяжении всего детства и подросткового периода, необходимо сосредоточить главное внимание на навыках родителей в воспитании и уходе за ребенком, занятости и социальной защите родителей, разумном сочетании работы и семейной жизни женщин и мужчин, равноправном образовании и социальной поддержке для мальчиков и девочек на всем протяжении детства, на хороших системах развития навыков жизни и работы у молодых людей как в отрочестве, так и в раннем детстве.

На рисунке Р-5 иллюстрируются различия между странами и между наиболее богатыми и наиболее бедными категориями населения в каждой стране в участии детей в образовательных программах для детей раннего возраста: дети наиболее бедных родителей участвуют реже, чем дети наиболее богатых.

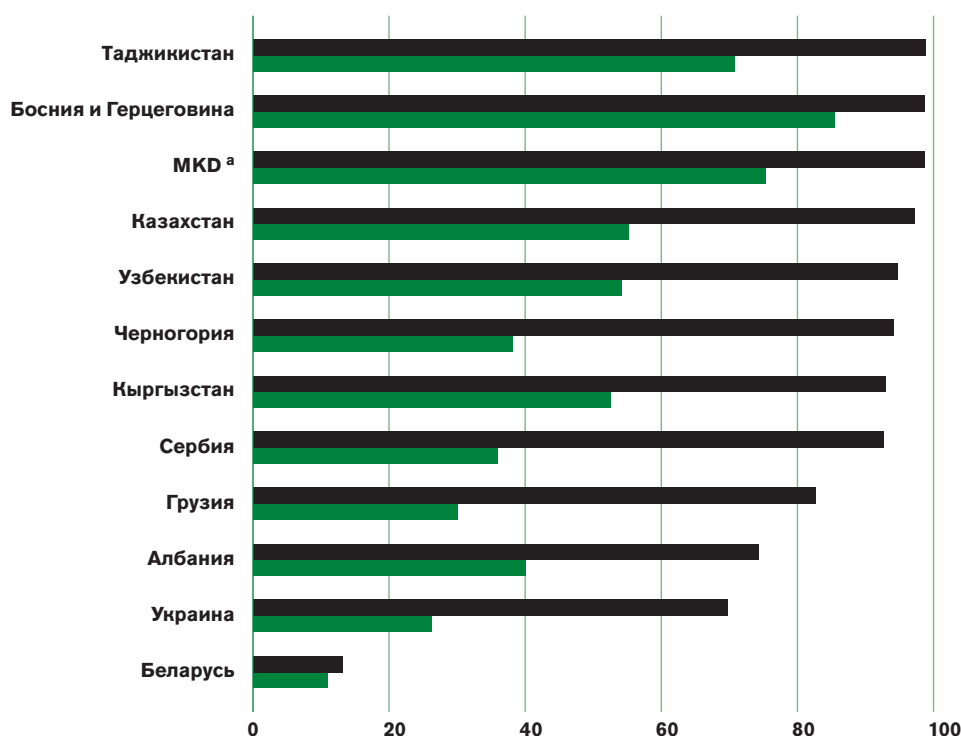
Рисунок Р-5

Дети в возрасте 36–59 месяцев в квинтилях населения с самым низким и самым высоким уровнем доходов, не участвующие ни в одной из форм образовательных программ для детей раннего возраста, в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии, 2005/2006 гг.

■ Самые бедные 20%
■ Самые богатые 20%

Источник: UNICEF (11).

^a MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).



Детская бедность

В значительной части Региона большое влияние на итоговые показатели здоровья и другие аспекты на протяжении всей жизни оказывает относительная бедность в детстве, по-прежнему остающаяся на высоком уровне. В странах восточной части Региона, несмотря на 10–15 лет экономического роста до наступления нынешнего спада, детская бедность оставалась на приблизительно одинаковом уровне (12). Главная причина, по которой дети ничего не выиграли от этого экономического роста, заключается в том, что средние расходы на выплату семьям пособий в этой части Региона были, по состоянию на 2007 г., менее 1% валового внутреннего продукта, по

сравнению со средним уровнем 2,25% в странах, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (13).

Проведенное в 2009 г. в Европейском союзе обследование уровней доходов и условий жизни показало, что в западной части Региона – на территории ЕС – несмотря на более высокий средний уровень расходов по сравнению с восточной частью Региона существует громадный разброс показателей детской бедности: от 10% до 33% (см. рис. Р-6) (12). Внутри стран этот показатель в период 2005–2009 гг. изменился на один процентный пункт или более в 20 странах из всех, показанных на рисунке, причем в 11 странах он увеличился.

Рисунок Р-6

Показатели детской бедности^а в отдельных европейских странах в 2009 г. и изменения, происшедшие с 2005 г.

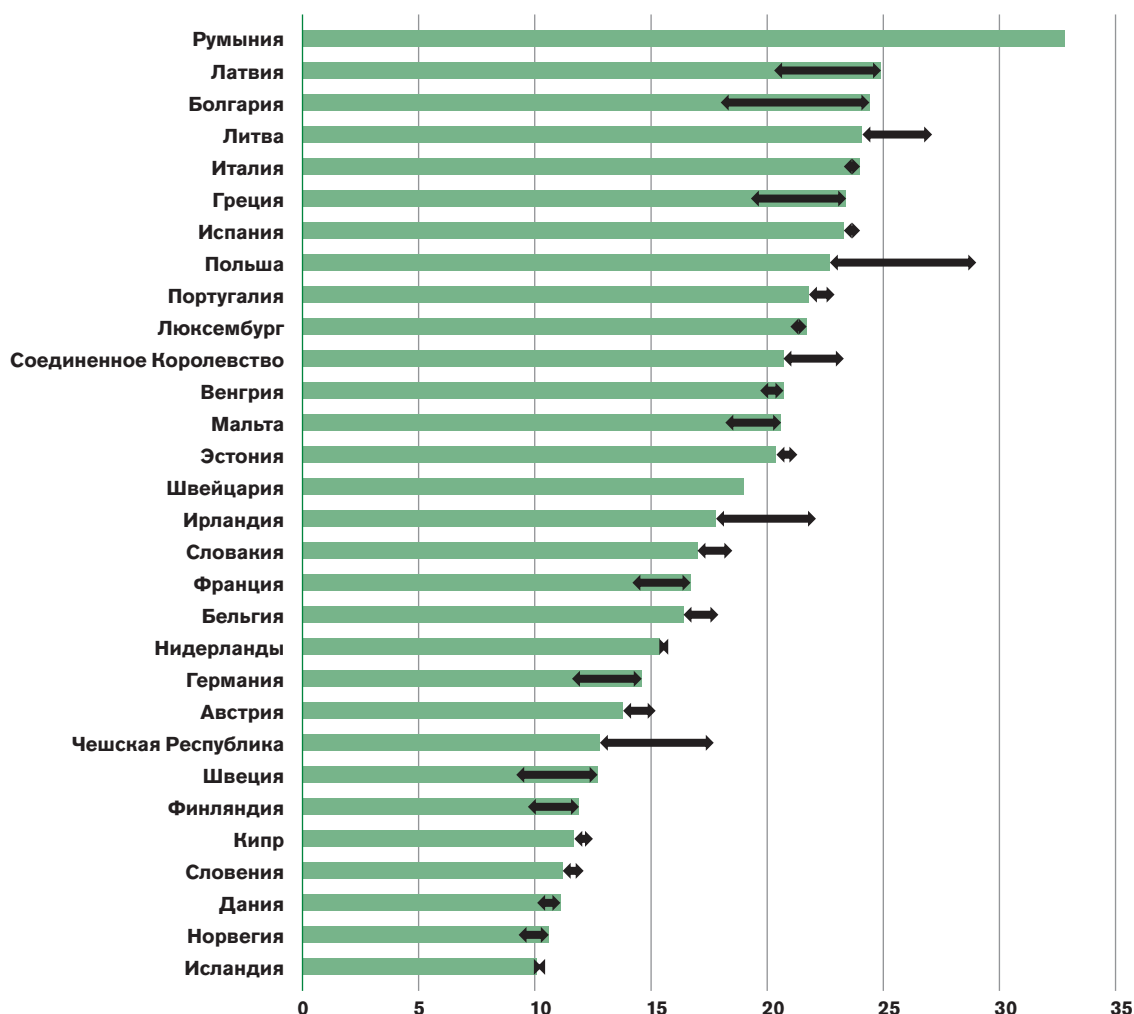
■ Показатель детской бедности в 2009 г.

◆ Разница между 2005 г. и 2009 г.

^а Критерий – <60% от медианного уровня доходов.

Примечание: Цветные полоски обозначают уровни детской бедности в 2009 г. Там, где стрелки находятся справа от полосок, это значит, что показатели бедности в период с 2005 по 2009 гг. снизились; когда стрелки находятся слева от конца полосы, это указывает на то, что в период с 2005 по 2009 гг. показатели бедности увеличились.

Источник:
Bradshaw (8).



Трудоустройство, условия труда и несправедливые различия в отношении здоровья

Рекомендация 1(с).

Устранить воздействие нездоровых и небезопасных условий труда и усилить меры по обеспечению здоровых условий на рабочем месте, доступа к трудоустройству и возможностям заниматься достойным трудом.

Конкретные действия

- (i) Улучшить психосоциальные условия тех видов труда, где имеет место нездоровый стресс.
- (ii) Снизить бремя производственного травматизма, профессиональных заболеваний и других рисков для здоровья, для чего обеспечить соблюдение требований национального законодательства и нормативов с целью устранения угроз здоровью на рабочем месте.
- (iii) Поддерживать существующие или создать новые службы гигиены труда, финансируемые из государственного бюджета и не зависящие от нанимателей.
- (iv) На международном уровне активизировать и расширить деятельность по передаче национальным структурам знаний и навыков в области охраны здоровья и безопасности на рабочем месте от европейских и других международных организаций, учреждений и сетей.
- (v) В странах с низким и средним уровнем доходов отдавать приоритет тем мерам по обеспечению экономического роста (в соответствии со стратегией в области охраны окружающей среды и устойчивого развития), которые считаются наиболее действенными для сокращения масштабов бедности, улучшения образования и снижения уровней безработицы. Для этого необходимо инвестировать средства в обучение кадров, улучшение инфраструктуры и технологии и расширять возможности трудоустройства и получения достойной работы во всех основных секторах рабочей силы.
- (vi) В странах с высоким уровнем доходов обеспечить высокий уровень занятости населения в соответствии с принципами устойчивой экономики и без ущерба для стандартов достойной работы и обеспечения основных форм социальной защиты.
- (vii) Защищать трудовые права наиболее уязвимых и усилить профилактические меры в интересах этих людей, особенно лиц, не имеющих гарантированной занятости, низкооплачиваемых работников, работающих неполный рабочий день, безработных и трудящихся из числа мигрантов.
- (viii) Сдерживать рост безработицы среди молодежи, для чего создавать возможности для устройства на работу и добиваться, чтобы молодые люди получали достойную работу, в частности обеспечивая им образование, обучение и проводя активные стратегии на рынке труда.

Занятость и достойная работа имеют огромное значение для здоровья населения и неравенств в отношении здоровья, что проявляется в нескольких взаимосвязанных формах.

- От участия в рынке труда или исключения из него зависит широкий спектр жизненных возможностей, определяемых главным образом получением регулярной заработной платы и обретением социального статуса.
- Материальные лишения вследствие безработицы или низкооплачиваемой работы и ощущение несправедливости в оплате труда – например, высокий уровень различий в заработной плате внутри организации – способствуют нарушению соматического и психического здоровья.
- Для социального статуса и социальной идентичности людей большое значение имеет положение человека на работе, и любые угрозы социальному статусу вследствие нестабильности или потери работы негативно сказываются на здоровье и благополучии.
- Неблагоприятная психосоциальная обстановка на работе, определяемая повышенными требованиями к работникам и низким уровнем их самостоятельности или несоответствием между затрачиваемыми усилиями и получаемым вознаграждением, коррелирует с ростом заболеваемости, обусловленной стрессом; в подобной подверженности неблагоприятным факторам имеется социальный градиент (рис. P-7).
- Дискриминация, злоупотребления и несправедливое отношение, которым могут подвергаться работники, усугубляют стресс и конфликты, особенно во время на высокой конкуренции и растущих опасений потерять работу.
- Отрицательное влияние на здоровье работающих могут оказывать физические, эргономические и химические опасные факторы на рабочем месте, физически тяжелая или опасная работа, продолжительное или ненормированное рабочее время, временные контракты, посменная работа и длительная сидячая работа.

Уровни безработицы в Европейском регионе высоки и существенно различаются в зависимости от страны, возраста, пола, статуса проживания (мигранты) и уровня образования. В последнее время они значительно возросли в странах, наиболее серьезно пострадавших от экономического спада и кризиса, таких как Испания и Греция. Широкие различия в Регионе проиллюстрированы на рисунках P-8 и P-9.

Имеются полные и всесторонние научные данные, доказывающие увеличение рисков для здоровья, возникающих вследствие ненадежного трудоустройства, которое влечет за собой повышенный риск потери работы, и вследствие самой безработицы, особенно длительной.

Содержащиеся в обзоре рекомендации направлены на устранение причин несправедливостей в отношении нездоровья, связанного с условиями труда и безработицей.

