



Промежуточный отчет о
социальных детерминантах и
различиях по показателям здоровья
в Европейском регионе ВОЗ



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Промежуточный отчет о социальных детерминантах и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ –

Исполнительное резюме

**Европейский обзор социальных детерминант
и различий по показателям здоровья**

Председатель: сэр Майкл Мармот
Отчет подготовлен сэром Майклом Мармотом и его командой

7 сентября 2010 г.



Резюме

Хотя все большее количество людей получает возможность для улучшения здоровья, существует значительное неравенство в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ – как внутри отдельных стран, так и при сравнении между ними. Такого неравенства можно избежать, и оно обуславливает значительные потери как человеческих жизней, так и материальных ценностей. Если не предпринять срочных мер, разрыв между странами будет увеличиваться. Европейское региональное бюро ВОЗ поручило провести в период с июля 2010 г. по сентябрь 2012 г. региональный обзор различий по показателям здоровья и неравенства в отношении здоровья. На первом этапе обзора проводится оценка уровней неравенства в отношении здоровья внутри стран и между странами Европы и выявляются препятствия и возможности для сокращения этого неравенства. Заключительный отчет об этом этапе будет готов в декабре 2010 г. Промежуточный отчет, резюме которого предлагается в настоящем документе, подготовлен для обсуждения в сентябре 2010 г. В данном промежуточном отчете также описываются последующие этапы и содержание остальной части обзора.

Keywords

HEALTH STATUS DISPARITIES
SOCIOECONOMIC FACTORS
SOCIAL JUSTICE
HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY
HEALTH POLICY / trends
HEALTH SURVEYS
EUROPE

Под редакцией Дэвида Бройера

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 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.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	<i>Страница</i>
Основные тезисы	1
Введение	2
A: Различия по показателям здоровья в Европе.....	6
Ожидаемая продолжительность жизни	6
Возрастные структуры.....	11
Географические различия внутри стран.....	13
Показатели здоровья.....	14
B: Социальные детерминанты неравенств в отношении здоровья	16
Социальные и экономические различия	16
Здоровье и социальные детерминанты.....	21
Неравенство в отношении здоровья между людьми, обусловленное их личными обстоятельствами.....	23
C: Что можно сделать?.....	27
Системы, необходимые для принятия мер.....	27
Экономические силы	29
Различия между странами и специфические условия в странах	30
Оценка показателей и мониторинг	31
D. Каковы следующие этапы в проведении обзора?	33
Специальные рабочие группы	33
Структура Европейского обзора социальных детерминант и различий по показателям здоровья	34
Проект графика работ	36
Библиография.....	37

Основные тезисы

1. Значительное неравенство в отношении здоровья существует как внутри отдельных стран Европейского региона ВОЗ, так и при сравнении между ними. Факты говорят о том, что этого неравенства стоит избегать разумными средствами. Необходимо предпринимать меры, поскольку такое неравенство обуславливает значительные потери как человеческих жизней, так и материальных ценностей.
2. Если не предпринять срочных мер, разрыв между странами и внутри стран будет увеличиваться. Эти меры должны быть систематическими и постоянными; особенно важно предпринять такие меры для реагирования на глобальный финансовый кризис, что должно включать распределение ресурсов и выработку новой политики здравоохранения для Европейского региона.
3. Чем ниже социальное положение человека, тем хуже его здоровье. Каждый человек, за исключением тех, кто находится на самом вершине, страдает в той или иной степени от неравенства в отношении здоровья.
4. Неравенство в отношении здоровья возникает вследствие неравенства в социальных детерминантах здоровья, таких как социальная политика и социальные программы, экономические меры и качество государственного управления. Это, в свою очередь, приводит к неравенству в отношении того, какую жизнь люди имеют возможность прожить: различаются условия раннего периода жизни, возможности получения образования, условия труда и наличие работы, уровни и распределение доходов, условия жизни в общинах, функционирование общественного здоровья и систем здравоохранения.
5. Для сокращения неравенства в отношении здоровья необходимо принимать меры во всех основных правительственных ведомствах. Роль министерств здравоохранения является ключевой и для обеспечения вклада системы здравоохранения в решение проблемы, и для отстаивания создания равных возможностей в отношении здоровья при разработке планов развития и политических мер и при деятельности агентов других секторов. Сама по себе система здравоохранения не может сократить неравенство в отношении здоровья.
6. Для реализации потенциала Региона по обеспечению здоровья для всех необходимо увеличить масштабы и добиться системности действий, нацеленных на социальные детерминанты здоровья и уменьшение неравенства в отношении здоровья. Настоящий обзор будет положен в основу формирования политики ВОЗ "Здоровье-2020", направленной на достижение этой цели, поскольку:
 - в нем в общих чертах представлены имеющиеся знания и фактические данные и содержатся предложения о конкретных мерах на уровне Региона и отдельных стран, а также на местном уровне;
 - он способствует повышению уровня информированности и потенциала, необходимого для достижения желаемого результата и
 - в нем за основу берется обязательство ВОЗ, ее партнеров и государств-членов в Европейском регионе всячески повышать осведомленность и активизировать действия в отношении социальных детерминант.

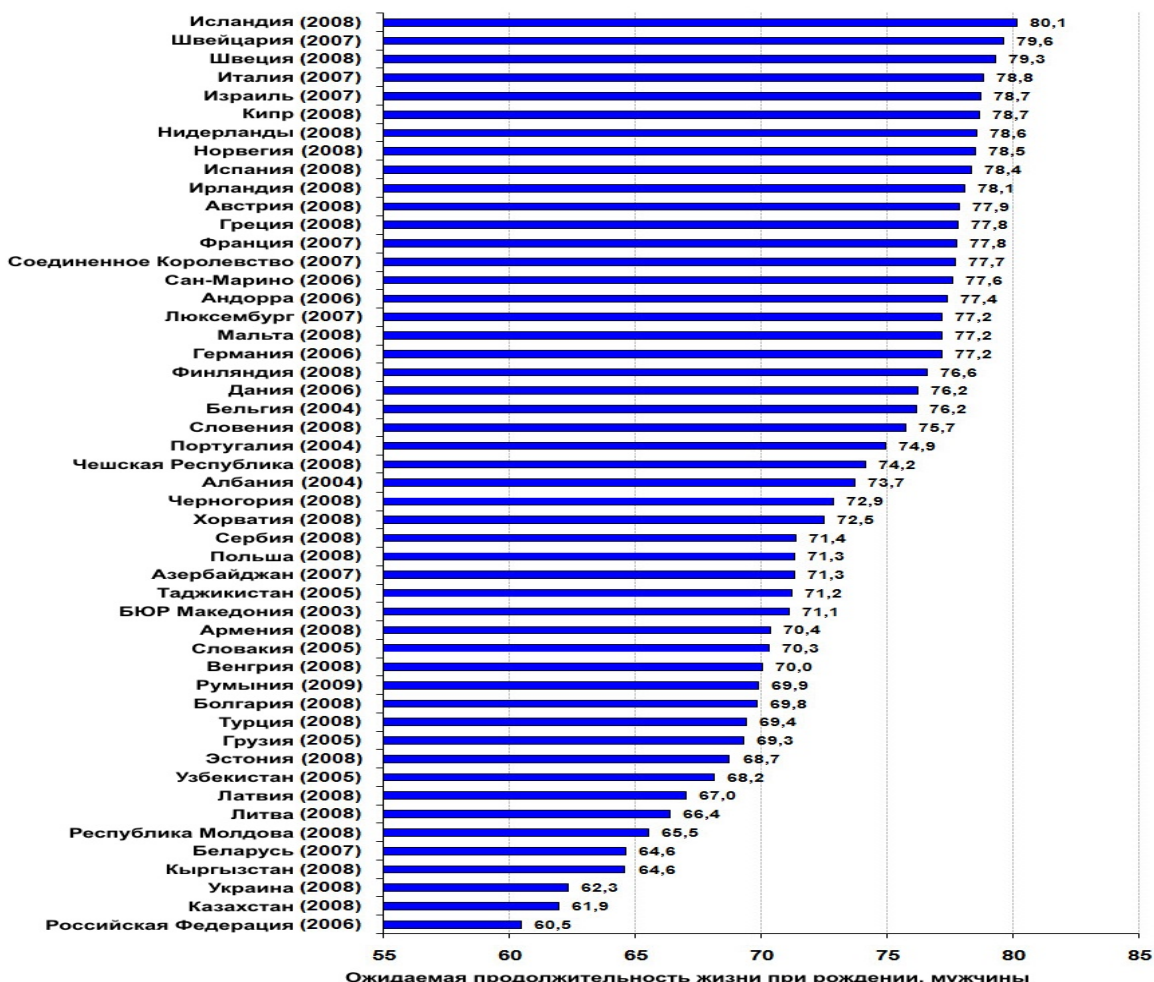
Введение

Европейское региональное бюро поручило провести в период с июля 2010 г. по сентябрь 2012 г. обзор различий по показателям здоровья и неравенств в отношении здоровья в Европейском регионе. Этот обзор позволит получить научные фактические данные и определить рамки будущих действий, которые будут включены в разрабатываемую Европейскую политику ВОЗ в области здравоохранения (политику "Здоровье–2020"). На первом этапе обзора проводится оценка уровней неравенства в отношении здоровья внутри стран и между странами Европы. В ходе этого этапа выявляются препятствия и возможности для снижения этого неравенства. Заключительный отчет об этом этапе будет готов в декабре. Промежуточный же отчет, резюме которого предлагается в настоящем документе, уже подготовлен для обсуждения в сентябре 2010 г. В данном промежуточном отчете также описываются последующие этапы и содержание остальной части обзора.

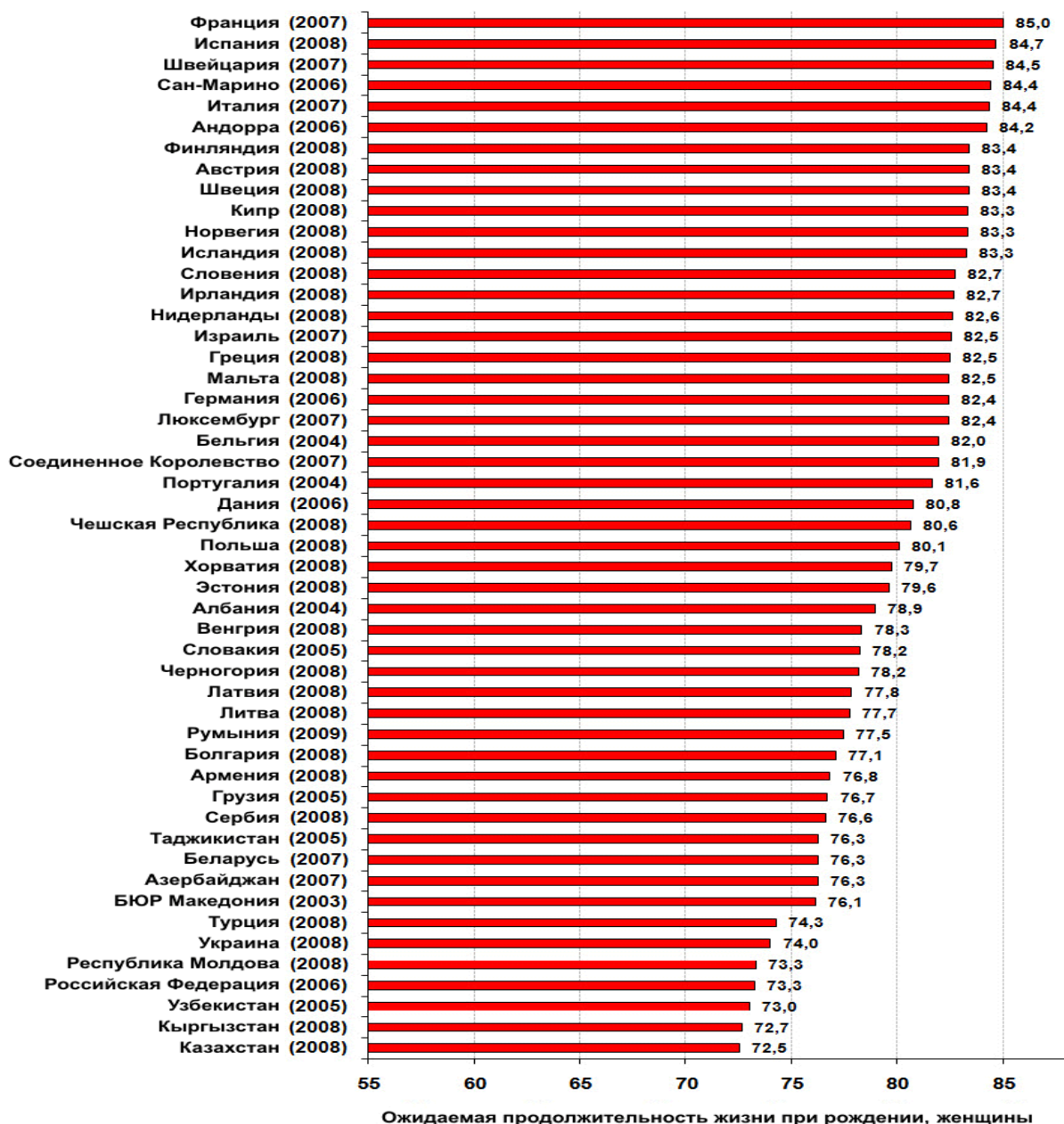
Хотя у многих жителей Европы состояние здоровья и улучшилось, в Регионе по-прежнему сохраняются значительные проявления неравенства, и в первую очередь это разница в ожидаемой продолжительности жизни между странами Региона, которая, как показано на рисунке 1, составляет примерно 22 года у мужчин и немного меньше у женщин – 18 лет.

Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Европейском регионе ВОЗ, с разбивкой по полу и по странам, 2008 г.

а) Мужчины



б) Женщины



БЮР Македония: Бывшая югославская республика Македония

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» [база данных онлайн].(2010). (1)

Эти различия между странами и по гендерному признаку являются следствием ухудшения показателей смертности, особенно у мужчин, в одних странах и неуклонного улучшения показателей у обоих полов в других странах. Более подробно это описывается в разделе А данного резюме.