Рисунок P-7

Психосоциальный стресс и уровни профессиональной квалификации: SHARE, 2004/2005 гг.

■ Несоответствие между затрачиваемыми усилиями и вознаграждением
■ Низкая степень влияния на условия труда

Источники: Wahrendorf et al. (15); SHARE (16).

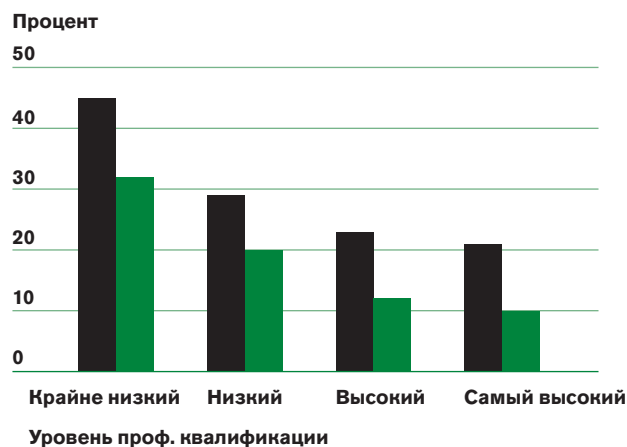


Рисунок P-8

Уровни безработицы среди женщин в отдельных странах Европейского региона, в разбивке по возрасту, 2011 г.

■ Возраст от 25 до 74 лет
■ Младше 25 лет

Источники: Eurostat (17).

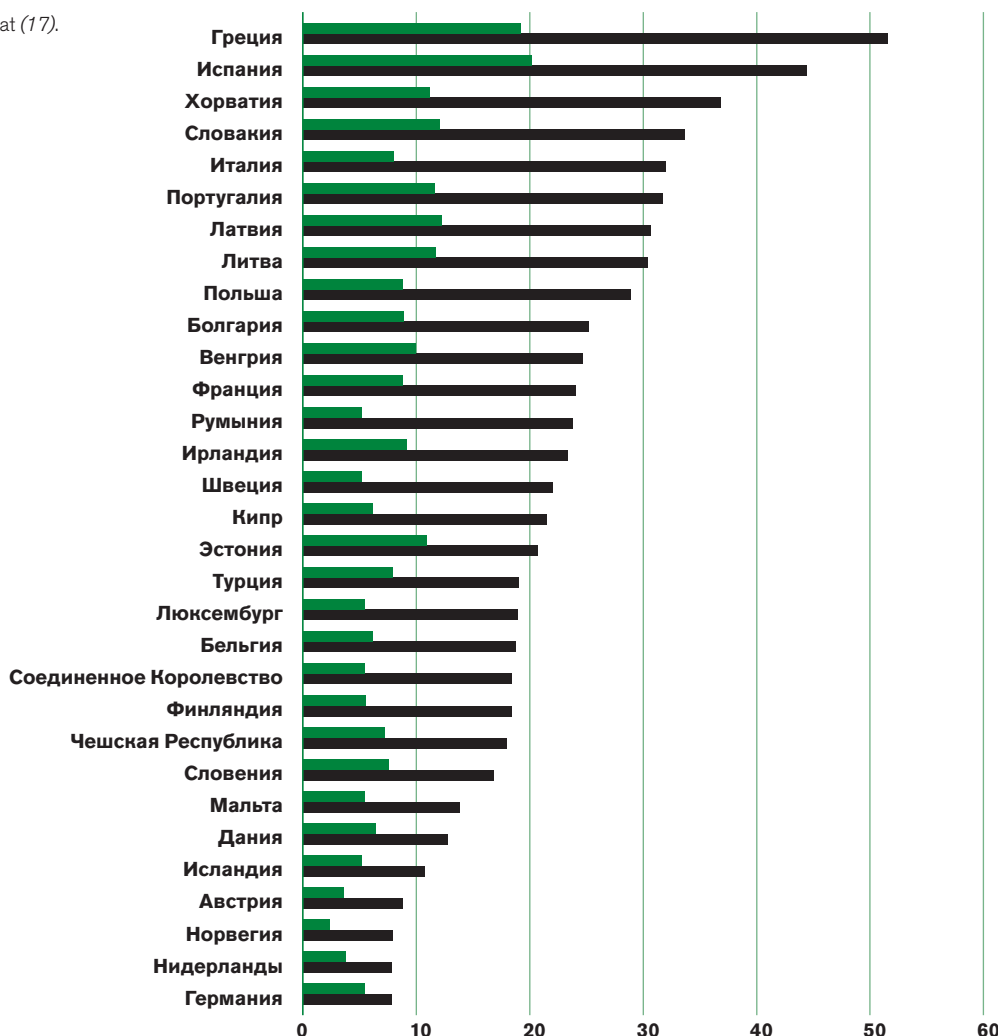


Рисунок Р-9

Уровень безработицы среди молодежи в возрасте 15–24 лет и общая безработица в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ, 2010 г. (или последний год с наличием данных)

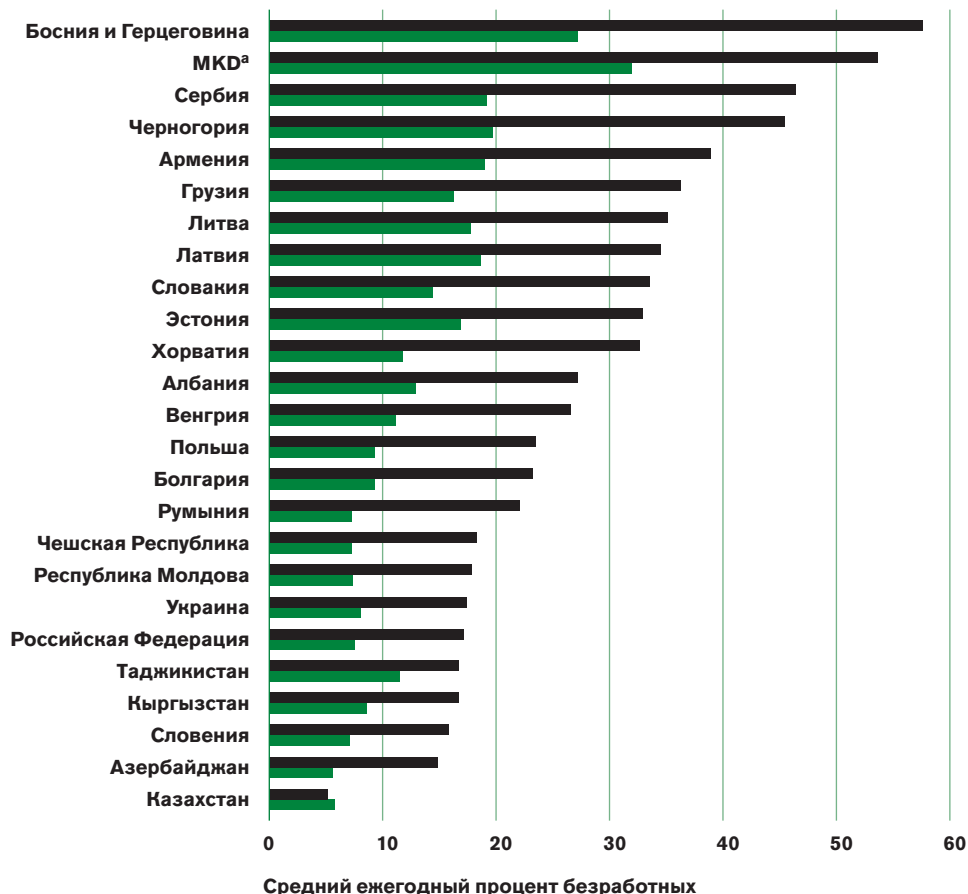
■ Среди лиц в возрасте 15–24 лет

■ Всего

^a MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Примечание: данные по Таджикистану – за 2009 г., данные по Албании – за 2008 г.

Источники: TransMonEE (18).



Пожилые люди

Рекомендация 1(d).

Принять согласованные и действенные меры на межсекторальном уровне по устранению несправедливостей в пожилом возрасте как в целях профилактики и лечения хронических заболеваний, так и для улучшения показателей выживания и благополучия по всему социальному градиенту.

Конкретные действия

(i) Сосредоточить действия на таких вопросах, как дискриминация по возрастному признаку, право на работу, социальная изоляция, жестокое обращение, условия жизни (включая жилищные условия, получение социальных пособий и достаточное пенсионное обеспечение), возможности для физической активности и доступ к медико-санитарной и социальной помощи.

(ii) Уделить особое внимание социальным, экономическим и медицинским проблемам женщин пожилого возраста, имеющих в старости больше нарушений соматического и психического здоровья, подвергающихся большему риску бедности и дольше живущих с ограниченными возможностями, и принять меры по их решению.

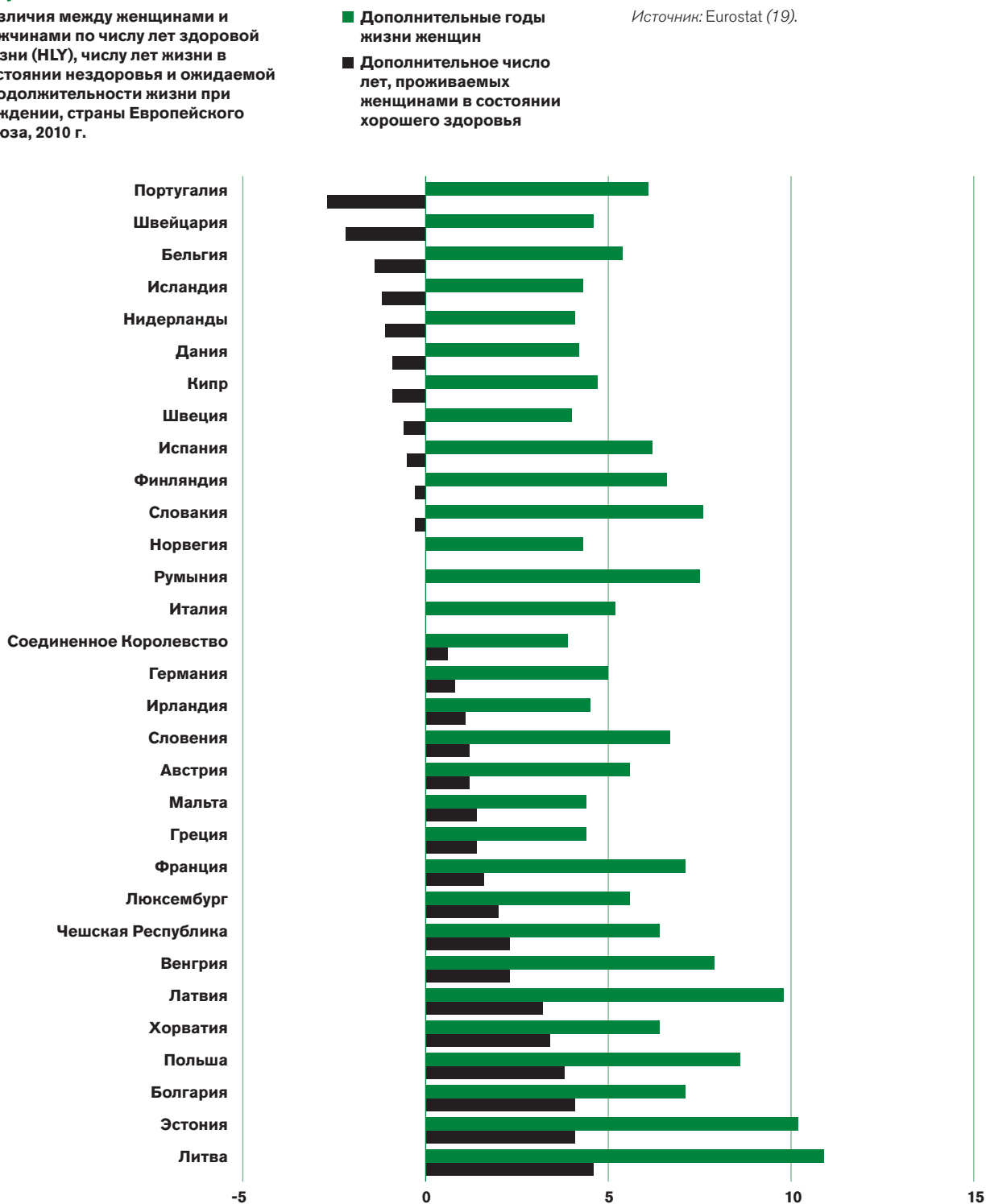
Для Европейского региона – где старение населения происходит наиболее интенсивно – понимание коренных детерминант здоровья и несправедливостей в отношении здоровья среди пожилых людей является одним из важнейших приоритетов. Для того, чтобы способствовать здоровой, активной и самостоятельной жизни в старости, нужны действенные стратегии, предусматривающие меры ранней профилактики для отсрочки наступления возрастных ограничений психических и физических возможностей. Пропорционально большее внимание при разработке таких программ профилактики необходимо уделять лицам пожилого возраста, имеющим более низкие доходы. Кроме того, все стратегии – и те, что направлены на преодоление социальных и экономических несправедливостей в целом, такие как программы перераспределения благ, и те, что сосредоточены на устранении финансовых барьеров в доступе к помощи – должны разрабатываться с расчетом на сокращение несправедливостей в отношении пожилых людей.