В тех случаях, когда имеются данные о ситуации в отдельных странах, становится очевидной четкая градация показателей здоровья в зависимости от таких социальных факторов, как доход, образование, социальное положение и занятость. Социальные факторы, которые определяют состояние здоровья в Регионе в целом и в отдельных странах, называются социальными детерминантами здоровья. (2) Фактические данные свидетельствуют о том, что ключевыми детерминантами неравенства в отношении здоровья являются условия жизни в детстве, образование, занятость, качество условий

труда, адекватность социальной защиты и доходов и типы мест и общин, в которых живут люди. (2) Большое значение для здоровья и успеха усилий по уменьшению неравенства имеют также наделение людей большими политическими правами и возможностями, справедливость и права человека. Между тем всё вышеперечисленное определяется действием экономических сил на местном, региональном и глобальном уровнях.

Появляется все больше данных, свидетельствующих о том, что воздействие, которое оказывают изменение климата и меры по его смягчению на здоровье и социальные аспекты жизни людей, имеет социальный градиент и, по всей вероятности, будет усугублять неравенств в отношении здоровья в Европе. На рисунке 2 представлена концептуальная схема, разработанная Комиссией по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) (2). Эта схема отражает значимость общих социально-экономических, политических и культурных условий и социального положения конкретного человека, а также важность систем здравоохранения и поведения людей по отношению к собственному здоровью для формирования картины распределения здоровья и благосостояния.

Рисунок 2. Концептуальная рамочная схема, разработанная КСДЗ



Источник: КСДЗ (2)

В обзоре будут использованы самые полные и достоверные фактические данные, касающиеся Европейского региона, и на их основе будут предложены действенные меры вмешательства, схемы управления на высшем административном уровне и стратегии на региональном, национальном и местном уровнях, которые позволят уменьшить неравенство в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты. Одна из главных целей обзора также состоит в том, чтобы поддержать и ускорить развитие знаний, потенциала и государственного руководства в вопросах справедливости в отношении здоровья в Регионе. Внутри стран и между странами сегодня наблюдается неодинаковый прогресс в определении масштаба этой проблемы, в воплощении фактических данных в практические действия и в осуществлении мер в таких

масштабах, в таких размерах и с такой интенсивностью, которые нужны для того, чтобы они давали эффект. Различия эти наблюдаются даже между странами, имеющими сходные условия развития и системы государственного управления.

Результаты обзора будут положены в основу более широкой программы ВОЗ, в которой изложена европейская повестка дня в области здравоохранения на период до 2020 г. и далее. Эта программа основывается на уже принятых обязательствах, таких, например, как резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 62.14 об уменьшении несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья, в которой выражается поддержка выводов и рекомендаций, сделанных Комиссией по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ). В программе используется опыт проходящих в Европейском регионе процессов и мероприятий, осуществляемых ВОЗ и ее партнерами, в частности, процесс реализации Таллиннской хартии по системам здравоохранения (3), Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРТ) (4), и резолюции ЕС "Солидарность в вопросах здоровья".

А: Различия по показателям здоровья в Европе

При проведении обзора и включении его результатов в разработку политики в области здравоохранения на период до 2020 г. требуется оценить фактические данные, подтверждающие различия в отношении здоровья и их социальные детерминанты в Европейском регионе. В данном разделе промежуточного отчета описываются различия в показателях здоровья, существующие между странами и субрегионами Европейского региона ВОЗ. В нем описывается их связь с такими факторами, как возраст и пол. В разделе В приведена оценка фактических данных, касающихся социальных детерминант и здоровья в странах и между странами.

Ожидаемая продолжительность жизни

Ожидаемая продолжительность жизни в бывших коммунистических странах Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) и Содружества Независимых Государств (СНГ)¹ в среднем ниже, чем в Западной Европе. Это показано на рисунке 1. По последним данным, взятым из базы данных ВОЗ "Здоровье для всех" (1), ожидаемая продолжительность жизни при рождении в "новых" странах ЕС на 5,6 лет меньше по сравнению со "старыми" странами ЕС. В странах СНГ и Грузии это различие составляет 12,5 лет. В каждой из этих групп стран продолжительность жизни различается между странами и по гендерному признаку, причем между странами в этих различных группах наблюдается лишь незначительное совпадение показателей. У мужчин продолжительность жизни в странах СНГ колеблется от 59 до 67 лет, в странах ЦВЕ, вступивших в ЕС – от 66 до 75 лет, а в остальных странах ЕС – от 76 до 79 лет. У женщин соответствующие диапазоны значений составили от 67 до 76 лет, от 77 до 82 лет и от 81 до 85 лет. В странах ЦВЕ, не входящих в ЕС, диапазоны значений равны 71-73 лет у мужчин и 76 -79 лет у женщин, соответственно, т.е. в пределах показателей для стран ЦВЕ, являющихся членами ЕС.

С течением времени эти различия между Востоком и Западом в Европе претерпевали изменения. (5) В период сразу после окончания Второй мировой войны и до 60-х годов прошлого века ситуация со смертностью на Востоке существенно улучшилась, главным образом благодаря борьбе с инфекционными заболеваниями и улучшением гигиены и жилищных условий. В результате этого ожидаемая продолжительность жизни в ЦВЕ/СНГ в 60-х годах прошлого века была лишь немногим ниже, чем в Западной Европе. В период между началом 70-х и концом 80-х годов прошлого века продолжительность жизни в Западной Европе продолжала расти, тогда как в странах ЦВЕ/СНГ она стабилизировалась или снизилась, главным образом из-за роста уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). (6) Это привело к расширению разрыва в продолжительности жизни между Востоком и Западом. (5)

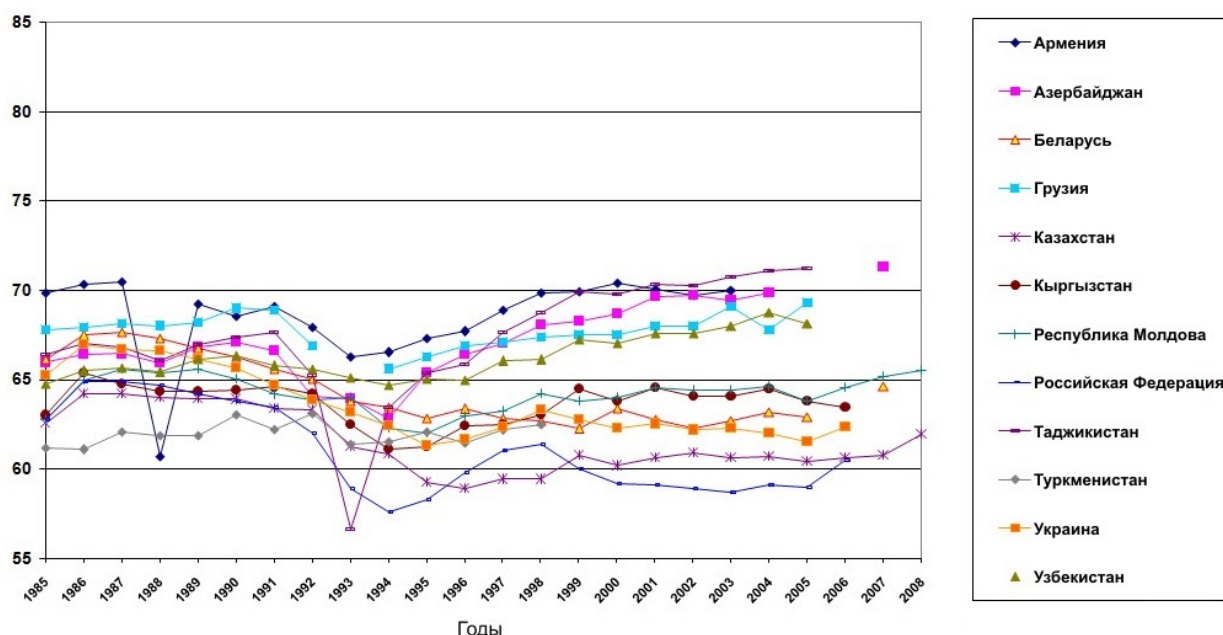
После падения коммунизма в 1989 году, которое привело к глубоким переменам в обществе, в странах ЦВЕ и СНГ проявились отмеченные выше различия в продолжительности жизни. (5,7,8) В то время как в остальной Европе сохранялся рост продолжительности жизни, в ЦВЕ и СНГ, как это видно на рисунке 3, наблюдалась совершенно иная картина. Первоначально тенденции в ЦВЕ характеризовались ровной линией у мужчин, но с 1990 года продолжительность жизни в большинстве стран

¹ В СНГ на момент сбора данных входили Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина.

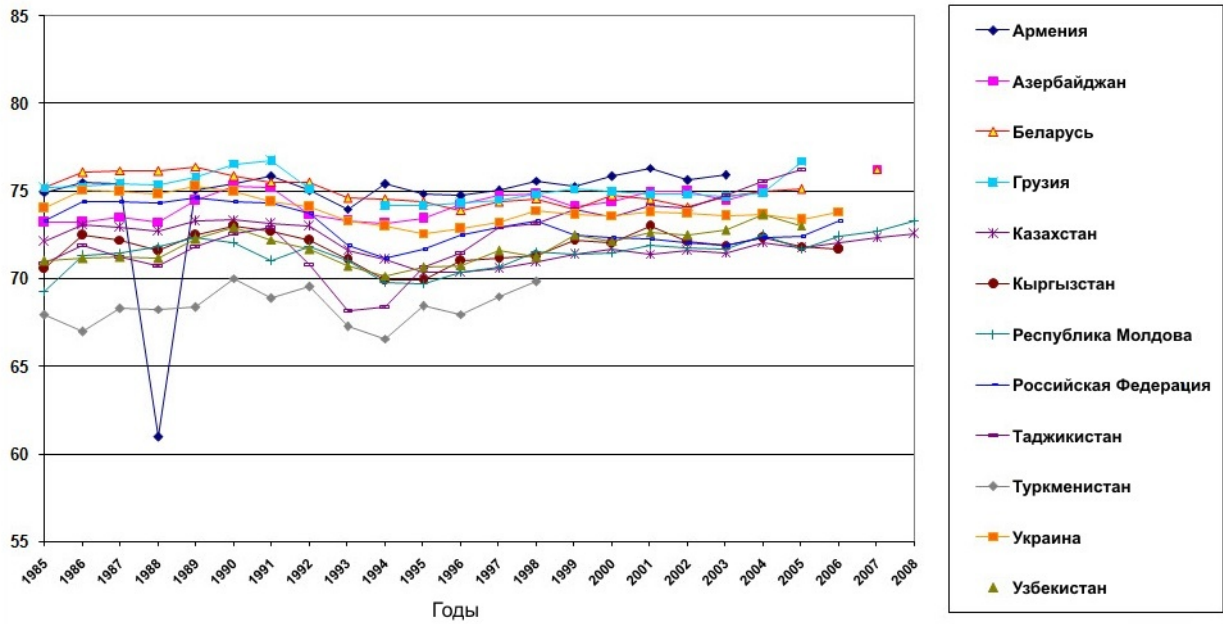
возрастает и у мужчин, и у женщин, хотя и на более низком уровне, чем в большинстве стран Западной Европы. Тем не менее, различие в продолжительность жизни у мужчин между странами ЦВЕ – около 10 лет – остается более существенным, чем у женщин – около 7 лет. В СНГ наблюдается более драматичная картина: за незначительными улучшениями в конце 80-х годов прошлого века последовало резкое снижение продолжительности жизни в начале 90-х годов. После кратковременных улучшений в 1995-98 гг. продолжительность жизни снова упала после 1998 года и выровнялась только лишь в середине 2000-х годов, когда различия между странами в продолжительности жизни у мужчин составляли около 12 лет, а у женщин – около 5 лет. Это привело к тому, что продолжительность жизни в СНГ ниже, чем в ЦВЕ и других частях Европы. В частности, как показано на рисунке 1, в семи странах СНГ у мужчин она остается на уровне 65 лет и ниже.

Рисунок 3. Тенденции в ожидаемой продолжительности жизни по странам Европейского региона ВОЗ, 1985-2008 гг.

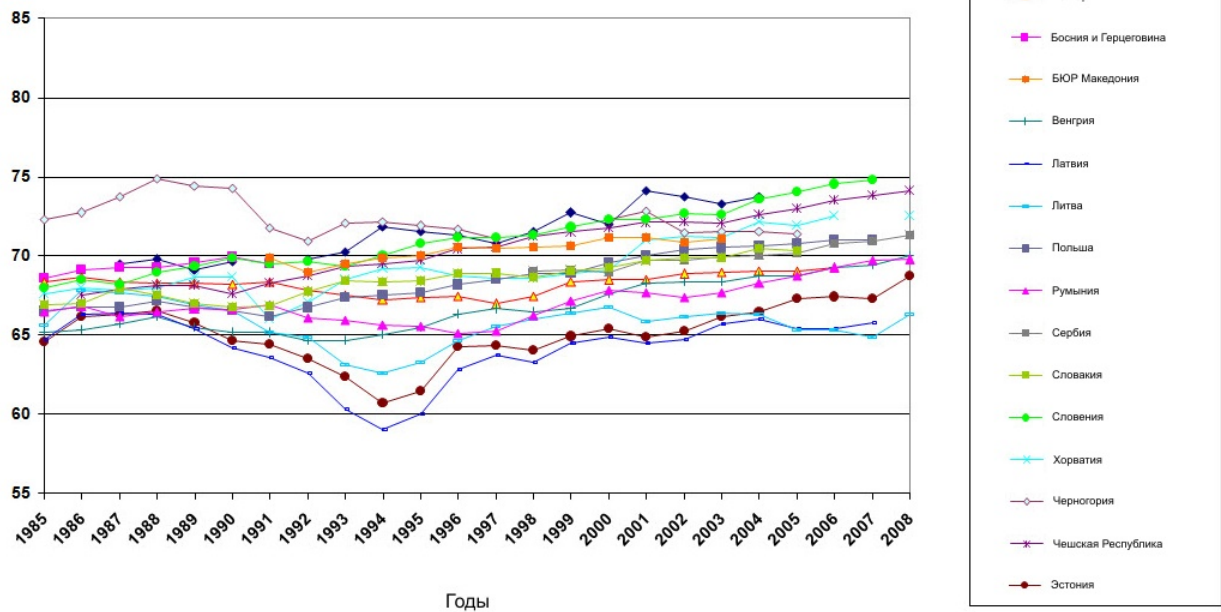
Ожидаемая продолжительность жизни у мужчин, СНГ



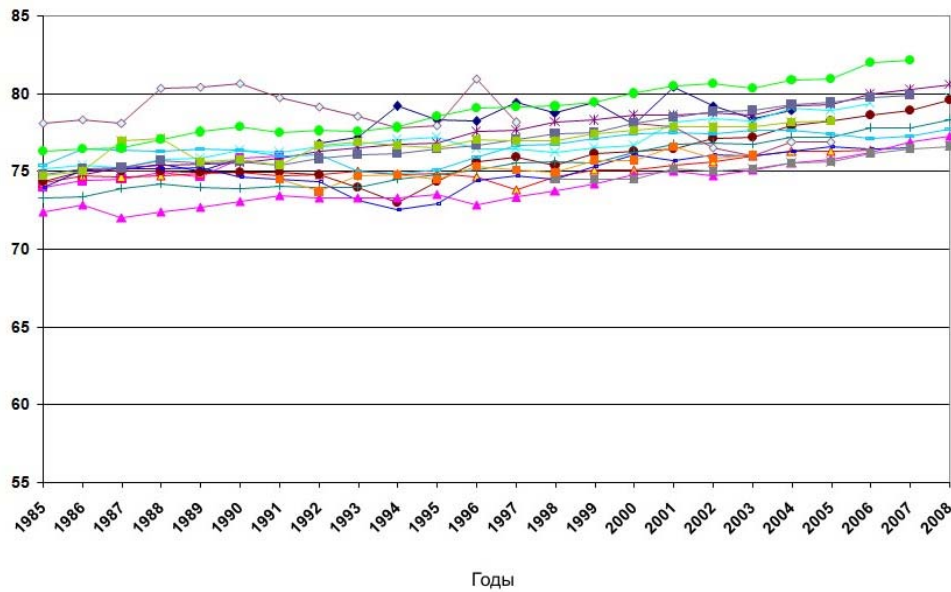
Ожидаемая продолжительность жизни у женщин, СНГ



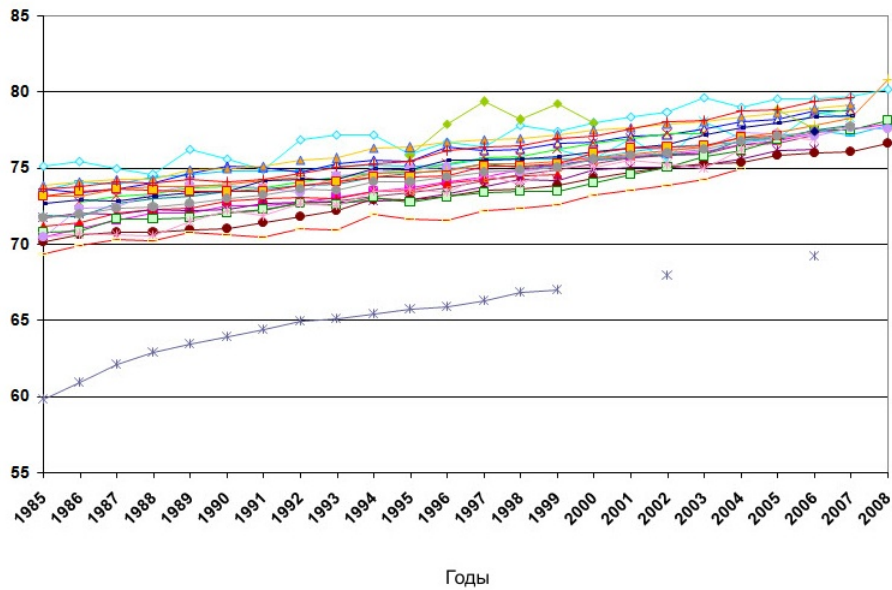
Ожидаемая продолжительность жизни у мужчин, Центральная и Восточная Европа



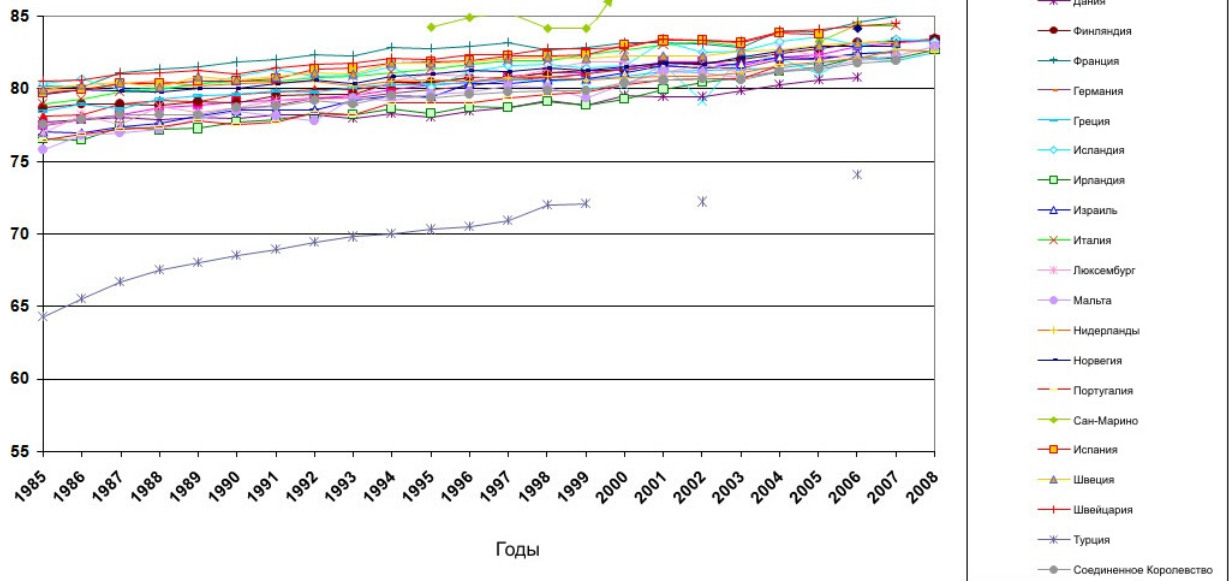
Ожидаемая продолжительность жизни у женщин, Центральная и Восточная Европа



Ожидаемая продолжительность жизни у мужчин, Европейский регион за исключением стран ЦВЕ и СНГ



**Ожидаемая продолжительность жизни у женщин,
Европейский регион за исключением стран ЦВЕ и СНГ**



Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» [база данных онлайн]. (1)

Возрастные структуры

Промежуточный отчет включает анализ вклада связанных с возрастом факторов в наблюдаемые в Европе различия с точки зрения влияния возрастных структур как на потенциал систем здравоохранения по оказанию помощи, так и на масштаб неравенства в отношении здоровья в регионе в определенном возрасте. В таблице 1 в общем виде представлен демографический профиль региона в настоящее время, в 2020 году и в 2050 году. Хотя ожидается, что численность населения к 2020 году немного вырастет – с 894 до 910 миллионов, после этого к 2050 году она вернется к существующему ныне уровню. Однако при этом будет иметь место постоянное уменьшение числа людей трудоспособного возраста и рост числа людей более старшего возраста, что приведет к увеличению коэффициента иждивенчества в старости. В частности, количество людей в возрасте 85 лет и старше к 2020 г. увеличится с 14 до 19 миллионов, а к 2050 г. до 40 миллионов.

Таблица 1 Прогнозируемые величины численности населения, распределение по возрастам в процентах и коэффициенты иждивенчества в Европейском регионе ВОЗ*, 2010, 2020 и 2050 годы

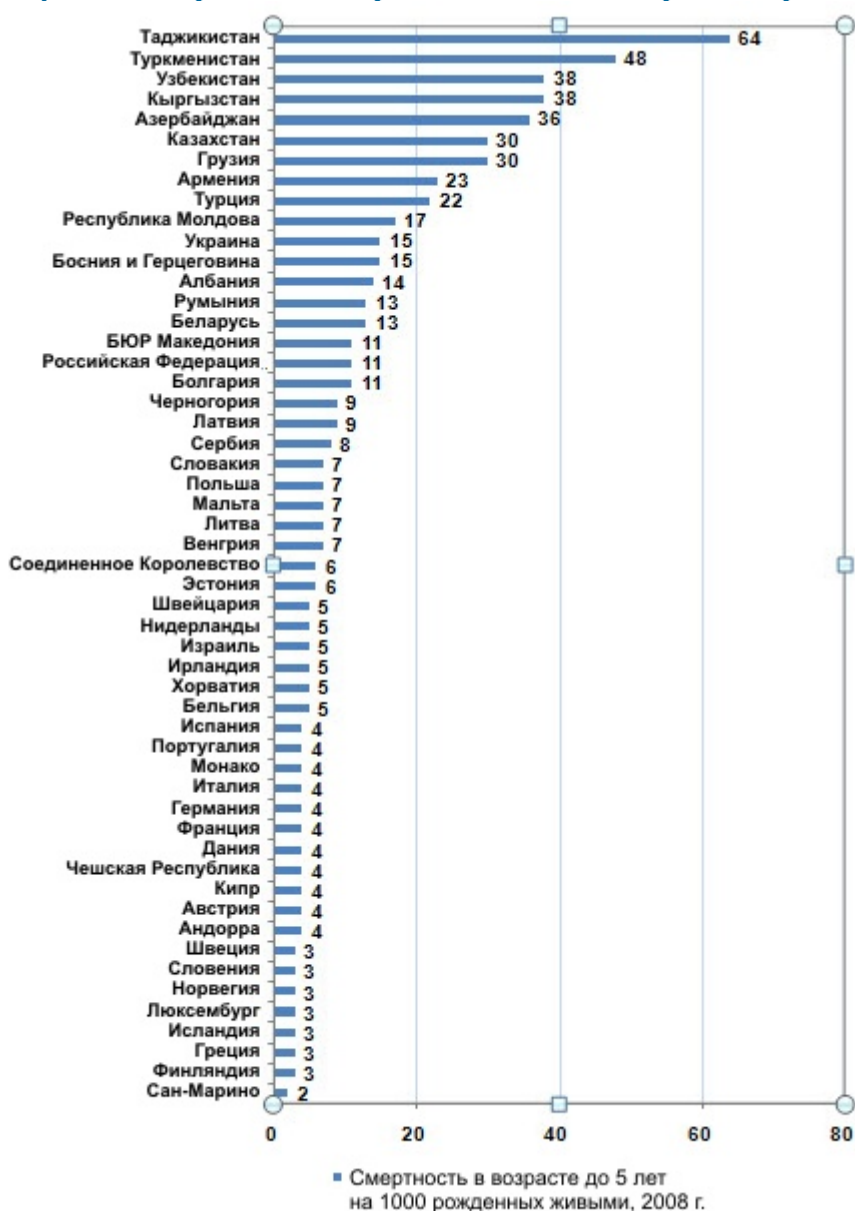
Возрастные группы	Население в 2010 году		Население в 2020 году		Население в 2050 году	
	(тысяч)	%	(тысяч)	%	(тысяч)	%
Все возрасты	893,700	100	910,900	100	895,651	100
0-14	155,719	17	157,682	17	140,665	16
15-64	608,960	68	600,909	66	531,218	59
65-84	115,349	13	133,370	15	183,600	20
85+	13,672	2	18,939	2	40,168	4
Коэффициент иждивенчества	47		52		69	
Коэффициент иждивенчества в детстве	26		26		26	
Коэффициент иждивенчества в старости	21		25		42	

* За исключением Андорры, Монако и Сан-Марино

Источник: UNPD World Population Prospects

На рисунке 4, демонстрирующем различия в неравенстве в отношении здоровья в Регионе, видны резкие различия в смертности в возрасте до пяти лет. В 19 странах Региона этот показатель составляет менее 5 на 1000, тогда как во всех странах Центральной Азии он равен 30 или выше.

Рисунок 4. Смертность в возрасте до пяти лет в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г.