На рисунке Р-10 показано, как варьируются между странами Региона гендерные различия по ожидаемой общей продолжительности жизни и продолжительности здоровой жизни. На рисунке показано, что в каждой стране женщины живут дольше, чем мужчины, но больше лет живут в состоянии нездоровья. В Португалии, например, женщины живут на 6 лет дольше, чем мужчины, но

Рисунок P-10

Различия между женщинами и мужчинами по числу лет здоровой жизни (HLY), числу лет жизни в состоянии нездоровья и ожидаемой продолжительности жизни при рождении, страны Европейского союза, 2010 г.

Источник: Eurostat (19).



на 8 лет больше живут с нарушениями здоровья. В отличие от этого, в Эстонии женщины живут на 11 лет дольше, чем мужчины, но только на 6 лет больше в состоянии нездоровья.

Помимо того, что нужно сосредоточить больше усилий на устранении причин меньшей продолжительности жизни среди мужчин в Регионе, особое внимание необходимо уделить женщинам пожилого возраста, у которых больше нарушений здоровья и которые подвержены большому риску бедности в старости из-за того, что они живут дольше и их

предшествующая жизнь протекала в других условиях. Фактором, наиболее последовательно объясняющим различия в состоянии здоровья и ограничениях возможностей между мужчинами и женщинами, является хроническая, а не острая заболеваемость. Среди женщин также больше распространены многие возрастные нарушения психического здоровья. Из-за своего возраста пожилые люди могут подвергаться дискриминации или пренебрежительному отношению и социальной изоляции. Социальная изоляция – это достоверный прогностический показатель смертности.

Механизмы социальной защиты, доход и несправедливые различия в отношении здоровья

Рекомендация 2(а).

Повысить уровень и улучшить распределение мер социальной защиты в соответствии с потребностями, чтобы улучшить состояние здоровья и преодолеть несправедливости в отношении здоровья.

Конкретные действия

(i) Обеспечить прогрессивный рост ассигнований на социальную защиту населения в соответствии с потребностями путем пропорционального увеличения финансирования в странах с его исходно более низкими уровнями и с менее развитыми системами, руководствуясь следующими принципами:

- *Делать хотя бы немного (Do something):* в странах с низким уровнем финансирования и стремления обеспечить социальную защиту населения – осуществить хотя бы незначительные программные улучшения.
- *Делать больше (Do more):* в странах со средне-высоким развитием механизмов социальной защиты – предпринять дальнейшее повышение уровня программ социальной защиты.
- *Делать лучше (Do better):* в наиболее развитых социальных государствах, в которых, однако, произошло снижение перераспределяющего и защитного потенциала государства – повысить уровни социальной защиты в целом и для более уязвимых групп населения.

(ii) Обеспечить более эффективное использование ресурсов, выделяемых на цели социальной защиты.

(iii) Необходимо разработать международный механизм для проведения стандартизированных многоаспектных, в том числе по возрастным расчетам на основе конкретных потребностей групп населения с учетом условий общества, в котором они живут. В отличие от значений черты бедности, в данном случае унифицированных минимальных значений для стран не имеется.

(iv) Принять принцип гендерной справедливости в подходе к преодолению социальных и экономических несправедливостей, проявляющихся в том, что женщины несоразмерно чаще работают на неполной ставке, получают меньшую заработную плату за равный с мужчинами труд и выполняют неоплачиваемую работу по уходу.

Социальная защита

Стратегии социальной защиты могут создавать своеобразный амортизатор на случай потери заработка и предусматривать перераспределение доходов как на протяжении жизни одного человека, так и между людьми. Граждане и семьи также могут пользоваться общественными ресурсами, которые обеспечиваются институтами социально-ориентированного государства. И то и другое важно для здоровья и благополучия. Вот почему ресурсы социальной поддержки, необходимые для приемлемого качества жизни, включая экономические ресурсы, условия труда, жилищные условия, образование и знания, составляют ключевые социальные детерминанты здоровья.

Чем меньше достижения людей в плане индивидуальных ресурсов, тем важнее для них иметь возможность пользоваться коллективными ресурсами: стратегии социального обеспечения, в соответствии с которыми предоставляются более щедрые государственные социальные выплаты и более качественные услуги, с большей вероятностью улучшают общественное здоровье и уменьшают несправедливости в отношении здоровья. Серьезную проблему в Европейском регионе представляют не только низкие доходы из-за безработицы, но и работа, при которой заработка слишком мало для того, чтобы вести здоровую жизнь.

Как правило, люди с низким уровнем образования выигрывают больше от повышения уровня государственных социальных пособий, чем люди, имеющие среднее и высшее или неполное высшее образование. Как в абсолютном, так и в относительном выражении несправедливости в отношении здоровья, обусловленные уровнем образования, уменьшаются с ростом социальных расходов, причем влияние роста расходов на эти несправедливости для женщин проявляется сильнее, чем для мужчин.

В тех странах, где нынешние уровни социальных расходов и социальных прав находятся в диапазоне от низких до умеренных, даже **самые незначительные улучшения в законодательно устанавливаемых социальных правах и в социальных расходах коррелируют с улучшением здоровья** (рис. P-11). Это позволяет утверждать, что страны с наименее развитыми системами социальной защиты могут легче других добиться улучшений в показателях здоровья. Даже скромные увеличения будут иметь большое значение в наиболее бедных странах Региона.

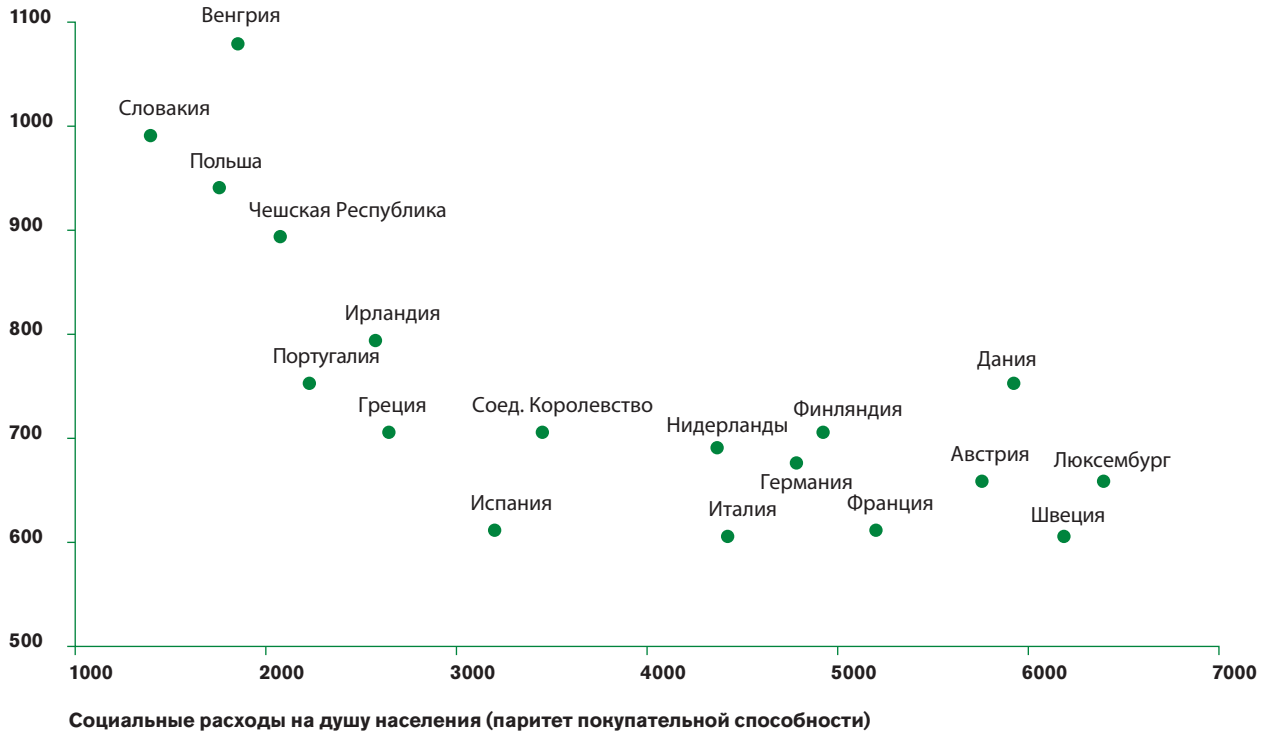
Цель совместной инициативы Организации Объединенных Наций по минимальным мерам социальной защиты (ММСЗ) состоит в том, чтобы обеспечить базовый уровень социальной защиты и достойную жизнь как необходимость и обязанность в соответствии с правовыми инструментами по правам человека (20). Одной из главных целей

Рисунок Р-11

Расходы на социальное обеспечение в сравнении с показателем смертности от всех причин в 18 странах Европейского региона, 2000 г.

Источник: Stuckler et al. (21).

Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин на 100 000 населения



политики в Европейском регионе должно быть поддержание минимальных уровней, необходимых для здоровой жизни.

Гендер

На риски для здоровья, которым подвержены мужчины и женщины на протяжении всей жизни, значительное влияние оказывают выполняемые ими социальные и экономические роли. Для женщин специфическим источником психосоциального стресса на протяжении жизни является одновременное выполнение обязанностей по уходу за детьми, больными и престарелыми в семье, оплачиваемая работа и ведение домашнего хозяйства. На здоровье мужчин чаще влияют условия труда. Гендерные нормы порой подталкивают мужчин к рискованным поступкам и другим формам поведения, таким как насилие, в результате которых подвергается угрозе здоровье и благополучие как мужчин, так и женщин.

Изменения в обществе и экономике влияют на гендерные роли, однако общественные нормы и ценности могут ограничивать степень адаптации людей, которых эти изменения затрагивают.

Сочетанный эффект этих факторов состоит в изменении показателей здоровья и гендерного разрыва в их значениях; примером является наблюдаемый сегодня разрыв в 13 лет в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в Российской Федерации (3). Поэтому, хотя различия в показателях смертности и заболеваемости между мужчинами и женщинами хорошо известны и документально зафиксированы, масштабы этих различий варьируются в Европейском регионе в широких пределах и во многих странах меняются. Правильной реакцией на это представляется принятие в подходе к преодолению социальных и экономических несправедливостей принципа гендерной справедливости.

Рекомендация 2(b).

Добиться объединения усилий по сокращению несправедливостей в отношении местных детерминант здоровья путем развития и укрепления сотрудничества и партнерства с теми, кого затрагивает несправедливость, с гражданским обществом и широким спектром заинтересованных сторон в обществе.

Конкретные действия

(i) Добиваться того, чтобы местные лидеры выступали поборниками партнерства и действий на межсекторальном уровне.

(ii) Обеспечить, чтобы при осуществлении всех действий применялись обоснованные методы и принципы открытости, предусматривающие вовлечение общественности и участие местных сообществ сообразно с местными условиями и спецификой, в целях расширения прав и возможностей сообществ и повышения устойчивости к неблагоприятным воздействиям.

(iii) Добиваться расширения сферы деятельности партнерств, включая использование местных знаний, ресурсов и активов сообществ и вовлеченных агентств в целях развития сотрудничества и поддержки деятельности сообществ с учетом разнообразных местных условий. Инфраструктурные ресурсы, такие как школы, медицинские и общественные центры, следует использовать в качестве базы для организации деятельности различных других служб.

(iv) В природоохранных стратегиях отдавать приоритет мерам, помогающим улучшать здоровье и распространяющимся на все группы населения, которые могут быть затронуты несправедливостью, в частности на маргинализированные слои населения (например, бездомные, беженцы) или уязвимые группы (например, молодежь и пожилые люди).

(v) Принимать стратегии по улучшению качества воздуха и снижению рисков, создаваемых загрязняющими веществами в воздухе для здоровья всех групп населения по всему социальному градиенту.

Жизнь местных сообществ находится под влиянием комплексных взаимоотношений между различными факторами природной, искусственной и социальной среды. Чем ниже уровень людей на социально-экономическом градиенте, тем вероятнее, что они будут жить в районах, где искусственная среда имеет более низкое качество и в меньшей степени способствует позитивному поведению людей в отношении собственно-

го здоровья и положительным показателям здоровья и где с большей вероятностью происходит воздействие на людей вредных для здоровья факторов окружающей среды (22).

Люди, живущие в районах с высоким уровнем материальных лишений, чаще страдают от табачного дыма, биологического и химического загрязнения, свалок опасных отходов, загрязнения воздуха, наводнений, нехватки санитарных удобств и воды, шумового загрязнения и дорожного движения (23). Они реже живут в приличных жилищах и в дружелюбном окружении, в местах с высоким социальным капиталом, где человек чувствует себя защищенным от преступности и беспорядков, где обеспечен доступ к зеленым зонам и имеются приемлемые варианты передвижения и возможности для здоровой жизни.

Люди с низким уровнем доходов реже имеют средства и ресурсы для ослабления рисков и влияния опасных факторов окружающей среды и для преодоления препятствий, создаваемых неблагоприятными окружающими условиями, мешающими обеспечить менее вредные условия и получить доступ к жизненным возможностям.