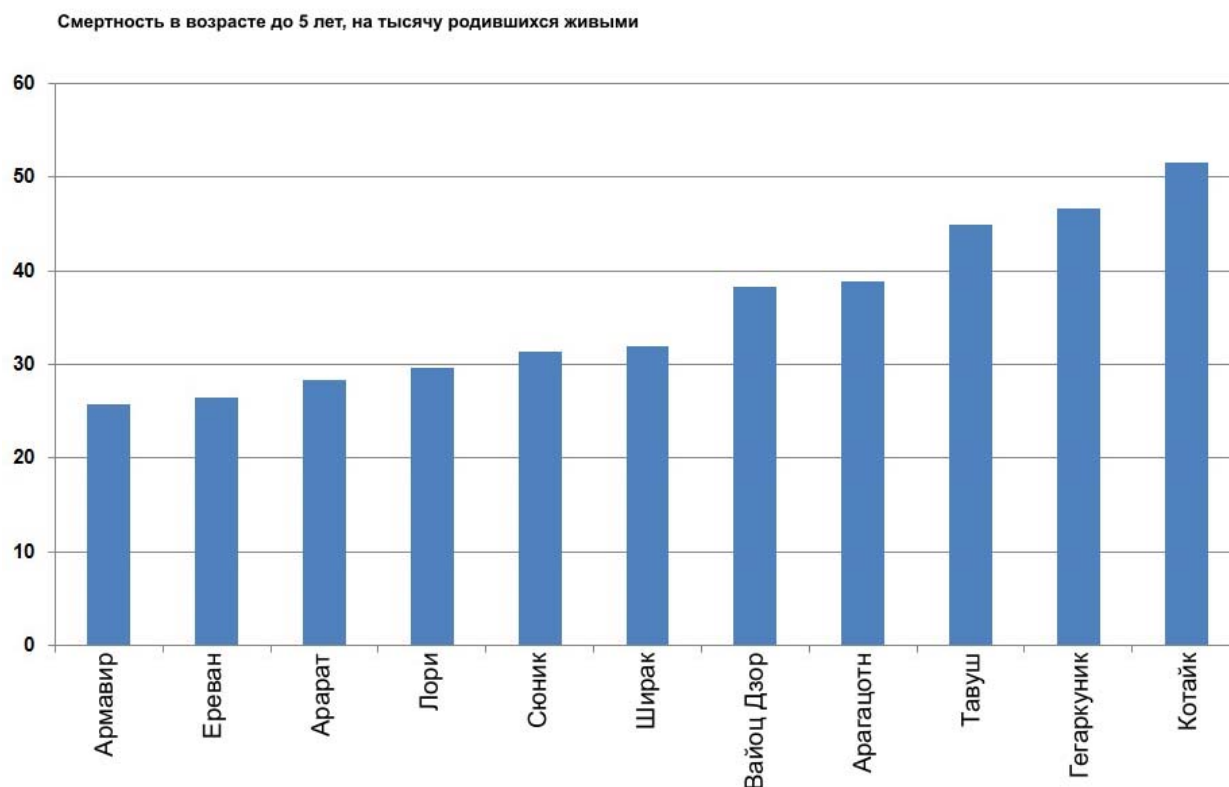


Источник: Всемирная статистика по здоровью, 2010 (10)

Географические различия внутри стран

В отчете представлены имеющиеся данные субнационального уровня с разбивкой по географическим областям в тех странах, где такие данные имеются в наличии. В отношении беднейших стран СНГ – Армении, Азербайджана, Грузии, Кыргызстана, Молдовы и Таджикистана – для изучения распространенности острых и хронических болезней, показатели которой оцениваются на основании заболеваемости со слов респондентов (т.е. ограниченная активность в течение последних двух недель и ограничивающие активность продолжительные болезни), как на уровне страны, так и по областям используются имеющиеся данные последнего обследования домашних хозяйств, проведенного Всемирным банком. Также представлены данные "Обследований по проблемам демографии и здоровья" (DHS) по Албании, Азербайджану, Армении, Казахстану, Кыргызстану, Молдове, Туркменистану, Турции, Узбекистану и Украине. На рисунке 5 с помощью данных из этого источника иллюстрируются существующие в Армении различия в смертности в возрасте до пяти лет между областями.

Рисунок 5. Неравенство между областями в Армении: смертность в возрасте до пяти лет* на 1000 живорождений, Армения, 2005 г.

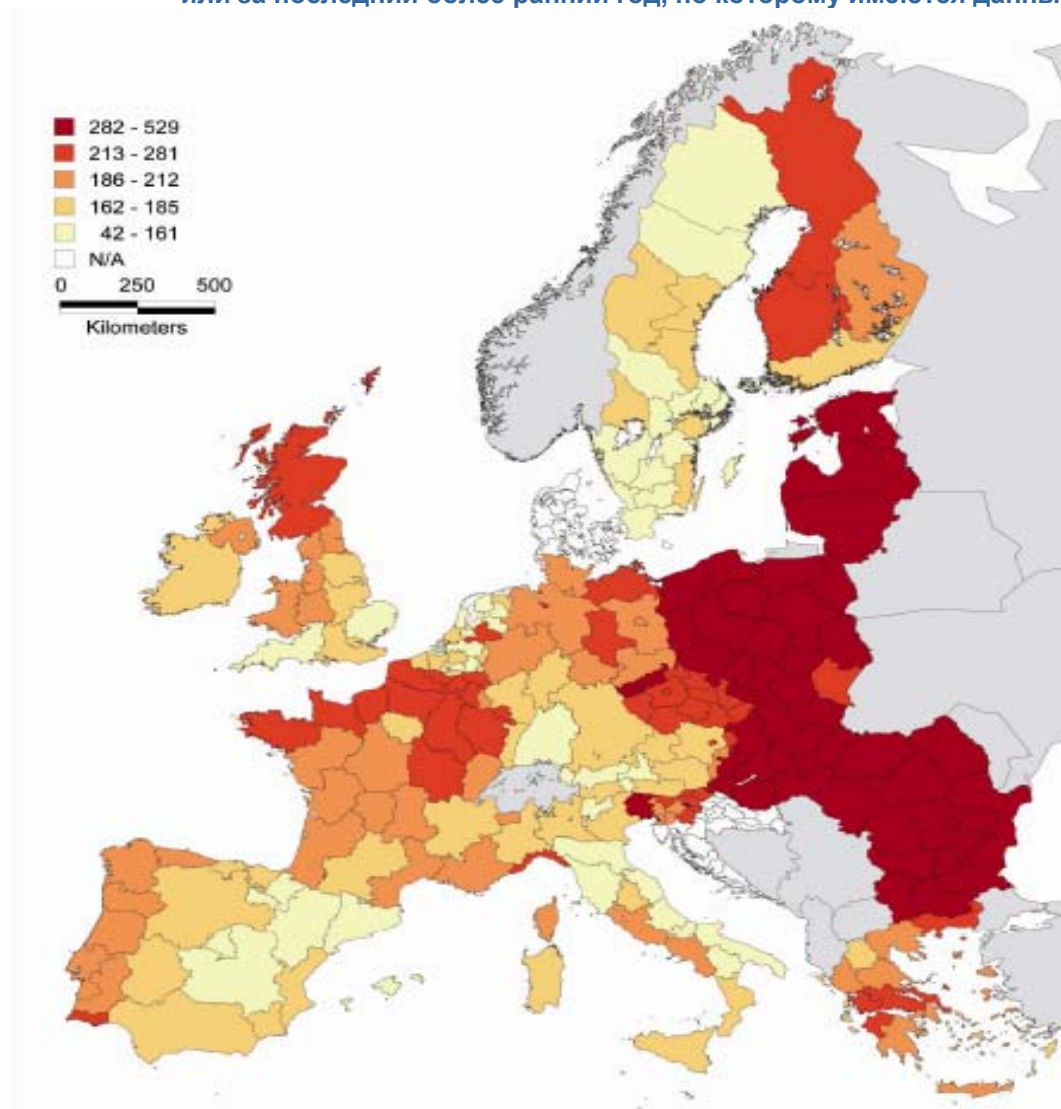


* Показатели смертности за десятилетний период, предшествующий обследованию

Source: STATcompiler [веб-страница] (11).

Данные на территориальном уровне собирались также в рамках финансируемого ЕС проекта I2SARE (12). В этом проекте были объединены данные по каждой из стран-членов ЕС и кандидатов в члены ЕС – Хорватии, бывшей югославской Республики Македонии и Турции – что позволило получить достоверные показатели по каждой области всех этих стран. В отчете представлены ключевые показатели.

Рисунок 6. Показатели преждевременной смертности: стандартизированный коэффициент смертности в возрасте до 65 лет на 100 000 населения по областям в странах ЕС, за 2006 год или за последний более ранний год, по которому имеются данные



Источник: Проект I2SARE: индикатора неравенства в отношении здоровья в регионах Европы (веб-страница) (12)

Показатели здоровья

Если данные о смертности по большинству стран Региона имеются за каждый год, то наличие других показателей здоровья не столь полное. Значительный объем информации на национальном уровне по странам-членам ЕС и странам, находящимся в процессе присоединения к ЕС, имеется на веб-сайте Евростата и других порталах Европейского Союза, таких, например, как различные специально созданные обсерватории. Сбор информации осуществляется с помощью организуемых ЕС обследований, таких как "Обследование доходов и образа жизни" (SILC), а также регистров заболеваний, больничных журналов учета пациентов и т.д. Приведенная ниже карта иллюстрирует результаты мониторинга уровней ожирения в странах ЕС и существующие в Европе широкие различия в проценте лиц, страдающих ожирением, от общей численности населения страны.

Рисунок 7. Распространенность ожирения у взрослых мужчин в некоторых европейских странах, 2000-2005 гг.



* В обследованиях, основанных на самостоятельном представлении данных (отмечены точками), распространенность ожирения может быть занижена.

Источник: Распространенность ожирения во всем мире (веб-страница) (13)

В: Социальные детерминанты неравенств в отношении здоровья

Социальные и экономические различия

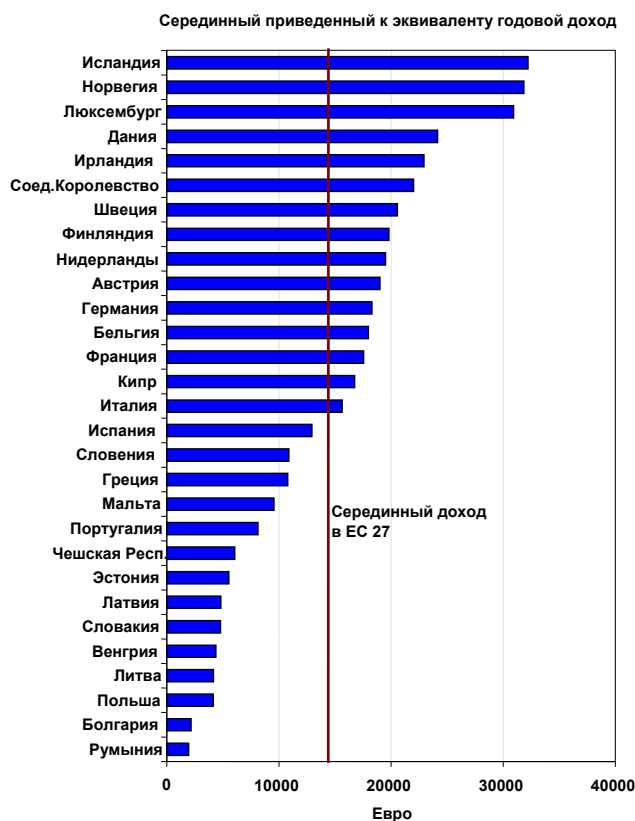
Для понимания закономерностей и тенденций, сложившихся в последние годы в состоянии здоровья в Европейском регионе, важно учитывать социальные и экономические различия между странами региона, а также имевшие место изменения. В промежуточном отчете обсуждаются ключевые социальные детерминанты, такие как первые годы жизни, образование, условия труда и занятость, социальное обеспечение и социальная защита, бедность, местные общины и системы здравоохранения.

Распределение доходов

На рисунке 8 показаны срединные приведенные к эквиваленту² уровни доходов в странах, которые уже представляли эти данные за 2008 год в рамках обзора EU SILC, а именно, в 27 странах ЕС, Норвегии и Исландии. В этих двух странах и в Люксембурге срединный доход более чем в два раза превышал показатель ЕС в целом, тогда как в охваченных обзором странах ЦВЕ – за исключением Словении – доходы были наименьшими и составляли от 13 до 41 процента от показателя ЕС. Срединный доход в Словении составлял три четверти от показателя ЕС27.

² Чтобы принять во внимание различие в размере и составе домохозяйств, общий располагаемый доход домохозяйств был «приведен к эквиваленту». Приведенный к эквиваленту доход, приходящийся на каждого члена домохозяйства, подсчитывается путем деления общего располагаемого дохода домохозяйства на фактор эквивалента.

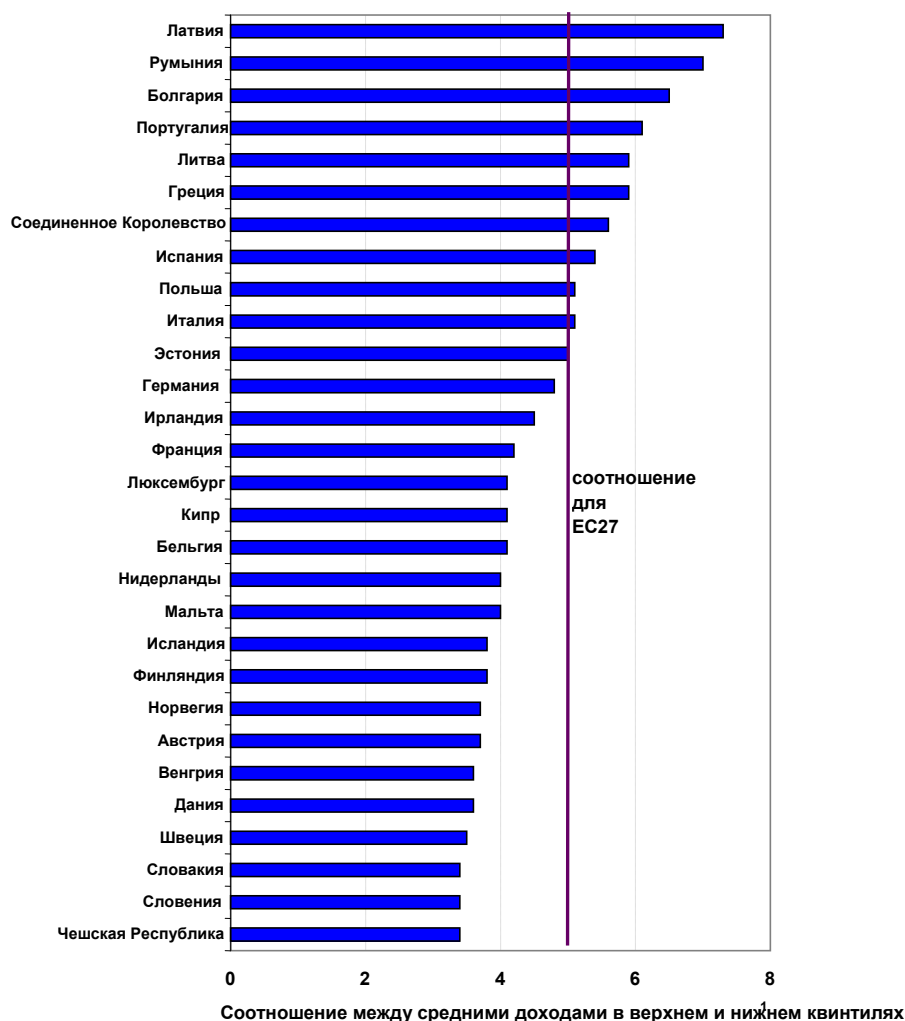
Рисунок 8. Годовой срединный приведенный к эквиваленту чистый доход в странах, представивших данные для обследования EU SILC, 2008 г.