То, с какими социальными отношениями сталкиваются люди, влияет на несправедливости в отношении здоровья. Критическими факторами здесь являются возможность контролировать ресурсы и влиять на принятие решений и доступ к социальным ресурсам, включая социальные сети, а также возможности местных сообществ и их устойчивость к неблагоприятным воздействиям. Было определено, что катализатором координации действий и сотрудничества является социальный капитал, который служит важнейшим средством достижения более высоких итоговых социальных и экономических показателей. Однако в факторах, коррелирующих с сильными социальными сетями и социальным капиталом, нет достаточной последовательности. Хотя это и является аргументом против чрезмерного обобщения, некоторые фактические данные указывают на то, что социальные сети обычно оказывают сильнее в странах с более высоким уровнем бедности, социальный капитал обычно легче наращивается в странах с относительно сильными демократическими институтами и действенными правовыми системами, а созданию сильных демократических институтов способствует сильное гражданское общество (24).

На распределение бремени и благ, создаваемых окружающей средой и воздействующих на здоровье и несправедливости, влияет качество окружающей среды – то, как планируются, проектируются, застраиваются и организуются места и пространства (табл. P-1). Наряду с другими факторами огромное значение для здоровья имеет качество инфраструктуры, в том числе водоснабжение и санитария. Сообщества иммигрантов и обитатели трущоб в различных странах Европейского региона часто живут в условиях наи-

большого загрязнения окружающей среды (25). В центральной и восточной частях Региона главный вклад в экологическую несправедливость вносят опасные отходы и химические вещества (26). В последнее время в ряде стран восточной части Региона ухудшился доступ к безопасной воде, хотя в целом ситуация в данной области улучшается (27). Хотя доступ

к санитарно-техническим удобствам чаще ограничен у людей, живущих в сельских районах, (28), от засух, поражающих системы водоснабжения, больше всего страдают самые бедные группы населения в городах (29). Улучшение экологии стало в восточной части Региона одним из пунктов, вокруг которого объединяется гражданское общество.

Таблица Р-1

Низкое качество искусственной окружающей среды сказывается на здоровье: краткий обзор воздействий, популяционная атрибутивная фракция от неудовлетворительных жилищных условий

Источник: Braubach et al. (30).

Неблагоприятный воздействующий фактор	Показатели здоровья	Зависимость «воздействие–риск»	Популяционная атрибутивная фракция (%)
Плесень	Смертность от астмы и DALY ^a среди детей (0–14 лет)	OR ^b = 2,4	12,3
Сырость	Смертность от астмы и DALY среди детей (0–14 лет)	OR = 2,2	15,3
Отсутствие защитных приспособлений на окнах	Смертность от травм и DALY среди детей (0–14 лет)	OR = 2,0	33–47
Отсутствие детекторов дыма	Смертность от травм и DALY (все возрасты)	OR = 2,0	2–50
Скученность проживания	Туберкулез	OR = 1,5	4,8
Холод в помещении	Избыточная смертность в зимнее время	Повышение смертности на 0,15% на каждый °C	30
Шум от дорожного движения	Ишемическая болезнь сердца, включая инфаркт миокарда	OR = 1,17 на каждые 10 дБ(А)	2,9
Радон	Рак легких	OR = 1,08 на каждые 100 Бк/м3	2–12
Табачный дым в жилой окружающей среде	Инфекции нижних дыхательных путей, астма, ишемическая болезнь сердца и рак легких	Оценки риска колеблются в пределах от 1,2 до 2,0; ОШ ^c = 4,4	Оценки колеблются от 0,6% до 23%
Свинец	Задержка умственного развития, сердечно-сосудистые заболевания, поведенческие нарушения	Летальность 3%	66
Угарный газ в помещении	Головная боль, тошнота, сердечно-сосудистая ишемия/недостаточность, судороги, кома, потеря сознания, смерть	Частота ОНО/УНО 3–40%	50–64
Формальдегид	Нарушения со стороны нижних дыхательных путей у детей	ОШ = 1,4	3,7
Использование твердого топлива в помещении	ХОБЛ ^e , ALRI ^f , рак легких	OR = 1,5–3,2	6–15

^aDALY – годы жизни с поправкой на инвалидность (число утраченных лет здоровой жизни)

^bOR – относительный риск

^cОШ – отношение шансов

^dОНО/УНО – отдаленные или устойчивые нейрокогнитивные осложнения

^eХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

^fALRI – острые инфекции нижних дыхательных путей

Рекомендация 2(с).

Принять меры, направленные на создание систем и процессов в обществе, способствующих повышению его устойчивости, сплоченности и открытости, уделяя особое внимание группам, наиболее тяжело затронутым процессами отчуждения.

Конкретные действия

(i) Воздействовать на социальные детерминанты здоровья и благополучия в среде людей, подверженных процессам, ведущим к социальному отчуждению:

- избегать чрезмерного акцентирования на индивидуальных особенностях и поведении людей, подвергшихся социальному отчуждению;
- направлять основные усилия на осуществление таких действий по всему социальному градиенту в отношении здоровья, которые соразмерны потребностям, а не различиям в здоровье между наиболее и наименее благополучными группами.

(ii) Вовлекать людей и группы, исключенные из жизни общества, в разработку и реализацию политики и мероприятий, создавая для этого эффективные механизмы, которые дают им реальное право голоса в принятии решений, касающихся их жизни, и признавая их основные права (такие как право на здоровье, образование, работу и жилье).

(iii) Разрабатывать стратегии, в которых:

- действия направлены на раскрепощение потенциала, имеющегося в организациях, профессиональных и в самих уязвимых группах, для достижения долговременных улучшений в жизнестойкости и условиях жизни людей, подвергшихся социальному отчуждению;
- соответственно снижен акцент на краткосрочные проекты оказания социальной помощи;
- предусматривается расширение прав и возможностей групп, находящихся в неблагоприятных условиях, в их отношениях с системами общества, с которыми они соприкасаются;
- предусмотрены трансграничные меры в отношении процессов отчуждения, имеющих международный характер (например по отношению к сообществам рома и нелегальным мигрантам).

С точки зрения социальных детерминант здоровья, важно понимать социальное отчуждение, уязвимость и устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям как динамичные многомерные процессы, действующие через властные отношения. Ранее в подходах к проблеме отчуждения очень часто упор делался на характерные признаки отдельных групп, исключенных из жизни общества.

Признание того факта, что процессы исключения из жизни общества и проявления уязвимости в разных группах и разных моделях общества со временем изменяются, подводит к мысли о том, что действия необходимо строить на учете существования континуумов включения и исключения и уязвимости. Этим не отрицается существование крайних состояний отчуждения, но это помогает избежать стигматизации, изначально заложенной в подходе, при котором на определенные группы навешиваются ярлыки «отверженных», «неблагополучных» и/или «уязвимых». Подобный подход с позиции существования континуума также должен улучшить понимание процессов, ведущих к отчуждению, и того, как можно повернуть их вспять и перенести акцент с пассивных жертв на возможность сделать группы, живущие в неблагоприятных условиях, устойчивыми перед лицом уязвимости. В обзоре рассматриваются два важных примера: уязвимость среди этнических сообществ рома и среди нелегальных мигрантов – людей, не имеющих разрешения на проживание или работу в стране своего пребывания.

Рома

Подверженность живущих в Европе рома действию мощных процессов социального, экономического, политического и культурного отчуждения, включая всевозможные предрассудки и дискриминацию, отрицательно влияет на соблюдение по отношению к ним основных прав человека и их самоопределение. Успехов в деле уменьшения социальных несправедливостей, которые испытывают рома, достигнуто немного. Такая ситуация ведет к грубым формам несправедливости в отношении здоровья и благополучия сообществ рома по сравнению с другими группами населения в Регионе.

Наглядным примером согласованных усилий в решении данной проблемы служит Десятилетие интеграции народности рома – обязательство правительств 12 европейских стран улучшить социально-экономическое положение рома и обеспечить их вовлечение в жизнь общества. В ходе осуществления этой инициативы устойчивых положительных результатов во всех областях политики не было достигнуто ни в одной стране. Однако в ряде конкретных инициатив позитивные результаты все же были получены: таж, рома приняли активное участие в проектах жилищного строительства в Венгрии и в создании центров и кооперативов по переработке вторичного сырья в Сербии.

Факторы, тормозящие прогресс и реализацию действий, включают: сложность механизмов финансирования; отсутствие данных для целей мониторинга и оценки; дефекты в системах стратегического руководства и подотчетности; недостаточное участие самих рома и гражданского общества; отсутствие политической воли. Для преодоления этих трудностей нужна политическая приверженность как на уровне отдельных стран, так и на международном уровне.

Незаконные мигранты

На рис. Р-12 показано, что среди мигрантов процент безработных во многих странах выше, и это служит показателем их недостаточного участия в предоставляемых обществом возможностях. С наиболее серьезными проблемами сталкиваются нелегальные мигранты, которые особенно подвержены дополнительным процессам социального отчуждения – например, те из них, кто нуждается в медицинской помощи, несовершеннолетние без сопровождения взрослых, нелегальные домработницы и жертвы торговли людьми (в основном женщины, подвергающиеся сексуальной эксплуатации). Государства различаются между собой в том, в какой степени они открывают для нелегальных

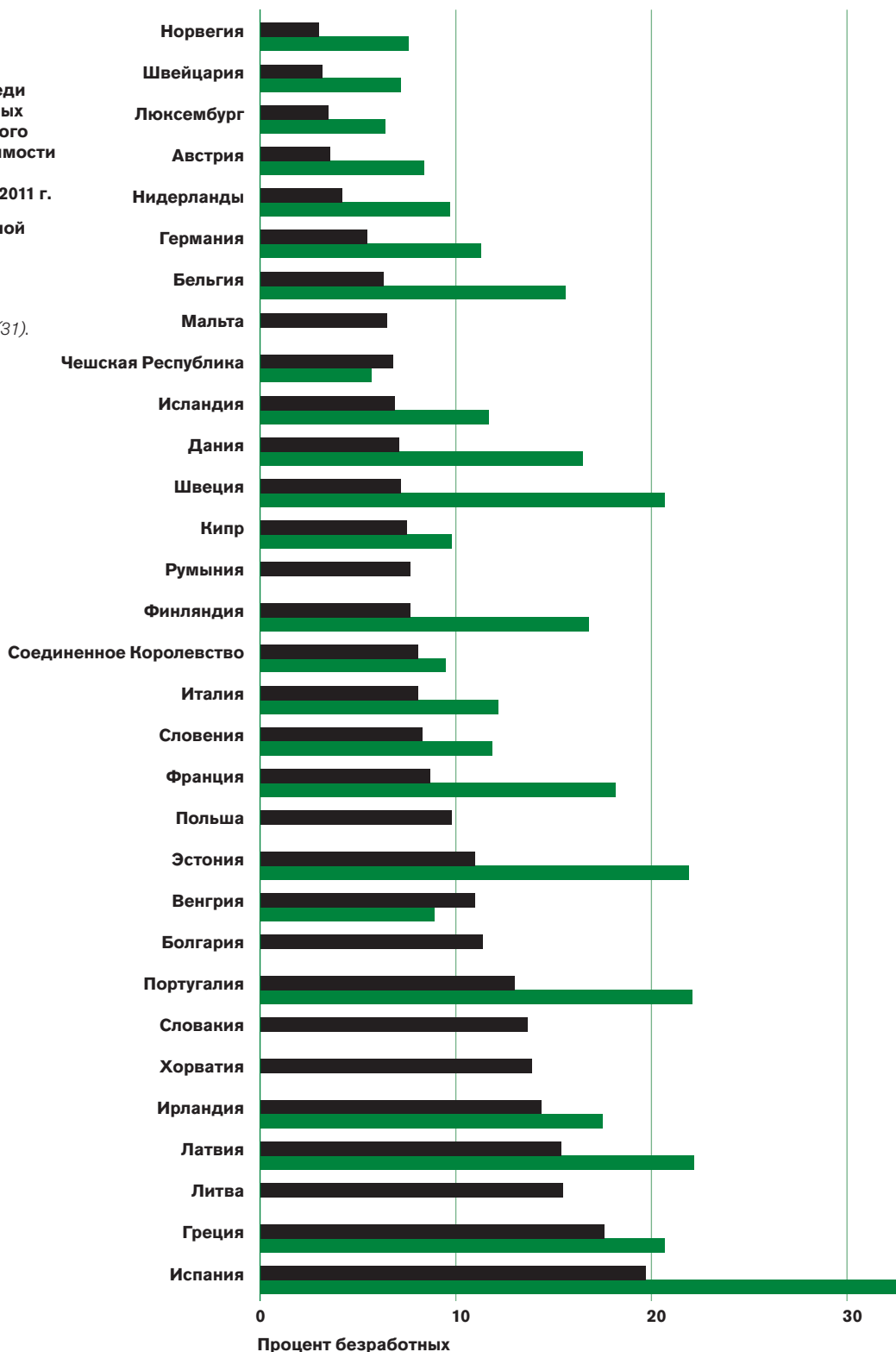
мигрантов доступ к социальной защите, включая медико-санитарную помощь. Лишение доступа, отказ нелегальным мигрантам в «праве на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья» рассматривается как один важный элемент «внутреннего регулирования миграции». Другим элементом является интернирование. Однако эти меры, по всей видимости, не оказывают большого влияния на численность нелегальных мигрантов: их главный эффект сводится к повышению уязвимости перед маргинализацией, нищетой, болезнью и эксплуатацией. Вопросы миграции и условий жизни легальных и нелегальных мигрантов необходимо решать путем соглашений между странами Региона, с соблюдением принципа прав человека.

Рисунок Р-12

Показатели безработицы среди жителей отдельных стран Европейского региона в зависимости от страны происхождения, 2011 г.

- Граждане данной страны
- Иностранцы

Источник: Eurostat (31).



Тема С – Контекст на макроуровне

Расходы на социальные нужды

Рекомендация 3(а).

Повышать уровень социальной справедливости путем эффективного использования налоговых мер и социальных пособий. В частности, в странах, где доля бюджета, выделяемая на программы охраны здоровья и социальной защиты, ниже нынешнего среднего уровня в ЕС, эта доля должна быть увеличена, а во всех остальных странах – поддерживаться на текущем уровне.

Конкретные действия

(i) Улучшить соотношение между общим уровнем социальных расходов и

(а) расходами на другие программы;

(б) общим уровнем налогообложения в странах,

в которых эти показатели ниже среднего значения по ЕС.

(ii) Принимать прогрессивные методы планирования программ социальных расходов, в том числе включать в них всеобщий охват социальным обеспечением, которое должно быть пропорциональным потребностям, и интегрированные стратегии социальной помощи и регулирования рынка труда, которые включают активные программы улучшения ситуации на рынке труда, что будет реально способствовать повышению справедливости.

(iii) При определении действий в условиях финансового кризиса следить за тем, чтобы приоритет отдавался медико-санитарным и социальным последствиям пакетов мер строгой экономии, обсуждаемых в настоящее время или уже принятых во многих европейских странах. В качестве шага вперед к обеспечению инклюзивного характера всех процессов, добиваться того, чтобы при рассмотрении пакетов таких мер принималась во внимание точка зрения министров здравоохранения и социальной защиты населения, а на международном уровне – мнения ВОЗ, Детского фонда ООН, Международной организации труда и Всемирного банка.

(iv) Расширить дискуссии по вопросу о механизмах финансовой стабильности, в которых приоритет должен отдаваться социально-прогрессивным стратегиям, в частности рекомендуемым в настоящем обзоре: например, рассмотреть возможный эффект от введения налога на финансовые сделки.

Описываемый обзор проводился на фоне глобального финансового кризиса и связанного с ним кризиса государственного долга. Оба кризиса будут, по всей вероятности, иметь непосредственные негативные и длительные последствия для состояния здоровья населения и его социальных детерминант в Европе, особенно если в мерах, принимаемых в ответ на финансовый и долговой кризисы, не будут учитываться соображения справедливости в отношении здоровья. Такие прямые последствия для здоровья уже становятся очевидными очевидными в отдельных странах Региона (рис. Р-13).

Это подчеркивает необходимость защищать секторы социального обеспечения и здравоохранения от сокращений финансирования, продиктованных мерами строгой экономии, и от некоторых негативных последствий соглашений о финансовой поддержке, заключенных между странами в Регионе и транснациональными органами. Для этого нужно использовать другие меры, оказывающие меньший негативный эффект как с экономической точки зрения, так и с точки зрения здоровья, во всех случаях, когда такие меры существуют.

Рисунок Р-13

Изменения в самооценке здоровья и доступе к медико-санитарной помощи в Греции в период между 2007 и 2009 гг. (приведенные расчеты)

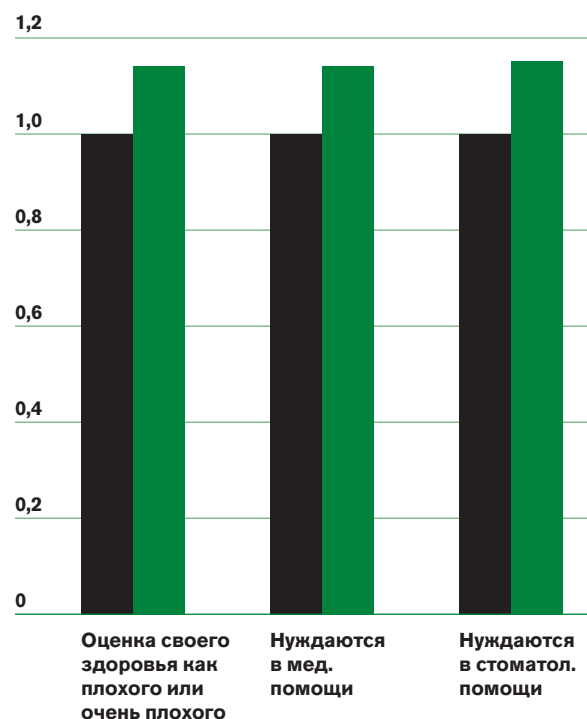
■ 2007

■ 2009

Примечание: отношение шансов означает вероятность нездоровья или неудовлетворенных потребностей в каждый год по сравнению с вероятностью в 2007 г., поэтому отношение шансов в 2007 г. по каждому показателю равно 1.

Источник: Kentikelenis et al. (32).

Отношение шансов



Рекомендация 3(b).

Планировать на долгосрочную перспективу и защищать интересы будущих поколений путем выявления связей между экологическими, социальными и экономическими факторами и всеми стратегиями и практическими действиями.

Конкретные действия

- (i) Обеспечить применение в отношении всех стратегий принципов устойчивого развития, принимая во внимание фактические данные о том, как развитие в прошлом влияет на нынешнее и будущие поколения.
- (ii) Включать в экологические стратегии на всех уровнях оценки справедливости в отношении здоровья, касающиеся нынешнего и будущих поколений.
- (iii) Внедрять налогово-бюджетные стратегии, направленные на улучшение ценовой доступности и устойчивого поддержания здорового питания:
 - (1) добиваться того, чтобы стоимость питательного и стабильно воспроизводимого рациона отражалась в расчетах минимального уровня жизни для всех;
 - (2) основывать стратегии в области сельского хозяйства на принципах справедливости и устойчивости и добиваться того, чтобы они способствовали доступу для всех к безопасной, приемлемой по стоимости, питательной пище, а также устойчивости и справедливости систем продовольственного снабжения.

Социальная справедливость связана с качеством окружающей среды: там, где окружающая среда оказывает вредное воздействие, это часто сочетается с социально несправедливыми различиями в уровнях экспозиции. Факторы, определяющие здоровье и социальную справедливость, находятся в отношениях взаимозависимости с факторами, определяющими экологическую и экономическую устойчивость. Например, чрезмерное потребление животных жиров коррелирует с повышенным риском предупреждаемых алиментарно-зависимых заболеваний, в том числе нескольких типов онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, а производство пищевых продуктов животного происхождения для удовлетворения потребительского спроса сопряжено с экологическими издержками, такими как, например, потребление воды и выбросы парниковых газов. Если страны с низким уровнем доходов будут стремиться развивать свою экономику, копируя индустриально развитые экономики, это может иметь тяжелые последствия для природной окружающей среды и для здоровья и несправедливостей в отношении здоровья во всем Регионе. Наибольшую выгоду население стран Региона с низким и средним уровнями доходов получит, скорее всего, от таких вмешательств, которые обеспечивают более здоровую и более безопасную окружающую среду, так как в этих странах обычно несоразмерно велика подверженность людей воздействию неблагоприятных условий окружающей среды (25). На рисунке Р-14 иллюстрируются неравные уровни загрязнения воздуха в столицах стран Региона.

С решением этой непростой задачи снижения несправедливо распределенного вреда от окружающей среды неразрывно связан подход, принятый в Рио-де-Жанейрской политической декларации по социальным детерминантам здоровья, который касается устойчивого развития. За два последних десятилетия был достигнут определенный прогресс: например, в странах восточной части Региона и странах-членах Европейского союза повысилась энергоэффективность, выражающаяся в расходе энергии на один доллар валового внутреннего продукта (33) (рис. Р-15), но сделать предстоит гораздо больше.

Рисунок Р-14

Среднегодовые концентрации мелкодисперсных взвешенных частиц в атмосферном воздухе столиц некоторых стран Европейского региона в 2009 г. и изменения, происшедшие после 2005 г.

- Концентрация мелкодисперсных взвешенных частиц, 2009 г.
- ◄ Разница в концентрациях между 2005 г. и 2009 г.

^аПоследние данные по Румынии и Швеции – за 2008 г.

^бПоследние данные по Греции – за 2007 г.

Примечание: цветные полосы обозначают уровни содержания взвешенных частиц в 2009 г. Там, где стрелки находятся справа от полос, это значит, что уровни в период с 2005 по 2009 гг. снизились. Там, где стрелки находятся слева от конца полосы, это указывает на то, что в период с 2005 по 2009 гг. содержание увеличилось.

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ (3).