Источник: Доход, социальная устроенность и условия обитания (база данных онлайн) (14)

На рисунке 9 показана степень распределения относительных доходов внутри стран на основании всеобъемлющего показателя ЕС (15). Соотношение между доходами 20 процентов самых богатых и 20 процентов самых бедных людей имеет максимальное значение в некоторых странах с наиболее низкими срединными доходами – выше 7 в Латвии и Румынии. И наоборот, в некоторых странах с уровнем доходов ниже среднего показателя ЕС – в Чешской Республике, Словении и Словакии – это соотношение является наименьшим и находится чуть ниже уровня Швеции, где оно составляет 3,5.

Рисунок 9. Показатель распределения доходов в ЕС: соотношение между доходами в верхнем квинтиле и доходами в нижнем квинтиле*, 2008 г.



* Соотношение между совокупными приведенными к эквиваленту располагаемыми доходами, получаемыми населением с максимальным доходом (верхний квинтиль), и доходами нижнего квинтиля.

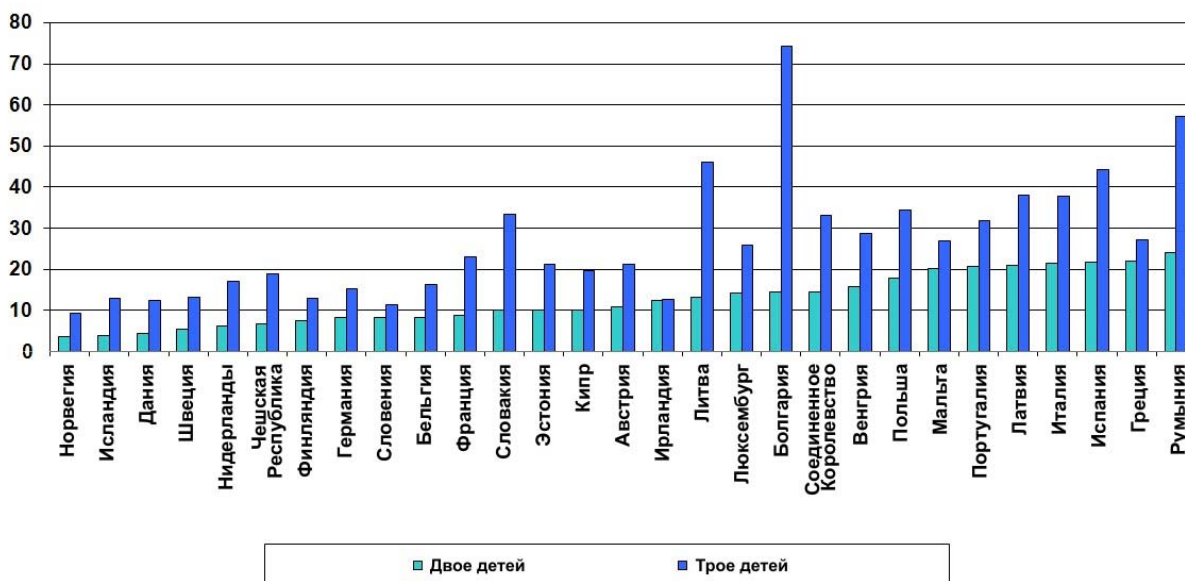
Источник: Доход, социальная устроенность и условия обитания (база данных онлайн) (14)

Бедность в семьях

Особо важным в установлении связи между доходами и развитием в первые годы жизни является вопрос о том, в какой степени бедности воспитываются дети. На рисунке 10 показано, как различается бедность в семьях, имеющих детей, в Европе и как она в значительной степени зависит от структуры семьи – в данном примере от того, имеется ли в семье двое или трое детей.

Рисунок 10. Семейные пары с двумя или более детьми, живущие в условиях бедности*, в зависимости от количества детей. ЕС и некоторые другие страны, 2008 г.

Процент живущих в бедности



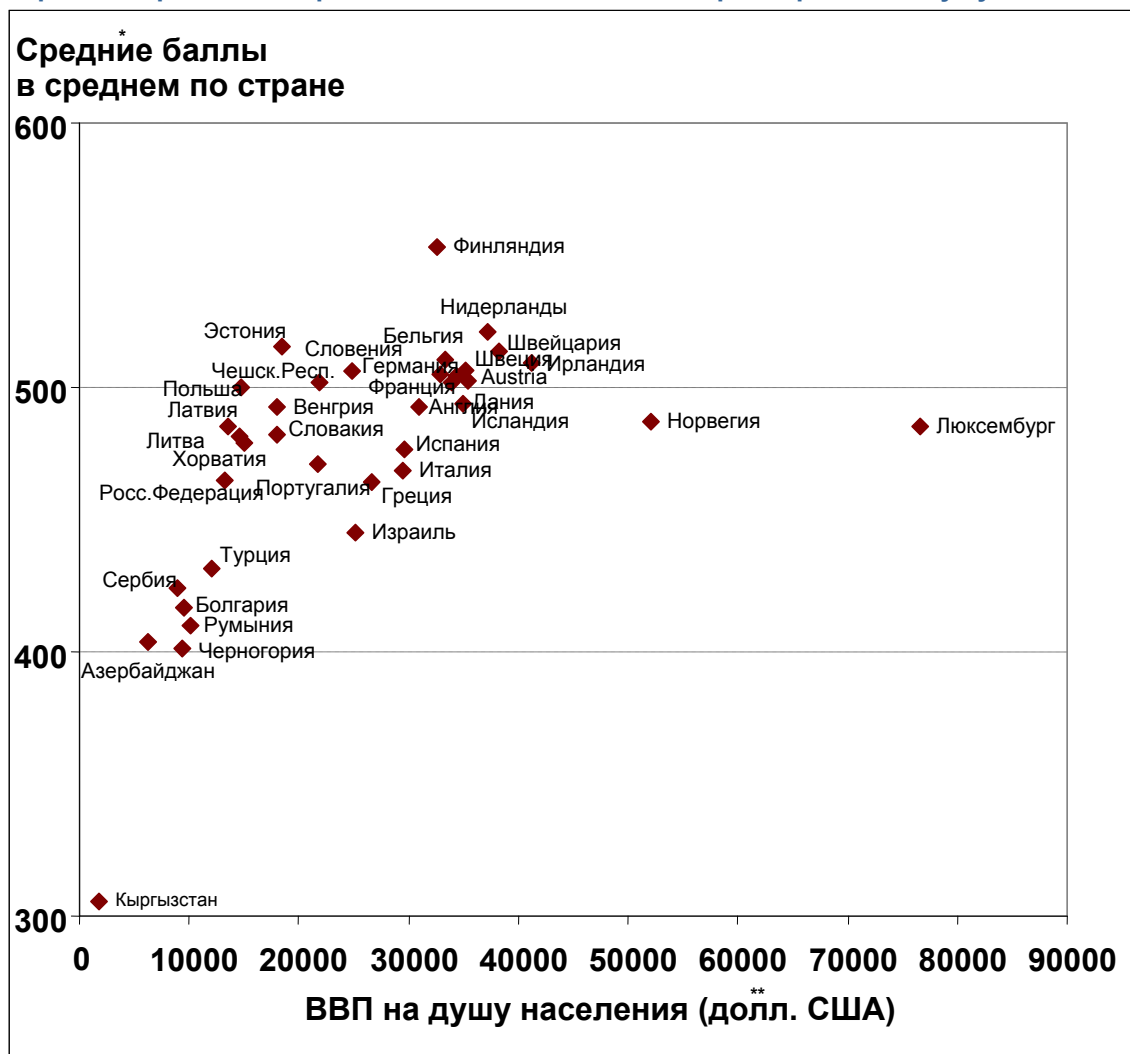
*Показатель бедности ЕС определяется как доля людей, чей приведенный к эквиваленту располагаемый доход находится ниже порога риска бедности, который установлен на уровне 60 процентов от среднего приведенного к эквиваленту располагаемого дохода в стране (после социальных платежей).

Источник: Имиз Мэйхью и Джонатан Брэдшо, Университет Йорка, личное сообщение, 2010 г.: анализ данных EU SILC за 2008 г.

Образование

Влияние развития в первые годы жизни на последующее социальное и экономическое благополучие, здоровье и другие показатели усиливается объемом и качеством образования. На рисунке 11 приведена незначительно выраженная корреляция между средними уровнями достижений в учебе в 36 странах Европейского региона ВОЗ и валовым внутренним продуктом, особенно при более низких уровнях ВВП.

Рисунок 11. Средний уровень достижений в учебе у детей в возрасте 15 лет в некоторых странах Европейского региона ВОЗ в зависимости от размер ВВП на душу населения, 2006 г.



* Средние по стране средние баллы по чтению, математике и естественным наукам

** С пересчетом по паритетами покупательной способности (ППС)

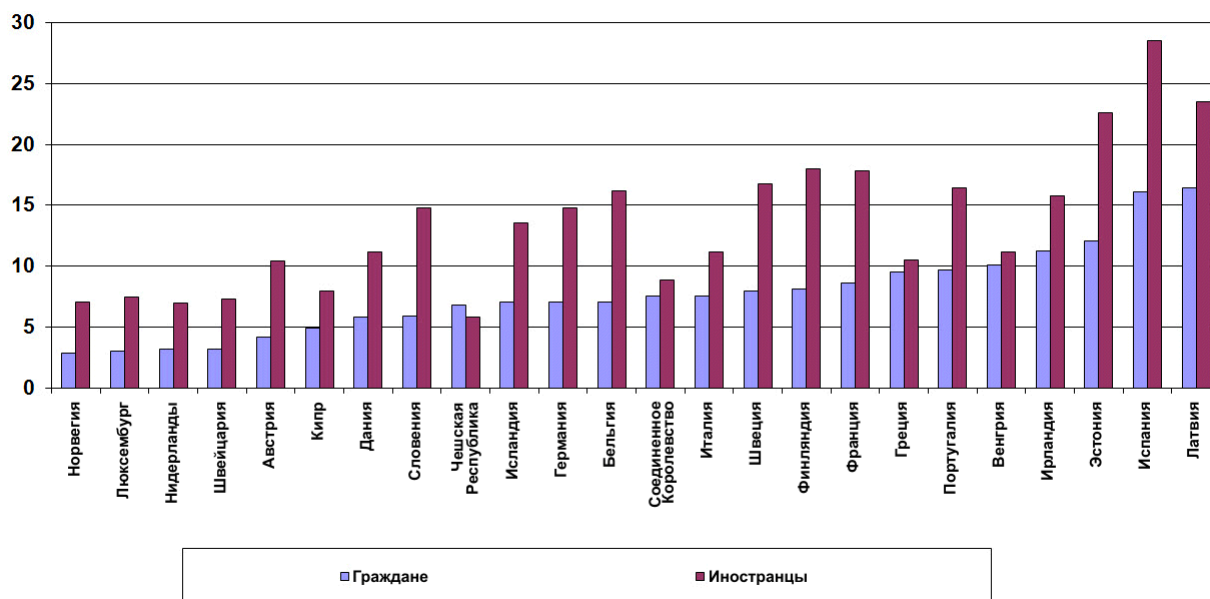
Источники: Баллы по учебе – PISA (16), ВВП - World Bank (17)

Работа и занятость

Работа, которую выполняют люди, оказывает глубокое воздействие на их здоровье как в трудоспособном возрасте, так и впоследствии. Последствия работы для здоровья зависят от того, имеет ли человек гарантированную работу, когда она ему нужна, и от качества этой работы, например, от того, в какой мере работник способен влиять на предъявляемые к нему требования. На рисунке 12 показано, как различается уровень безработицы в странах Европы после недавнего финансового кризиса, и насколько положение иностранцев в большинстве стран хуже, чем положение коренных жителей.

Рисунок 12. Уровни безработицы по странам и гражданству, 2009 г.

Уровень безработицы (в процентах)



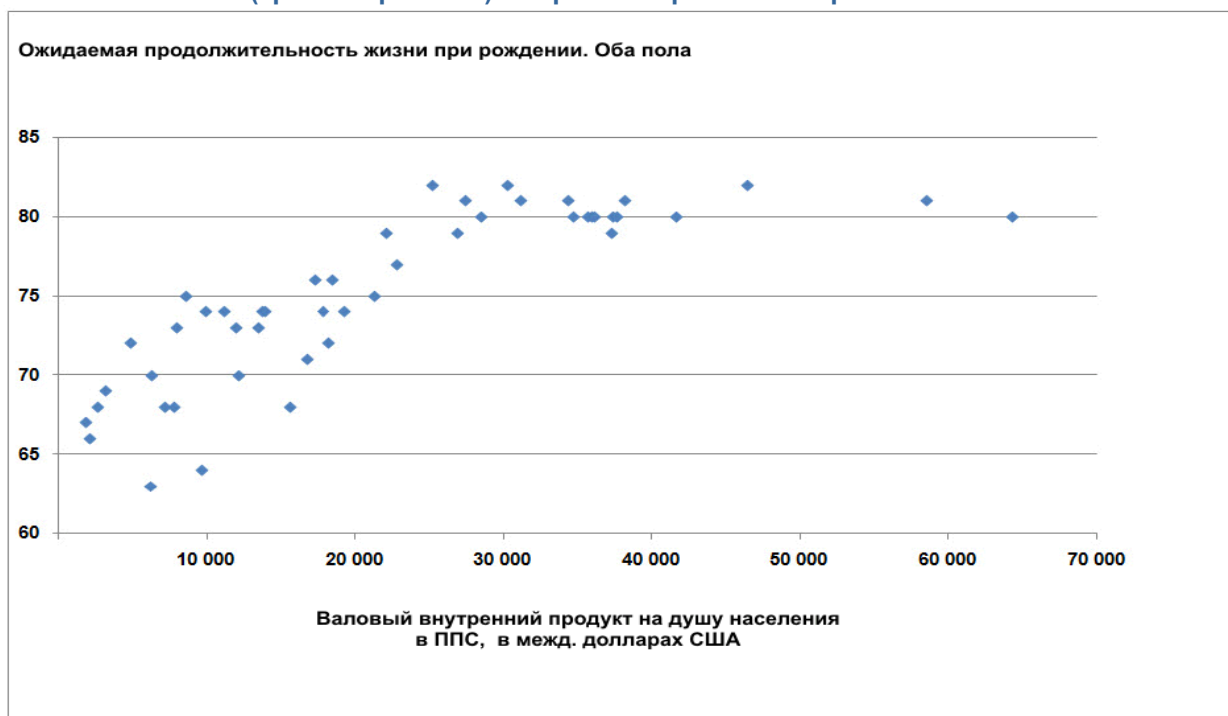
Источник: Уровни безработицы в зависимости от пола, возраста и гражданства (18)

Здоровье и социальные детерминанты

В промежуточном отчете объединены новые и уже имеющиеся анализы европейских данных, демонстрирующие зависимость здоровья от социальных детерминант. Информация поступает из целого ряда источников, таких как отчеты Европейского регионального бюро ВОЗ, публикации ЕС, проект Eurothine, I2SARE, ОЭСР, PISA, HARPIE, Обследование поведения детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC), EU SILC and EU LFS. Ниже приведены некоторые основные выводы из этих анализов.