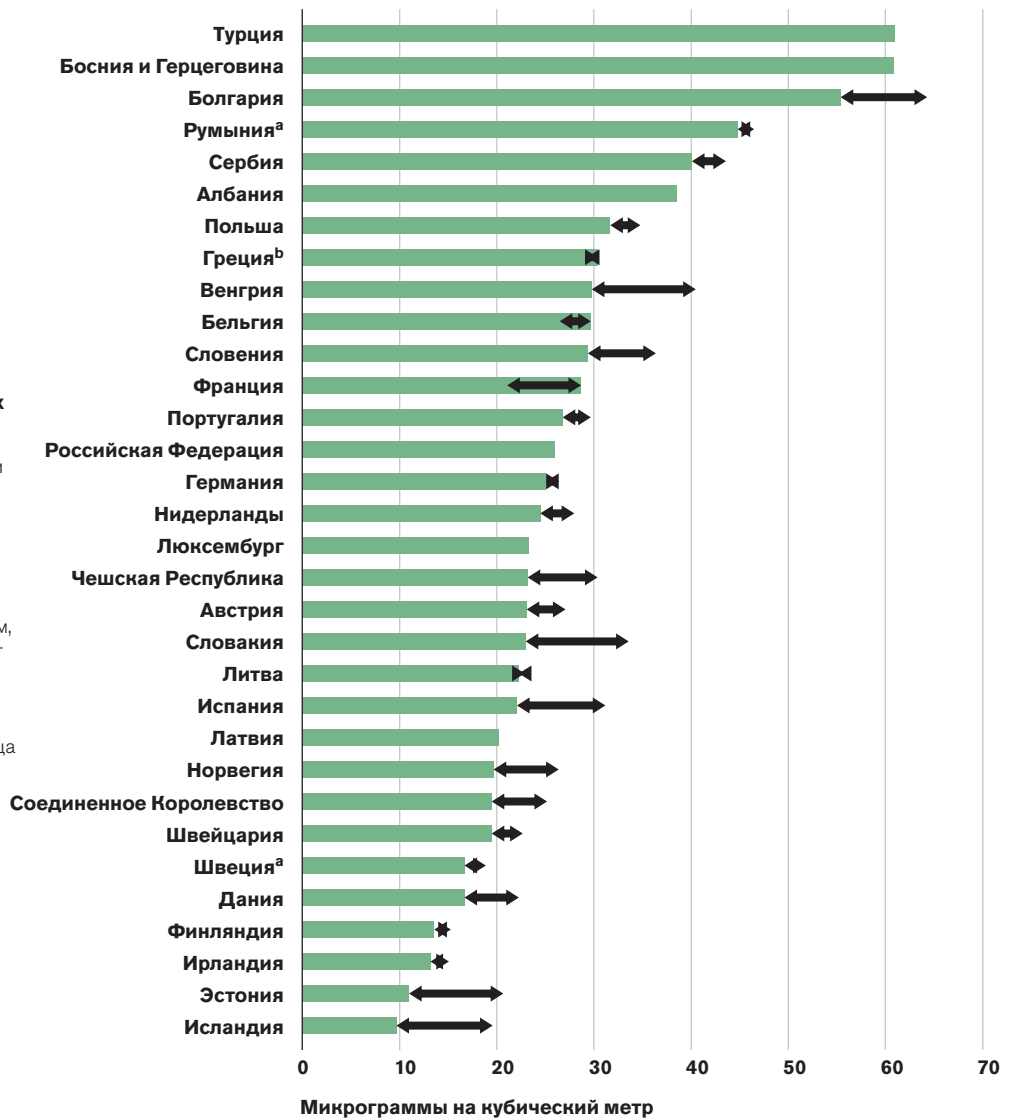


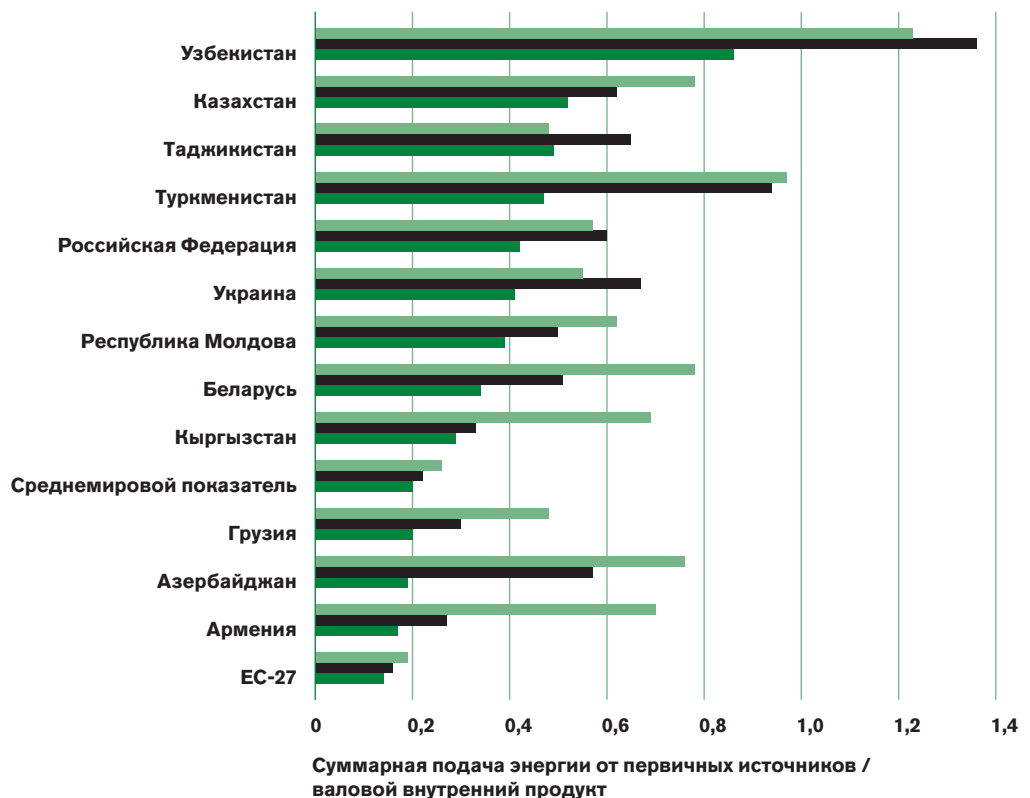
Рисунок Р-15

Энергоемкость ВВП в отдельных странах восточной части Европейского региона, ЕС-27^а и в среднем в мировом масштабе

- 1990
- 2000
- 2007

^аЕС-27 – государства-члены Европейского союза по состоянию после января 2007 г.

Источник: Olshanskaya (34).



Рекомендация 4(а).

Повысить уровень стратегического руководства в отношении социальных детерминант здоровья и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Это требует повышения согласованности действий на всех уровнях государственного управления (международном, национальном, региональном и местном), во всех секторах и среди всех заинтересованных сторон (государственных, частных и добровольных).

Конкретные действия

(i) Создавать партнерства на всех уровнях государственного управления, в которых реализуются модели совместной работы, поддерживается установление общих приоритетов между секторами и обеспечивается подотчетность в интересах социальной справедливости.

(ii) Добиваться усиления согласованности действий разных секторов и заинтересованных сторон для достижения:

(1) необходимого масштаба действий – увеличения ресурсов, направляемых на исправление ситуации и сокращение несправедливостей в отношении здоровья;

(2) долгосрочных инвестиций и устойчивости действий;

(3) восходящего выравнивания (по лучшим показателям) градиента в справедливости в отношении здоровья и в социальных детерминантах здоровья.

(iii) Добиться того, чтобы разные потребности, точки зрения и права человека групп риска по маргинализации и уязвимости признавались и учитывались путем их вовлечения в процессы принятия решений; сопровождать эти действия созданием эффективных механизмов, в достаточной мере обеспечивающих участие и вовлечение всех слоев гражданского общества и консультации с ними.

(iv) На региональном уровне добиваться, чтобы Региональное бюро и его партнеры в системе учреждений Организации Объединенных Наций в Европе работали вместе, используя Механизм сотрудничества ООН, и могли влиять на содержание международных договоров, касающихся социальных детерминант здоровья.

(v) Укрепить роль и потенциал ВОЗ для предоставления рекомендаций государствам-членам по вопросам разработки стратегий, касающихся социальных детерминант здоровья, и для активной защиты интересов справедливости в отношении здоровья в других заинтересованных секторах.

Стратегическое руководство в интересах улучшения социальных детерминант здоровья и справедливости в отношении здоровья нацелено на повышение согласованности действий разных секторов и заинтересованных сторон таким образом, чтобы это привело к увеличению ресурсов, направляемых на (а) исправление сложившейся ситуации и уменьшение масштабов несправедливостей в отношении здоровья и (б) на уменьшение несправедливостей в распределении социальных детерминант здоровья и рисков и последствий заболеваемости и преждевременной смертности среди населения.

Стратегическое руководство в интересах здоровья включает в себя «стремление органов государственного управления или других действующих субъектов руководить сообществами, целыми странами или даже группами стран в действиях по достижению здоровья как неотъемлемой составляющей благополучия на основе общегосударственного подхода и принципа участия всего общества» (35).

На уровне Европейского региона необходимо создать для этого гораздо более прочную институциональную основу, которая строится на взаимных соглашениях между странами и в которую входят Европейское региональное бюро ВОЗ и организации, являющиеся его партнерами. На каждом уровне стратегического руководства необходимо иметь механизмы, способные организовать и обеспечить совместные действия и подотчетность сектора здравоохранения и других секторов, государственных и частных субъектов и рядовых граждан, объединенных общей заинтересованностью в улучшении здоровья на равных условиях. На рисунке Р-16 показаны разные уровни влияния общественного мнения и подотчетности, отмечаемые в Регионе.

Во вставке Р-2 приведены основные требования, которым должны удовлетворять системы стратегического руководства в интересах здоровья для реализации стратегий по воздействию на социальные детерминанты здоровья.

Вставка Р-2

Основные требования, которым должны удовлетворять системы стратегического руководства в интересах здоровья для реализации стратегий по воздействию на социальные детерминанты здоровья

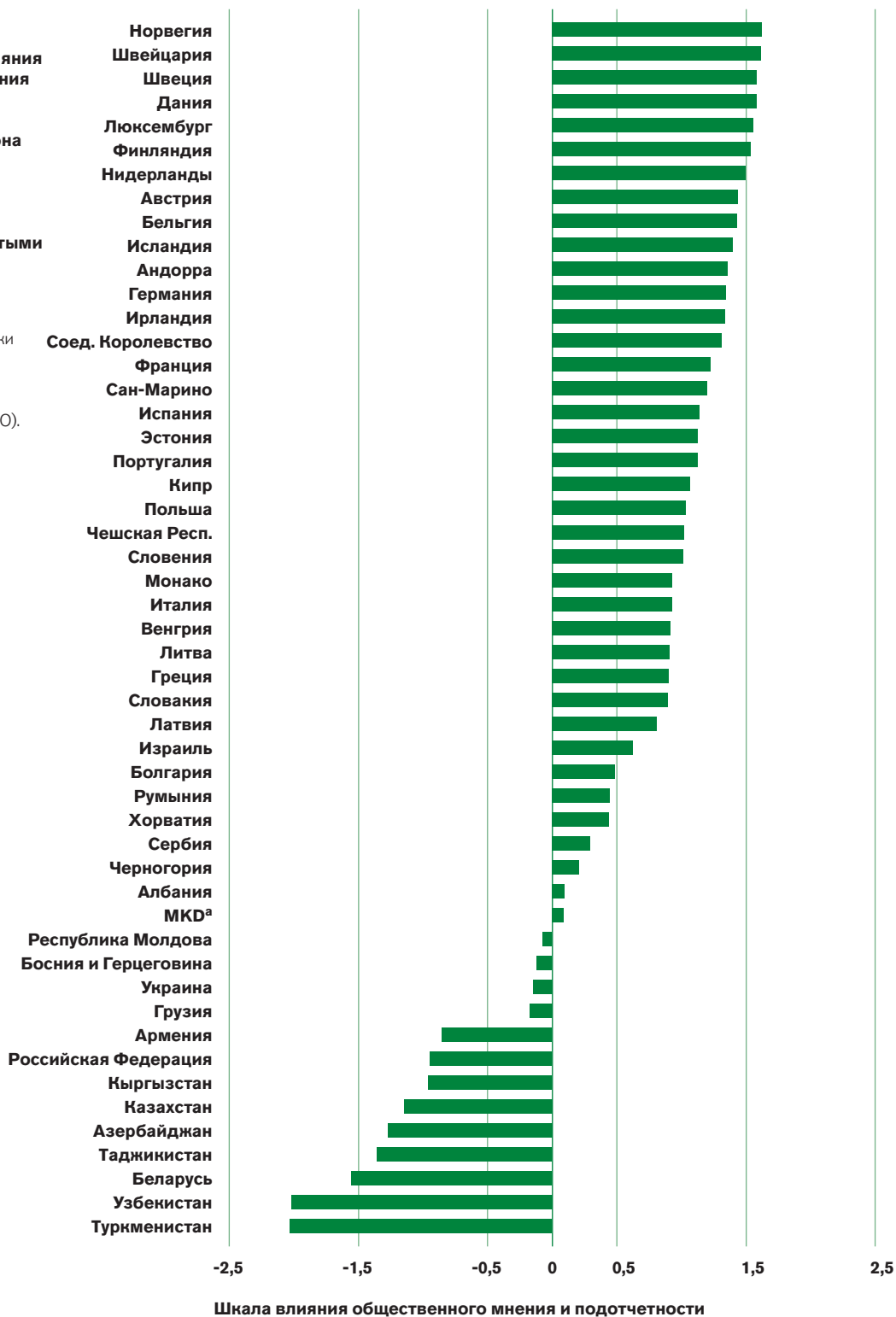
- Прочная политическая воля и приверженность на глобальном уровне, в масштабах страны и на местах
- Наличие транснациональных механизмов, содействующих укреплению здоровья и справедливости
- Механизмы подотчетности:
 - прозрачные
 - основанные на расширении прав и возможностей
- Соблюдение социальной справедливости в политике всех секторов
- Правильно выбранные рычаги и стимулы
- Институциональная готовность
- Сотрудничество и действия, иницилируемые ключевыми заинтересованными сторонами
- Подход, основанный на принципе соблюдения прав
- Вовлечение местных сообществ
 - Использование и укрепление их возможностей и ресурсов
- Работа на межсекторальном уровне и в рамках партнерств
 - Этот принцип должен быть включен в действующие системы управления и оценки эффективности

Рисунок Р-16

Баллы по шкале влияния общественного мнения и подотчетности в странах Европейского региона в соответствии с глобальными показателями стратегического руководства, принятыми Всемирным банком

^a MKD – сокращенное обозначение бывшей югославской Республики Македония согласно Международной организации по стандартизации (ИСО).

Источники:
The World Bank (36).



Одним из важных направлений действия является создание новых и усиление существующих инструментов и механизмов, позволяющих расширять права и возможности граждан и добиваться того, чтобы мнения и точки зрения, высказываемые в процессах принятия решений, более последовательно выражали аргументы справедливости. Расширение прав и возможностей людей включает содействие формированию гражданского общества, создание условий для образования объединений и свободное развитие политических и неполитических организаций.

Механизмы, обеспечивающие широкое участие заинтересованных сторон, такие как общественные комиссии, советы потребителей и методы планирования с участием местных общин, обладают потенциалом вовлекать в работу самых разнообразных партнеров, которых интересуют социальные детерминанты здоровья, и открывают новые способы повышения спроса с принимающих решения руководителей за их действия. Они также содействуют более активному участию различных слоев общества в политической жизни и способствуют более справедливому распределению ресурсов.

Рекомендация 4(b).

Разработать всесторонний, межсекторальный механизм учета долгосрочного характера профилактики и лечения нарушений здоровья на принципах справедливости в целях внесения устойчивых корректив в практику профилактики и лечения на основе принципов социальной справедливости в отношении здоровья.

Конкретные действия

Профилактика

Добиваться, чтобы действия по снижению предотвратимых угроз здоровью основывались на устранении существенных различий в подверженности угрозам как внутри стран, так и между ними. В этих целях:

- (i) сокращать вредное употребление алкоголя, например путем введения налога на алкогольные напитки, пропорционального содержанию спирта;
- (ii) инициировать более широкие меры по снижению содержания жиров, особенно транс-жирных кислот, в рационе и ограничивать рост потребления продуктов быстрого питания;
- (iii) принимать меры по сокращению курения в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака;
- (iv) поощрять физически активный образ жизни, уделять внимание потребностям по всему социальному градиенту.

Лечение

Уменьшить различия в доступе к высококачественным медико-санитарным услугам внутри стран и между ними путем принятия, в частности, следующих мер:

- (i) сделать системы медико-санитарной помощи более справедливыми: для создания прочного фундамента для устранения несправедливостей в отношении здоровья необходимо обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения;
- (ii) устранять финансовые, географические и культурные барьеры, мешающие пользованию услугами медико-санитарной помощи (такие как соплатежи) и обеспечить выделение достаточных ресурсов территориям, находящимся в неблагоприятном положении.