Для стран Европейского региона ВОЗ с ВВП на душу населения, составляющим меньше \$25000, существует корреляция между ожидаемой продолжительностью жизни и ВВП на душу населения (см. рисунок 13).

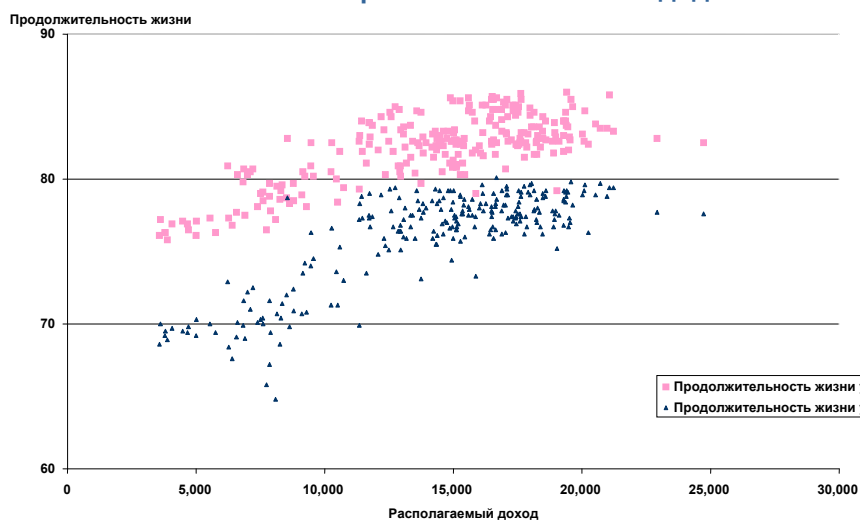
Рисунок 13. Ожидаемая продолжительность жизни в 2008 г. в зависимости от ВВП страны (кривая Престона) в странах Европейского региона ВОЗ



Источник: Всемирная статистика по здоровью, 2010 г. (1)

На рисунке 14 связь между средним располагаемым доходом в субнациональных областях и продолжительностью жизни у мужчин и женщин сравнивается между странами-членами ЕС и странами-кандидатами на вступление члены ЕС. Эта связь наиболее выражена в самых бедных областях и ослабевает по мере роста уровня доходов, а на уровне выше 12000 евро корреляция становится практически незаметной.

Рисунок 14. Продолжительность жизни в 2007 г. в зависимости от располагаемого дохода, по областям в странах-членах ЕС и кандидатах в члены ЕС



Источник: проект I2SARE: индикаторы неравенства в отношении здоровья в регионах Европы (веб-страница) (12)

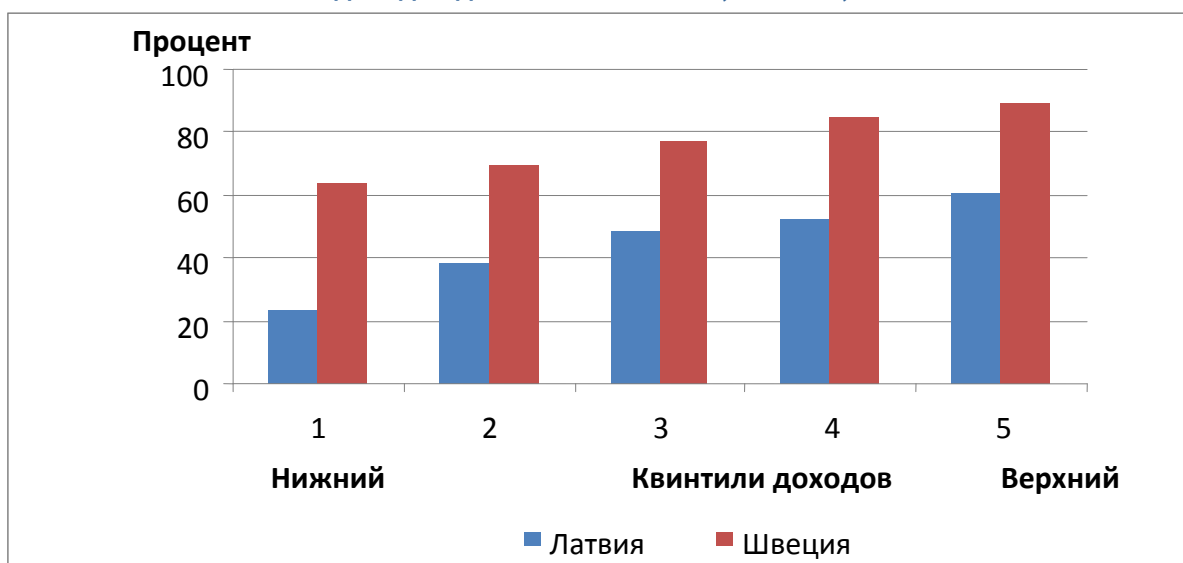
Неравенство в отношении здоровья между людьми, обусловленное их личными обстоятельствами

В Европейском регионе ВОЗ имеется несколько источников данных, которые можно использовать для изучения того, насколько здоровье зависит от социальных условий, в которых находится человек. В некоторых, особенно в наиболее крупных исследованиях в масштабе ЕС, таких как EU SILC, здоровье соотносится с социальными условиями в данный момент. Другие исследования, проводящиеся лишь в более ограниченном числе стран, такие как скандинавские исследования, основывающиеся на регистрах, дают нам возможность изучить долговременные последствия социальных условий для здоровья. В промежуточном отчете приводится последняя информация из этих источников. В данном резюме приведены примеры.

Доходы и здоровье

Когда лица сами сообщают о своем состоянии здоровья, в состоянии здоровья имеется градиент в зависимости от доходов. В исследовании EU SILC отмечается, что чем выше уровень доходов домашнего хозяйства, тем чаще люди сообщают о хорошем состоянии здоровья. Степень этой зависимости в разных странах разная. Это видно на рисунке 13: в Латвии градиент в зависимости от доходов более резкий, чем в Швеции. Однако, несмотря на этот более резкий градиент, наиболее обеспеченные 20% населения в Латвии сообщают о худшем состоянии здоровья, чем наименее обеспеченная часть населения Швеции.

Рисунок 15. Состояние здоровья со слов респондентов в Латвии и Швеции в зависимости от доходов домашних хозяйств, EU SILC, 2008 г.



*Состояние здоровья характеризуется респондентом как хорошее или очень хорошее

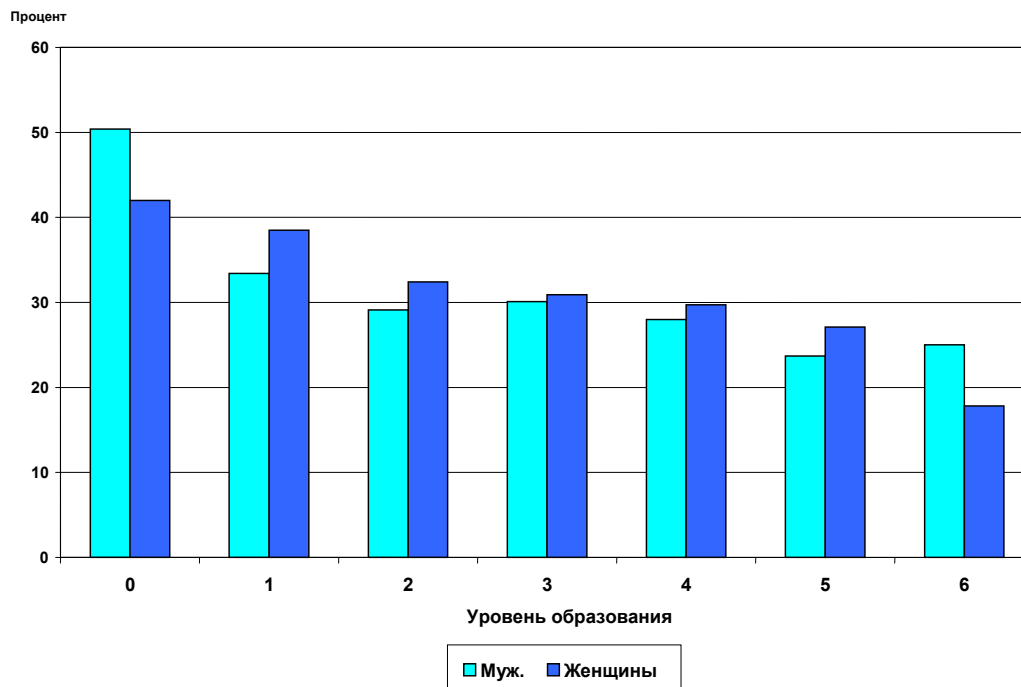
Источник: Имиз Мэйхью и Джонатан Брэдшо, Университет Йорка, личное сообщение, 2010 г.: анализ данных EU SILC за 2008 г

Образование и здоровье

Продолжительные болезни, ограничивающие активность в повседневной жизни, по мере старения становятся более распространенными. Однако их распространенность в среднем возрасте характеризуется высокой степенью социальной градации. На рисунке 14 показан зафиксированный в исследовании EU SILK резкий градиент в зависимости от наивысшего достигнутого уровня образования. При продолжительной болезни, ограничивающей

активность в повседневной жизни, градиент в среднем возрасте является более резким, чем в других возрастах.

Рисунок 14. Доля мужчин и женщин в возрасте 45-54 лет, страдающих продолжительной болезнью, ограничивающей активность в повседневной жизни*, EU SILC 2008 г.



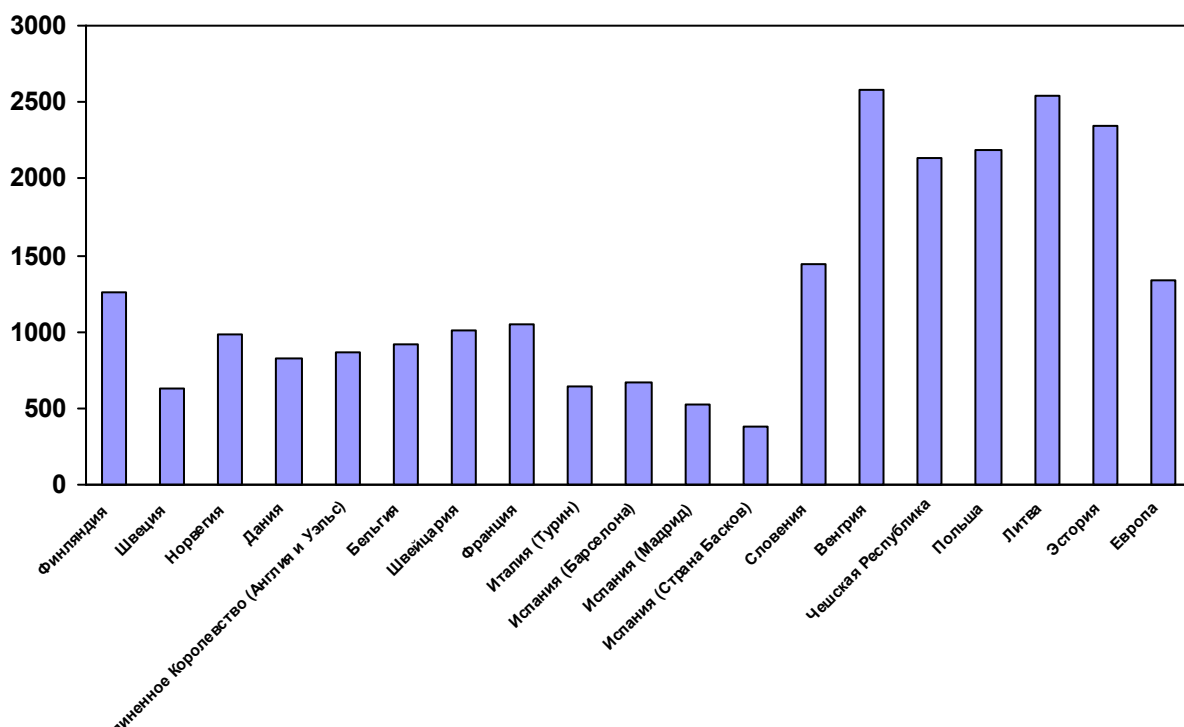
* **Степень образования по классификация МСКО (19)**

- Степень 0 Доначальное образование
- Степень 1 Начальное образование или первая ступень базового образования
- Степень 2 Первый этап среднего образования или второй этап базового образования
- Степень 3 Второй этап среднего образования
- Степень 4 Послесреднее, не высшее образование
- Степень 5 Первый этап высшего образования
- Степень 6 Второй этап высшего образования, ведущий к получению более высокой квалификации, требуемой для проведения научно-исследовательской работы

Источник: Доход, социальная устроенность и условия обитания (база данных онлайн) (14)

В отчете в общем виде представлены основные результаты проекта Eurothine (20), в рамках которого осуществлялось сравнение неравенств между людьми в ряде стран. На рисунке 15 показаны существенные различия между странами Европы по уровням неравенства в отношении смертности в зависимости от продолжительности учебы у лиц, участвующих в исследованиях в рамках проекта. Максимальное неравенство наблюдалось в участвующих в проекте странах ЦВЕ, а минимальное – в Швеции, Испании и Италии.

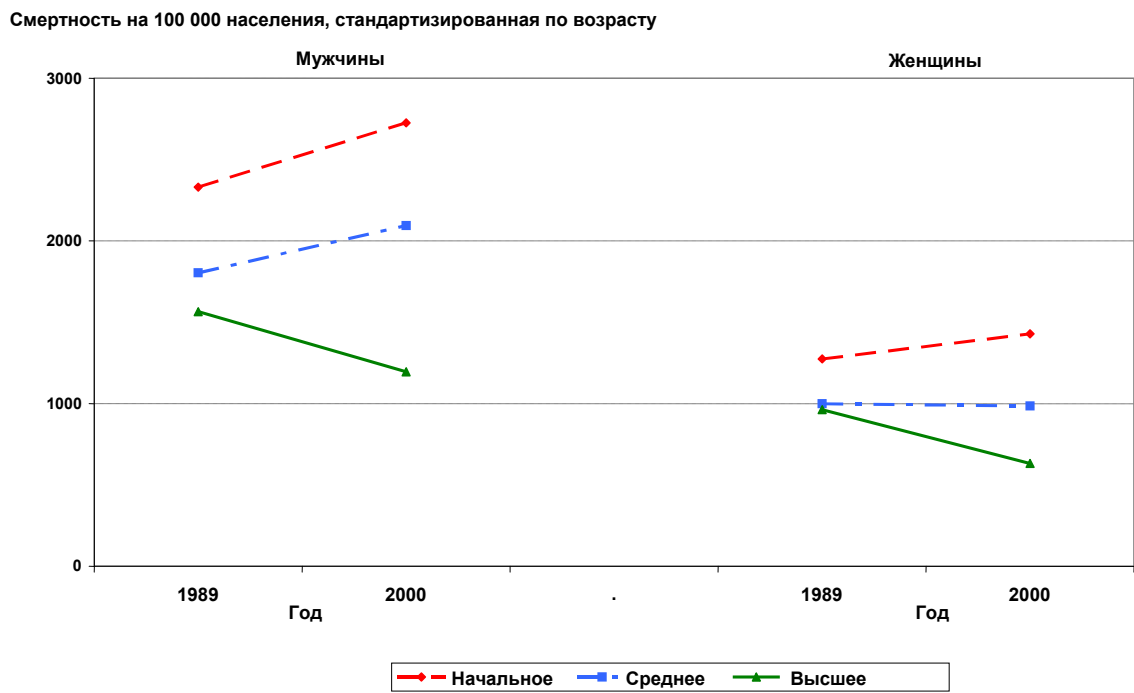
Рисунок 17. Абсолютные неравенства в коэффициентах смертности у мужчин в зависимости от уровня образования по числу лет учебы



Источник: Макенбах и соавторы (20)

Также появляется все больше данных, указывающих на обратный социально-экономический градиент в различных показателях здоровья в ЦВЕ и СНГ: чем ниже социально-экономический статус, тем выше распространенность нездоровья (21). Однако наибольшее значение имеют временные изменения в социальном градиенте показателей здоровья в период, когда в обществе происходят стремительные перемены. Принимая во внимание макроэкономические перемены, происшедшие в этих странах в последние годы и сопровождавшиеся ростом неравенств и зачастую резким снижением уровня жизни, можно ожидать рост социальных неравенств в отношении здоровья. Именно это и было отмечено во всех исследованиях, посвященных данной проблеме (например, см. рисунок 18).

Рисунок 18. Зависимость смертности от уровня образования в Эстонии, 1989 и 2000 гг.



Источник: Leinsalu et al.

C: Что можно сделать?

В последнее время фактические данные о мерах вмешательства и стратегиях, осуществляемых в целях уменьшения неравенства в отношении здоровья в Регионе, приводились Комиссией по социальным детерминантам здоровья в 2008 г. (2), в "Обзоре неравенств в отношении здоровья в Англии после 2010 г." (23), в документах, подготовленных Испанией в качестве страны-председателя ЕС (24), и в различных документах ВОЗ, таких как работа Strand и соавторов (25). В ходе проведения обзора эта база фактических данных будет в полной мере использована несколькими специальными рабочими группами, которые будут изучать и обобщать самые последние данные (раздел D) и предлагать действенные меры вмешательства и системы их реализации, чтобы бороться с неравенством в отношении здоровья во всем Регионе.

В данном разделе мы представляем некоторые из основных препятствий и возможностей в борьбе за уменьшение неравенства в отношении здоровья в Европе в обобщенном виде, а в отчетах, которые будут подготовлены в сентябре и декабре 2010 г., они будут описаны более подробно. Последующая работа в ходе обзора будет строиться на этом анализе, и в результате будут предложены действенные, основанные на фактических данных способы создания и максимального использования возможностей и преодоления препятствий.

Системы, необходимые для принятия мер

Руководящие структуры

Между странами Европы наблюдаются значительные различия в структуре и потенциале руководства на национальном, территориальном и местном уровнях (26), при этом важное воздействие на национальную политику и действия по преодолению неравенства в отношении здоровья оказывают и наднациональные руководящие структуры. Когда предлагаются какие-либо рекомендации международного и регионального характера, учесть все это разнообразие крайне сложно, к тому же для решения этой задачи также требуются ответные меры на более низком уровне руководства, которые служат дополнением к всеобъемлющим региональным стратегиям. Различающиеся структуры руководства затрудняют сбор сравнимых данных и распространение передовой практики среди разных стран.

Меры, принимаемые на региональном, национальном и местном уровнях

Существует тенденция решать вопросы неравенства в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья на национальном или наднациональном уровне. Однако для того, чтобы обеспечить преемственность усилий и согласованность действий на разных уровнях руководства, важно также укреплять потенциал и на субнациональном уровне (в областях и муниципальных образованиях). Необходимо добиваться согласованности руководства между системами и заинтересованными сторонами национального и областного/местного уровней, чтобы улучшить общую согласованность руководства в стране в целом.

Системы здравоохранения³

Системы здравоохранения в одиночку не в состоянии добиться снижения неравенства в отношении здоровья, однако они выполняют жизненно важную функцию. Министерства здравоохранения играют важную роль активных организаторов и лидеров в деле повышения справедливости в отношении здоровья в политике других секторов и в других государственных планах развития. В полном отчете эта тема будет отражена более подробно. Последние данные свидетельствуют о том, как важно сохранить вопрос о справедливости в отношении здоровья в повестке дня межсекторального сотрудничества, особенно во времена финансового кризиса и экономического спада, когда возрастают угрозы для здоровья.

В Европе наблюдается большое разнообразие систем здравоохранения. Страны, в которых нет системы всеобщего медицинского обслуживания, финансируемого за счет общего налогообложения или обязательного всеобщего страхования, скорее всего, столкнутся с гораздо более серьезным неравенством в отношении здоровья и им будет намного труднее уменьшить это неравенство. (2) К числу других особенностей отдельных систем здравоохранения, которые также способны воздействовать на неравенство в отношении здоровья, относятся степень доступности услуг здравоохранения во всех географических районах и для уязвимых групп и способы финансирования услуг.

Есть что делать системам здравоохранения и в части "наведения порядка в собственном доме". Эта деятельность может включать:

- a. дальнейшее развитие мер, предпринимаемых ныне системой здравоохранения, по противодействию неравенству в отношении здоровья. Например, солидарность в финансировании системы здравоохранения в целях достижения всеобщего доступа, чтобы услуги были бесплатны для всех в точке доступа к ним и предоставлялись в зависимости от потребности в них, а не от способности платить, и
- b. реализация в полной мере и в полном масштабе вклада систем здравоохранения в общее дело. Например, работа с различными структурами системы здравоохранения и с другими секторами над созданием условий, позволяющих укреплять здоровье всех групп населения и предупреждать нездоровье.

Международные учреждения

На международном уровне существует целый ряд учреждений, которые способны воздействовать на неравенство в отношении здоровья. К таким учреждениям и организациям относятся ЕС, ВОЗ и НПО. Обнадёживает то, что вопросу неравенства уделяется с их стороны серьезное внимание, особенно в ЕС и ВОЗ, и это приводит к ряду положительных результатов. Эти результаты более подробно описываются в промежуточном отчете. В ходе обзора будет дана оценка роли и потенциальному воздействию различных учреждений в Регионе, чтобы затем можно было рекомендовать

³ Система здравоохранения состоит из всех организаций, людей и мероприятий, главное намерение которых заключается в первую очередь в укреплении, восстановлении или сохранении здоровья. Сюда входят усилия, направленные на воздействие на детерминанты здоровья, а также более непосредственные оздоровительные мероприятия... Система здравоохранения включает действия, предпринимаемые медицинскими работниками на межсекторальном уровне, например, поощрение министерства образования к тому, чтобы оно содействовало женскому образованию – общеизвестной детерминанте улучшения здоровья. (WHO (2007) *Everybody's Business, Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, Geneva: WHO)

действенные меры по наращиванию их способности добиваться снижения неравенства в отношении здоровья путем проведения мероприятий по снижению неравенства в социальных детерминантах здоровья.

Работа на межсекторальном уровне

Для того, чтобы бороться с неравенством в отношении здоровья и неравенством в социальных детерминантах здоровья, нужны согласованные и эффективные действия на межсекторальном уровне. Между странами Европы существуют широкие различия в характере и степени использования межсекторальных механизмов для решения проблем общественного здоровья. В большинстве официальных стратегий и программных документов в области здравоохранения говорится о важности работы с другими секторами, и во многих из них либо уже предусмотрена, либо отмечается как желательная какая-либо форма межсекторальной или объединенной группы или комитета по планированию. Одновременно имеются большие различия и в том, насколько успешно эти подходы реализуются на практике. В промежуточном отчете уделяется больше внимания процессам, подрывающим эффективность межсекторальных действий.

Глобальные процессы: Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия

Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия, были приняты главами 189 государств в 2000 году. Они определяют общие рамки, в которых должны направляться усилия на решение некоторых наиболее насущных проблем развития в мире и контролироваться прогресс в этой деятельности. Все ЦРТ влияют на здоровье, а здоровье влияет на все ЦРТ. Всякие задержки и проявления несправедливости в ходе реализации целевых показателей ЦРТ ставят под угрозу здоровье и благополучие людей. Меры, предпринимаемые в целях развития во всех секторах, должны доходить до тех, кто испытывает нужду, по всему социальному градиенту, причем самым уязвимым группам населения должно уделяться пропорционально больше внимания. В рамках данного обзора будет изучен вопрос о том, занимает ли воздействие на социальные детерминанты здоровья центральное место в наращивании усилий по достижению ЦРТ.

Экономические силы

Неравенство в доходах и социальная защита

Как показано в разделе В, уровни доходов в Европе различаются как внутри стран, так и между странами, и с этими различиями коррелирует неравенство в отношении здоровья. Чем ниже социально-экономический статус человека, тем хуже его здоровье. Некоторым странам с помощью действенных перераспределяющих систем налогообложения удалось сузить неравенство в доходах, а вот те страны, у которых нет реальной системы вспомоществования наименее обеспеченным категориям общества, столкнутся с возрастанием неравенства в отношении здоровья.

Совершенно очевидно, что немаловажную роль в решении проблем неравенства в отношении здоровья играет социальная защита. Влияние режима государства всеобщего благосостояния на здоровье населения показывает, что для здоровья и неравенства в отношении здоровья важны как тип государства всеобщего благосостояния, так и его размеры. (28-31) Степень социальной защиты (не только обеспечение минимального дохода, но и охват определенного спектра других услуг), предоставляемая государством, влияет на социальные детерминанты здоровья и возникающие под их воздействием

проявления неравенства в отношении здоровья. Концепция комплексной социальной защиты проявляется особенно ярко в условиях нынешнего финансового кризиса. В 2009 г. Координационным советом руководителей системы ООН была принята Инициатива по минимальному уровню социальной защищенности, которая стала одним из девяти ключевых приоритетов в деятельности по преодолению финансового кризиса. Оценка этого подхода будет сделана в заключительном отчете о первом этапе обзора.

Экономический кризис

По данным Всемирного банка, (32) недавний мировой экономический кризис ударил по региону Европы и Центральной Азии сильнее, чем по другим регионам, и выходить из этого кризиса регион будет медленнее всех. По всей вероятности, это приведет к значительному расширению во всем регионе неравенства в отношении здоровья. Серьезную проблему в регионе представляет, например, рост цен на продовольствие, который потенциально может иметь значительные последствия для неравенства. В обзоре будут даны описание и оценка воздействия финансового кризиса на социальные детерминанты и неравенство в отношении здоровья и предложены эффективные меры по противодействию потенциально разрушительному и неравномерному влиянию кризиса на здоровье людей. (33)

В Европе недавно было опубликовано коммюнике ЕС "Достижение справедливости в отношении здоровья" (4), в котором убедительно показано, как вполне предотвратимые проявления несправедливости в отношении здоровья приводят к значительному экономическому ущербу, сдерживающему рост экономики. В документе «*Обзор неравенства в отношении здоровья в Англии после 2010 г.*» (23) было подсчитано, что неравенство в отношении здоровья ежегодно обходится Англии в 31-33 миллиарда фунтов стерлингов (37,3-39,7 миллиардов евро⁴) в виде потерь производительности труда и в 20-32 миллиарда фунтов стерлингов (24,1 – 38,5 миллиардов евро) в виде недобора налогов и повышения выплат по социальному обеспечению. Кроме этого, более чем в 5 миллиардов фунтов стерлингов (6 миллиардов евро) в год оцениваются связанные с неравенством дополнительные издержки системы здравоохранения Англии.

Различия между странами и специфические условия в странах

Специфические условия в странах

Европейский регион ВОЗ отличается разнообразием культур, истории и путей развития входящих в него стран. Отсюда и большие различия в опыте стран и в сложившихся у них условиях, и все это означает, что предлагать какие-то универсальные рекомендации трудно, а перенос стратегий невозможен без учета местных факторов, культуры и имеющихся у стран возможностей.

Некоторые страны достигли значительного прогресса в борьбе с неравенством в отношении здоровья и служат примером для других стран в своих регионах. В обзоре будет приведена оценка того, чего и как достигли эти передовые страны, и будут использованы эти фактические данные в качестве основы для выработки рекомендаций и предложений для других стран и регионов.