Стратегии

- (i) Добиваться того, чтобы стратегии, направленные на устранение несправедливостей внутри стран и между странами, в том числе несправедливостей, связанных с гендерной принадлежностью, включали решение следующих задач:
 - (1) разработать системы для адекватной оценки, планирования и осуществления действий,

направленных на сокращение несправедливых различий по показателям здоровья;

- (2) повысить потенциал систем общественного здравоохранения для сокращения несправедливых различий по показателям здоровья;

- (3) развить системы укрепления и защиты здоровья и профилактики болезней в целях обеспечения всеобщего охвата всех социальных групп услугами здравоохранения и увязать работу этих систем со стратегиями и программами, конкретно предусматривающими воздействие на детерминанты образа жизни и поведения;

- (4) повысить доступность и качество услуг медико-санитарной помощи;

- (5) обеспечить гарантии отсутствия негативных эффектов в связи с транснациональными соглашениями и нормами.

- (ii) Предоставить внешнюю поддержку усилиям по разработке и реализации таких стратегий в целях сокращения несправедливостей в странах, где они наименее развиты, включая ряд стран в центральной и восточной частях Региона.

- (iii) Обеспечить разумное соотношение между стратегиями, предусматривающими достижение результатов в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе, и между простыми и более сложными, комплексными вмешательствами. Конкретные направления действия включают:

- (1) стратегии, которые дают обществу, группам населения и гражданам больше возможностей для защиты от предотвратимых угроз, например регулировать и контролировать условия на месте работы и условия окружающей среды, потребление табака и алкоголя, состав пищевых продуктов, их наличие и цены, а также влиять на формирование общественных норм и ценностей;

- (2) разработку программ скрининга, доступных для всех, прежде всего для наиболее уязвимых и обездоленных, с целью выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и раннего выявления рака;

- (3) обеспечение полноценной реализации стратегий борьбы с инфекционными болезнями (такими как туберкулез и ВИЧ/СПИД), от которых несоразмерно чаще страдают социально неблагополучные и уязвимые группы, в том числе устранение причин уязвимости, преодоление гендерных несправедливостей и обеспечение адекватного и устойчивого доступа к услугам скрининга, диагностики и лечения.

- (iv) Осуществлять мониторинг и оценку влияния вышеперечисленных рекомендаций на справедливость в отношении здоровья населения в разбивке по полу, возрасту и двум-трем важнейшим социально-экономическим детерминантам.

Меры по улучшению здоровья населения в краткосрочной и среднесрочной перспективе можно предпринять уже сейчас, тогда как для достижения эффекта других мер потребуется больше времени. Поэтому достижение устойчивых и справедливых перемен в области профилактики и лечения нездоровья требует оптимального соотношения между стратегиями, имеющими краткосрочный, среднесрочный и долгосрочный эффект, а также между простыми и более сложными, комплексными вмешательствами.

Различия между странами

Достаточно качественные фактические данные показывают, что некоторые различия в состоянии здоровья населения между странами Региона отчасти связаны (а) с различиями в подверженности предотвратимым угрозам здоровью, которые являются результатом несправедливостей в отношении социальных детерминант здоровья и детерминант поведения и образа жизни, включая несправедливости в отношении подверженности таким факторам, как табак, алкоголь, нездоровое питание, повышенное кровяное давление, риск рака шейки матки, состояния, ведущие к дорожному травматизму, опасные или стрессовые условия работы и загрязнение воздуха, и (б) с различиями в доступности и качестве услуг медико-санитарной помощи.

Однако вклад этих факторов в разных странах и в разные периоды времени бывает разным. Например, чрезмерное употребление алкоголя играет относительно более важную роль как детерминанта плохого состояния здоровья населения в некоторых странах Центральной и Восточной Европы, тогда как курение, являющееся одной из главных детерминант несправедливостей в отношении здоровья на нижнем уровне причинно-следственных связей в северной и западной частях Региона, не представляет собой важной детерминанты несправедливостей в южной части Региона. Страны также различаются и по вкладу различий в доступе к качественной медико-санитарной помощи. Если в странах Северной, Западной и Южной Европы неадекватный доступ к действенной помощи может вносить лишь незначительный вклад в наблюдаемые несправедливости в отношении здоровья, то в восточной части Региона он чаще всего оказывает более сильное влияние на наблюдаемые там более широкие различия в смертности.

Фактические данные об этих разных вкладах служат важными исходными точками для разработки стратегий профилактики и лечения нездоровья с таким расчетом, чтобы уменьшить различия в показателях здоровья населения между странами. Можно назвать в этой связи две важные стратегии: (а) усиление мер по укреплению здоровья, охране здоровья и профилактике заболеваний в центральной и восточной

частях Региона и (б) реализация улучшений, позволяющих уменьшить различия в доступности и качестве медико-санитарных услуг.

Различия внутри стран

Подверженность предотвратимым угрозам здоровью, возникающая вследствие действия описанных выше социальных детерминант, вносит вклад в социально-экономические несправедливости в отношении здоровья внутри стран. Это можно наблюдать на примере уровней ожирения в зависимости от уровня образования (рис. Р-17). Вклад таких факторов риска для здоровья, как воздействие табачного дыма, нездоровое питание, недостаток физической активности и злоупотребление алкоголем, в странах Региона разный в силу местных социальных норм и ценностей и в зависимости от стадии, которой достигли эпидемии, связанные с поведением. Для принятия мер по решению этих проблем нужно правильно определить приоритеты в каждой стране и выбрать такие стратегии, которые охватывают решение вопросов справедливости. В тех случаях, когда имеются соответствующие стратегии и рамочные документы ВОЗ, они вполне могут служить основой для разработки таких мер.

Аналогичным образом, стратегии лечения, предусматривающие преодоление несправедливостей в отношении здоровья внутри стран, также должны быть адаптированы к национальным приоритетам и конкретным системам здравоохранения в соответствии с принципом справедливости и с учетом стремления к всеобщему охвату услугами лечения всего населения, но при этом ресурсы должны распределяться в соответствии с социальными потребностями и необходимостью обеспечить группы, живущие в неблагоприятных условиях.

Рисунок P-17

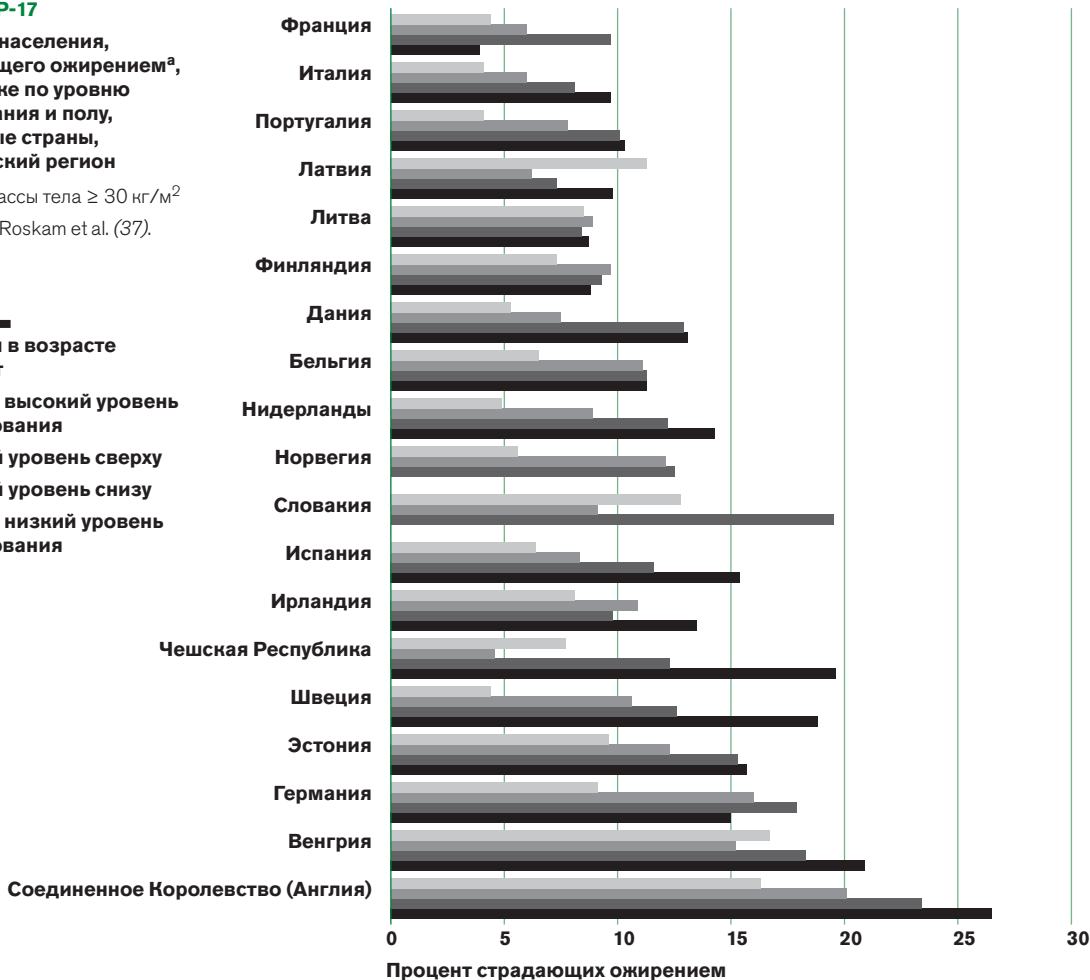
Процент населения, страдающего ожирением^a, в разбивке по уровню образования и полу, отдельные страны, Европейский регион

^aИндекс массы тела ≥ 30 кг/м²

Источник: Roskam et al. (37).

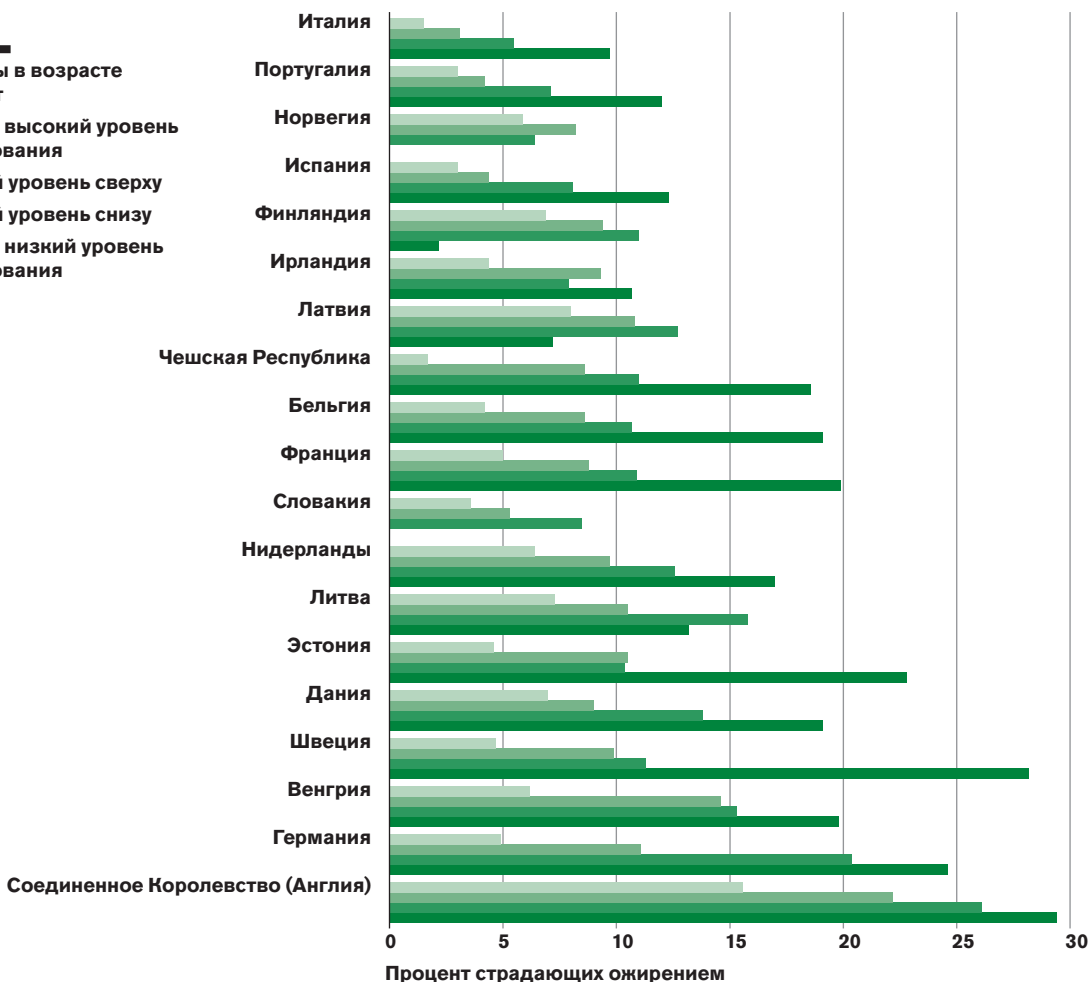
Мужчины в возрасте 25–44 лет

- Самый высокий уровень образования
- Второй уровень сверху
- Второй уровень снизу
- Самый низкий уровень образования



Женщины в возрасте 25–44 лет

- Самый высокий уровень образования
- Второй уровень сверху
- Второй уровень снизу
- Самый низкий уровень образования



Рекомендация 4(с).

Организовать регулярную отчетность и общественное рассмотрение вопросов несправедливости в отношении здоровья и его социальных детерминант на всех уровнях стратегического руководства, включая международный, страновой и местный уровни.

Конкретные действия

(i) Во всех странах принять четкие стратегии, основанные на местных фактических данных, по исправлению существующих условий и уменьшению масштабов несправедливостей в отношении здоровья путем воздействия на его социальные детерминанты.

(ii) Включать в эти стратегии мониторинг как социальных детерминант здоровья на всех этапах жизни, так и социального и географического распределения показателей здоровья.

(iii) Периодически проводить критический обзор этих стратегий на всех уровнях стратегического руководства, включающий углубленные аналитические описания масштабов и тенденций в несправедливости в отношении здоровья и главных детерминант, их порождающих:

- (1) в каждой стране незамедлительно начать процесс пересмотра стратегий на основе имеющейся информации;
- (2) обеспечить прогрессивное поступление необходимых для этого данных – как для отслеживания тенденций, так и для оценки того, какие меры являются наиболее действенными;
- (3) разработать минимальные стандартные требования к таким данным, с участием транснациональных организаций, которые осуществляют их сбор или систематизацию.

(iv) Государства-члены должны регулярно направлять в ВОЗ отчеты о результатах пересмотра стратегий для обсуждения на региональных совещаниях.

Для улучшения здоровья и справедливости в отношении здоровья требуется подход, основанный на фактических данных и новейшей информации. Важнейшим элементом подхода к повышению справедливости в отношении здоровья с позиции социальных детерминант является система мониторинга, которая снабжает лиц, вырабатывающих политику, и другие заинтересованные стороны информацией о тенденциях в итоговых показателях здоровья и их распределении, о факторах риска, профилактике и лечении нездоровья и о его детерминантах.

Одна из функций системы мониторинга заключается в том, чтобы дать возможность заинтересованным сторонам оценивать воздействие стратегий и вмешательств и определять, насколько справедли-

во распределяются их положительные эффекты и способствуют долгой и здоровой жизни для всех. Однако временные задержки между стратегическими вмешательствами и проявлением их положительного воздействия на состояние здоровья, а также трудности отнесения того или иного положительного эффекта на счет конкретных стратегических вмешательств не позволяют опираться исключительно на итоговые показатели, а требуют использования показателей, характеризующих процесс и производимые промежуточные результаты. Тем не менее, данные, характеризующие итоговые показатели, являются необходимыми и, в конечном счете, решающими критериями.

Хотя показатели процесса, промежуточных и итоговых результатов необходимы, их одних недостаточно, чтобы определять содержание политики. Нужны действенные механизмы, дающие возможность гражданам и группам, на которых нацелена политика, быть услышанными и полноценно участвовать в принятии решений, затрагивающих их жизнь.

Действенная система мониторинга чрезвычайно важна при установлении целевых ориентиров, которые определяются как желательные цели. В конечном счете цели любого подхода, ориентированного на достижение справедливости в отношении здоровья, заключаются в улучшении итоговых показателей здоровья, благодаря чему статус здоровья всех групп повышается до самого высокого уровня в обществе. На сегодняшний день главными трудностями в установлении целевых ориентиров и мониторинге прогресса в преодолении социальных несправедливостей в отношении здоровья, а в более широком смысле – в изменении социальных детерминант здоровья являются в Регионе отсутствие достоверных

Рисунок P-18
Система индикаторов

Источник: Marmot Review Team (38).



данных и великое множество имеющихся, но не стандартизированных данных. Европейское законодательство о качестве и защите данных, включая соответствующие директивы Европейского союза, должно облегчать мониторинг, а не мешать его ведению.

Установление целевых ориентиров в отношении справедливости должно быть результатом политического процесса, в котором участвуют все заинтересованные стороны. Однако для целевых ориентиров нужна система мониторинга, которой сопутствуют данные достаточно хорошего качества, сопоставимые в разных отрезках времени и поддающиеся дезагрегации, чтобы можно было реально оценивать прогресс в достижении целевого ориентира. На рис. Р-18 показана используемая для этого циклическая схема. Она предназначена для того, чтобы обеспечить правильную последовательность этапов установления целевых ориентиров, разработки стратегических вмешательств, их реализации и последующей критической оценки в свете результатов мониторинга.

Выводы

В Европейском регионе широко распространены и стойко сохраняются проявления социальной несправедливости в отношении здоровья. Несправедливые различия, существующие как между странами, так и внутри них, порождаются несправедливостью в распределении власти, денег и ресурсов. Они необоснованны и неправомерны, и их преодоление должно быть задачей первостепенной важности на всех уровнях стратегического руководства в Регионе.

Нужны действия в отношении социальных детерминант здоровья – действия на всех этапах жизни, в более широких социально-экономических сферах и в целях защиты будущих поколений. Приданию политической приоритетности делу улучшения здоровья и уменьшения несправедливостей в отношении его социальных детерминант помогают подходы с позиции прав человека.

Экономический кризис в Европе и принимаемые в связи с ним ответные меры оказали негативное влияние на социальные детерминанты здоровья. Принятие мер с целью уменьшения несправедливостей в отношении социальных детерминант здоровья позволило бы одновременно улучшить перспективы здоровья и получить выгоды в более широком социальном плане, дающие людям возможность реализовать свои способности.

Страны могут использовать принцип обеспечения справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях как важное обязательство, которым должны определяться дальнейшие действия по уменьшению несправедливостей в отношении здоровья, воздействию на его социальные детерминанты и снижению тенденции к увековечению несправедливости. Тем не менее, нужны также и

новые системы стратегического руководства и реализации. Они должны действовать на всех уровнях стратегического руководства и вовлекать все общество и все органы государственного управления. Они должны давать гражданам, группам и сообществам людей реальное право решающего голоса в принятии решений, которые затрагивают их жизнь.

Рекомендуется, чтобы во всех странах Региона уменьшение несправедливостей в отношении здоровья стало одним из главных критериев, используемых для оценки деятельности системы здравоохранения и деятельности государственных органов в целом. Оно также должно быть одним из главных критериев оценки деятельности ВОЗ в Регионе.

Рекомендуется, чтобы во всех 53 странах Региона были приняты четкие стратегии, направленные на исправление сложившейся ситуации и сокращение масштабов несправедливости в отношении здоровья путем воздействия на его социальные детерминанты. Странам следует регулярно проводить критические оценки этих стратегий. Результаты оценок должны доводиться до сведения ВОЗ и периодически обсуждаться на региональных совещаниях.

Общепризнанно, что европейские страны находятся на весьма разных исходных позициях по уровню здоровья, справедливости в отношении здоровья и социально-экономического развития. Для некоторых стран Региона задачи, которые ставятся в этих рекомендациях, служат скорее перспективными ориентирами, к которым нужно стремиться. Хотя это может ограничивать пределы возможного в краткосрочной перспективе и сроки решения отдельных проблем, на долгосрочные замыслы стратегии это влиять не должно. Необходимо выработать и осуществить постепенные шаги в направлении реализации этих смелых целей, охватывающие все этапы жизни (проблема повторения несправедливости из поколения в поколение, раннее детство, трудоспособный возраст и старость), более широкие социальные влияния (социальная защита, местные сообщества и социальное отчуждение), более широкий контекст (экономика, устойчивость и окружающая среда), а также системы, необходимые для реализации намеченных целей (стратегическое руководство в интересах здоровья, профилактика, лечение, доказательная база и мониторинг).

В данном обзоре собраны достоверные и убедительные фактические данные о том, что нужно делать и каким образом. Очень важно, чтобы страны в Регионе действовали сообща и использовали эти фактические данные в качестве основы для разработки стратегий, которые приведут к улучшению здоровья для всего населения, чтобы таким образом уменьшить различия в отношении здоровья как внутри стран, так и между странами.

Библиография

1. *Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 15 июля 2013 г.)
2. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья: заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html, по состоянию на 15 июля 2013 г.)
3. Европейская база данных "Здоровье для всех" [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 (http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html, по состоянию на 15 июля 2013 г.)
4. Livslängden i Sverige 2001–2010. *Livslängdstabeller för riket och länen [Ожидаемая продолжительность жизни в Швеции, 2001–2010. Таблицы дожития для страны в целом и по провинциям]*. Stockholm, Statistics Sweden, 2011 (Demografiska rapporter [Демографические доклады] 2011:2; http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0701_2001110_BR_BE51BR1102.pdf, по состоянию на 15 июля 2013 г.)
5. Sen A. *Development as freedom*. New York, Alfred A. Knopf, 1999. Сен А. Развитие как свобода / Пер. с англ., М.: Новое издательство, 2004.
6. Venkatapuram S. *Health justice*. Cambridge, Polity, 2011.
7. *Здоровье-2020: основы политики и стратегия*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/170687/RC62wd08-Rus.pdf, по состоянию на 15 июля 2013 г.)
8. Bradshaw J. *Social exclusion, disadvantage & vulnerability task group background paper 3: child poverty in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
9. *The state of the world's children 2007*. New York, UNICEF, 2007.
10. European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU–SILC) [online database]. Luxembourg, Eurostat, 2013 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc, accessed 15 July 2013).
11. Emerging challenges for children in eastern Europe and central Asia. Multiple indicator cluster survey in 12 countries [online database]. Geneva, UNICEF, 2008 (<http://www.micsinfo.org/home.aspx>, accessed 15 July 2013).
12. Bradshaw J, Mayhew E, Alexander G. *Minimum social protection for families with children in the CEE/CIS countries in 2009: a report for UNICEF*. York, University of York, Social Policy Research Unit, 2010.
13. *Innocenti social monitor 2009. Child well-being at a crossroads: evolving challenges in central and eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2009.
14. Siegrist J, Roskam E, Leka S. *Report of task group 2: employment and working conditions including occupation, unemployment and migrant workers*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
15. Wahrendorf M, Dragano N, Siegrist J. Social position, work stress, and retirement intentions: a study with older employees from 11 European countries. *European Sociological Review*, 2012, DOI: 10.1093/esr/jcs058.
16. Survey of health, ageing and retirement in Europe [web site]. Munich, Research Unit SHARE, 2012 (<http://www.share-project.org>, accessed 15 July 2013).
17. Unemployment rate by sex and age groups – annual average, % [online database]. Brussels, Eurostat, 2011 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=une_rt_a&lang=en, accessed 15 July 2013).
18. TransMonEE [online database]. Geneva, TransMonEE, 2004–2013 (<http://www.transmonee.org/>, accessed 15 July 2013).
19. Healthy life years and life expectancy at birth, by gender [online database]. Brussels, Eurostat, 2012 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TSDPH100, accessed 15 July 2013).
20. Social protection floor initiative [web site]. Geneva, Social Protection Floor Work Group, International Labour Organization, 2010 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/spfibrochure-en.pdf>, accessed 15 July 2013).
21. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*, 2010, 340:3311.
22. *Environment and health risks: a review of the influence and effects of social inequalities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/78069/E93670.pdf, accessed 15 July 2013).
23. *2010 EPHA briefing on health inequalities*. Brussels, European Public Health Alliance, 2010.
24. Putnam RD. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1993.
25. *Социальные и гендерные неравенства в отношении окружающей среды и здоровья*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/76522/Parma_EH_Conf_pb1_rus.pdf, по состоянию на 15 июля 2013 г.)
26. CEU Center for Environmental Policy and Law, Health and Environment Alliance and Coalition for Environmental Justice. *Making the case for environmental justice in central and eastern Europe*. Brussels, Health and Environment Alliance, 2007.
27. *Health and environment in Europe: progress assessment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/96463/E93556.pdf, accessed 15 July 2013).
28. *Access to improved sanitation and wastewater treatment*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/96957/1.3-Access-to-improved-sanitation-and-wastewater-treatment-EDITED_layouted.pdf, accessed 15 July 2013).
29. Castro JE. *Water, power and citizenship: social struggle in the Basin of Mexico*. Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2006.
30. Braubach M, Jacobs DE, Ormandy D. *Environmental burden of disease associated with inadequate housing*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf, accessed 15 July 2013).
31. Supplementary indicators to unemployment by sex and nationality – annual average [online database]. Brussels, Eurostat, 2013 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ifsi_sup_nat_a&lang=en, accessed 15 July 2013).
32. Kentikelenis A. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 2011, 378:1457–1458.
33. *Governance and delivery mechanisms task group report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
34. Olshanskaya M. *Overheated: two decades of energy transition in the former Soviet Union*. New York, United Nations Development Programme, 2009.
35. Kickbusch I, Gleicher D. *Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rinfDoc06.pdf, по состоянию на 5 августа 2013 г.)
36. *The Worldwide Governance Indicators, 2011 update*. Washington, DC, The World Bank, 2011 (<http://www.govindicators.org>, accessed 15 July 2013).
37. Roskam AJ et al. Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39:392–404.
38. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*. London, Marmot Review Team, 2010 (www.instituteofhealthequity.org, accessed 15 July 2013).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и 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.

**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

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