⁴ Здесь и далее согласно "Конвертеру валют XE", рассчитано 5.08.2010 <http://www.xe.com/>

Уязвимые группы

В проведенных в последнее время исследованиях по проблеме уязвимости основное внимание было уделено взаимосвязи между риском, опасностью и степенью уязвимости. (34) Чем более маргинальной является та или иная группа, тем более уязвимы входящие в нее люди. Тот факт, что человек является мигрантом, представителем определенной этнической группы, женщиной или лицом с какой-либо инвалидностью, сам по себе не означает, что этот человек изначально более уязвим или подвержен повышенному риску. Повышенную уязвимость создает взаимодействие между целым рядом факторов. В число таких факторов входят бедность, различные формы неравенства, дискриминация, подверженность различным угрозам насилия (например, сексуального), превалирующая частота или распространенность болезней (например, ВИЧ) и возможности эпидемий (например, гриппа).

В Европейском обзоре будут рассмотрены конкретные процессы социального отторжения в их связи с неравенством в отношении здоровья, которое испытывают такие уязвимые группы, как мигранты и цыгане. В Европейском регионе ВОЗ насчитывается примерно 74,5 миллионов мигрантов, что составляет 39% всех мигрантов в мире. В обзоре будут указаны факторы, ассоциирующие с уязвимостью – например, принадлежность к категории беженцев или лиц, ищущих убежища, низкооплачиваемая работа и отсутствие гарантии занятости, торговля людьми, дискриминация – и названы ответные меры программного характера, влияющие на показатели здоровья. Самым крупным этническим меньшинством в Регионе являются цыгане – только в странах ЕС их 10 миллионов. В обзоре будет показано, как можно уменьшить несправедливость в отношении здоровья предоставлением мигрантам и цыганскому этническому меньшинству справедливого доступа к ресурсам, возможностям и правам (в самых разных областях). Будут рассмотрены роль системы здравоохранения и усилия по вовлечению в жизнь общества, предпринимаемые с этой целью органами государственного управления разных стран. В обзоре будут показаны факторы, действующие в четырех аспектах социального отторжения: экономическом, политическом, социальном и культурном.

Оценка показателей и мониторинг

Значительную трудность в решении проблем неравенства представляет отсутствие данных в некоторых областях. В недавно опубликованном докладе (24) о мониторинге социальных детерминант здоровья и снижении неравенства в отношении здоровья в ЕС, который был подготовлен по заказу Испании как страны, председательствовавшей в ЕС, указаны пробелы в имеющихся сегодня знаниях. В частности, это пробелы, касающиеся воздействия и результативности стратегий сектора здравоохранения и других секторов по снижению неравенства в отношении здоровья. Отсутствие в каждой стране и в ЕС в целом нужных, всегда имеющихся под рукой и сравнимых данных было особо отмечено как одно из главных препятствий, мешающих расширять знания и проводить полноценный анализ путей уменьшения неравенства в отношении здоровья.

Столь же ограничены данные о неравенстве в отношении здоровья и о связанных с ним стратегиях и в странах Европейского региона ВОЗ, не входящих в ЕС. Исследования и опросы в области здравоохранения проводятся во всех странах, однако во многих из них – в частности, в странах ЦВЕ и СНГ – сравнимость данных ограничивается размером и репрезентативностью выборок и характером и частотой последующих контрольных обследований. (35) Кроме того, есть также сведения о том, что исследования, основанные на данных без идентификации, приводили к занижению показателей смертности в группах

низкого социально-экономического статуса и к завышению смертности в группах с высоким статусом. (36) В Европейском регионе получаемые показатели здоровья либо не увязываются с системами мониторинга эффективности политики других секторов, либо, если все же и увязываются, доступ к этим показателям и их использование при принятии решений по вопросам политики ограничены. К числу имеющихся сегодня трудностей относятся неспособность собирать и анализировать данные от сектора здравоохранения и других секторов и отсутствие адекватных критериев стратификации справедливости.

В обзоре будут рассмотрены наиболее эффективные механизмы совершенствования отчетности и мониторинга во всем Регионе. Укрепление систем мониторинга в странах и на международном уровне потребует повышения согласованности, гармонизации и доступности данных из источников, связанных с популяционными обследованиями, и из институциональных источников, которые не заменяют, а дополняют существующие на национальном уровне механизмы.

Например, в докладе Испании как страны, председательствовавшей в ЕС (24), говорится о необходимости такого подхода, который выходит за рамки пошагового улучшения существующих источников данных и предполагает изменение в методиках сбора, анализа и использования данных таким образом, чтобы обеспечить их

- своевременность и периодичность;
- сравнимость и гармонизацию;
- доступность.

D. Каковы следующие этапы в проведении обзора?

Европейский обзор, проводимый по заказу ВОЗ, был начат в июле 2010 г. и будет завершен в 2012 г. Председателем комиссии по его проведению является профессор сэра Michael Marmot, которому помогает консорциум, состоящий из специальных рабочих групп и других экспертов из стран Европы.

Первый этап обзора будет продолжаться до конца 2010 г. На втором этапе, который будет проходить с 2011 по 2012 год, специальные рабочие группы и эксперты будут оценивать фактические данные и выдвигать предложения о действенных мерах вмешательства и системах руководства для различающихся между собой стран Европы. Процесс проведения обзора, а также продолжающиеся усилия ВОЗ, ЕС и других организаций позволят повысить уровень осведомленности о несправедливости в отношении здоровья и укрепить потенциал для достижения желаемых результатов. Заключительный отчет будет представлен в апреле 2012 г. для последующего утверждения на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, которая будет проходить в сентябре 2012 г.

Специальные рабочие группы

Для того, чтобы расширить имеющиеся сегодня знания и на их основе двигаться дальше, к проведению обзора будут привлечены несколько специальных рабочих групп экспертов по социальным детерминантам, которые будут заниматься изучением ключевых детерминант здоровья, и эти группы будут разделены на три подгруппы, специализирующиеся на странах восточной, центральной и западной частей Региона. Еще пять специальных рабочих групп будет создано для изучения вопросов, касающихся всех детерминант во всех субрегионах. Краткое описание задач специальных рабочих групп содержится в полном тексте отчета, а ниже приводится резюме этого описания.

Специальные рабочие группы будут проводить обширные обзоры фактических данных, оценивать примеры передовой практики и проводить консультации с экспертами и практическими работниками в странах Европы. Специальные рабочие группы и члены комиссии на базе фактических данных разработают четко сформулированные рекомендации и мероприятия по уменьшению неравенства в отношении здоровья в Европе.

Конкретные рекомендации в отношении политики, измерения показателей здоровья и государственного руководства

Когда будет получено полное и четкое представление о проблеме неравенства в отношении здоровья, которая стоит перед Европейским регионом, можно будет сформулировать рекомендации по преодолению неравенства – от самых общих, всеохватывающих до более конкретных, местного уровня. Эти рекомендации будут относиться к политике во всех областях, в которых действуют специальные рабочие группы, и охватывать системы здравоохранения, измерения показателей здоровья и государственного руководства.

Ситуационные исследования по странам и по стратегиям ЕС

Для того, чтобы особо выделить наиболее значимые стратегии или меры, предпринимаемые для решения проблемы неравенства в отношении здоровья, будут использованы ситуационные исследования. Ситуационных исследований будет несколько и они будут иллюстрировать ситуацию на разных уровнях – от местного и национального до уровня Европейского региона.

Наращивание организационно-кадрового потенциала

Вовлечение в обзор широкого круга заинтересованных сторон будет способствовать наращиванию организационно-кадрового потенциала и выработке понимания проблемы в тех организациях, которые необходимы для осуществления мер по снижению неравенства в отношении здоровья. Налаженные таким образом отношения и собранные знания также послужат основой для выработки рекомендаций комиссии по проведению обзора и принятых ею подходов. Они будут тесно увязаны с другими аспектами работы по наращиванию потенциала, которая в настоящее время проводится в рамках разработки политики "Здоровье-2020".

Консультации

Секретариат по проведению обзора при Лондонском университетском колледже и ВОЗ проведут консультации по основным разделам обзора с участием заинтересованных сторон из целого ряда секторов, стран и организаций. Эти консультации будут тесно увязаны с родственными консультациями, проводимыми в связи с подготовкой политики "Здоровье-2020". Это даст государствам-членам и другим заинтересованным сторонам в Европе возможность а) определить область охвата и содержание обзора и б) высказать свои отзывы, представить первые выводы и апробировать варианты политики, разрабатываемые по ходу обзора.

Изучение будущих тенденций неравенства в отношении здоровья

Наконец, в ходе обзора будут определены будущие тенденции неравенства в отношении здоровья с учетом имеющихся данных и других значимых факторов. К таким факторам, скорее всего, будут относиться экономический кризис и рецессия, сокращение государственных расходов и другие негативные влияния на программно-стратегические меры и политику в странах и на международном уровне.

Структура Европейского обзора социальных детерминант и различий по показателям здоровья

Секретариат при Лондонском университетском колледже соберет и проанализирует предложения специальных рабочих групп. Ниже перечислены предложенные темы, которыми должны заняться специальные рабочие группы. Пока это только проект, требующий более детального обсуждения.

Специальные рабочие группы

Каждая из семи специальных рабочих групп будет заниматься определенным набором социальных детерминант здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Каждая группа будет состоять из председателя и председателей трех субрегиональных подгрупп, а в состав каждой подгруппы будут входить эксперты, которые будут изучать вопросы, актуальные для конкретных субрегионов Европы. Все рабочие группы будут изучать демографические характеристики, проблемы лиц старшего возраста, психического здоровья и благополучия. Рабочими группами будут выявляться наиболее перспективные инициативы, вырабатываться рекомендации о практических действиях и предлагаться механизмы и сроки их реализации и система мониторинга улучшения показателей деятельности.

Ниже перечислены 7 специальных рабочих групп по социальным детерминантам:

- 1. Первые годы жизни, образование, семья.**
- 2. Условия труда, род занятий, безработица, трудящиеся-мигранты.**
- 3. Группы, находящиеся в неблагоприятном социально-экономическом положении, исключенные из жизни общества и уязвимые, в том числе уязвимые трудящиеся-мигранты и цыгане.**
- 4. ВВП, налогообложение, доход, социальная защита.**
- 5. Устойчивость и местное сообщество.**
- 6. Профилактика нездоровья и лечение.**
- 7. Гендерные вопросы.**

Специальные рабочие группы по вопросам, общим для всех детерминант

Будет образовано пять рабочих групп, которые займутся изучением вопросов, общих для всех социальных детерминант. Каждая группа будет состоять примерно из пяти экспертов и председателя. Эти группы будут рассматривать предложения специальных рабочих групп по отдельным социальным детерминантам. Они также будут заказывать проведение работ еще до того, как получат предложения от специальных рабочих групп по отдельным социальным детерминантам, чтобы подготовить почву для выработки собственных предложений и помочь другим группам в выработке их предложений.

Ниже приводится перечень пяти групп по общим вопросам:

- 1. Системы и механизмы оказания помощи.**
- 2. Измерение и целевые показатели.**
- 3. Экономические соображения.**
- 4. Вопросы справедливости и равенства.**
- 5. Влияние глобальных факторов.**

Проект графика работ

Август 2010 г.	Представление ВОЗ предварительного отчета о первом этапе обзора.
Сентябрь 2010 г.	Представление ВОЗ промежуточного отчета о первом этапе обзора для рассмотрения на сессии Европейского регионального комитета.
Декабрь 2010 г.	Представление для публикации заключительного отчета о первом этапе обзора.
Апрель 2011 г.	Вынесение отчета на консультации с учетом появляющихся выводов специальных рабочих групп.
Июль 2011 г.	Завершение подготовки документов к сессии Регионального комитета в сентябре 2011 г.
Сентябрь 2011 г.	Рассмотрение на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ отчета о проведенных консультациях и рекомендаций.
Апрель 2012 г.	Представление ВОЗ проекта заключительного отчета.
Сентябрь 2012 г.	Рассмотрение на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ заключительного отчета и рекомендаций.

Библиография

1. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, accessed 17 August 2010).
2. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf, accessed 17 August 2010).
3. *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, accessed 17 August 2010).
4. Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU. Brussels, European Commission, 2009.
5. Bobak M, Marmot M. East-west health divide and its potential explanations: proposed research agenda. *British Medical Journal*, 1996, 312:421–425.
6. Bobak M, Marmot M. Coronary heart disease in central and eastern Europe and the former Soviet Union. In: Marmot M, Elliot P, eds. *Coronary heart disease epidemiology*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2005.
7. Billingsley S. *Casualties of turbulent economic transition. Premature mortality and foregone fertility in the post-communist countries* [doctoral dissertation]. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, 2009.
8. United Nations Children's Fund. *A decade of transition*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2001 (Regional Monitoring Report, No. 8).
9. *World population prospects: the 2008 revision, population database*. New York, United Nations, 2008 (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>, accessed 17 August 2010).
10. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2010/en/index.html>, accessed 17 August 2010).
11. STATcompiler [web site]. Calverton, MD, MEASURE DHS, ICF MACRO, 2010 <http://www.statcompiler.com>, accessed 17 August 2010).
12. I2SARE project: health inequalities indicators in the regions of Europe [web site]. Bordeaux, I2SARE Secretariat, 2008 (<http://www.i2sare.eu/Default.aspx>, accessed 17 August 2010).
13. Obesity prevalence worldwide [web site]. London, International Association for the Study of Obesity, 2009 (<http://www.iaso.org>, accessed 17 August 2010).
14. Living conditions and social protection [online database]. Brussels, Eurostat, 2010 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection/data/main_tables, accessed 17 August 2010).
15. Common indicators [online database]. Brussels, European Commission, 2010 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=756&langId=en>, accessed 17 August 2010).
16. PISA 2006 database [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007 (http://www.pisa.oecd.org/document/2/0,3343,en_32252351_32236191_39718850_1_1_1_1,00.html, accessed 17 August 2010).

17. *Gross domestic product 2009, PPP*. Washington, DC, World Bank, 2010 (http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP_PPP.pdf, accessed 17 August 2010).
18. *Unemployment rates by sex, age groups and nationality*. Brussels, Eurostat, 2010 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=lfsa_organ, accessed 17 August 2010).
19. *International Standard Classification of Education*. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1997 (http://www.uis.unesco.org/ev.php?ID=3813_201&ID2=DO_TOPIC, accessed 17 August 2010).
20. Mackenbach J et al. *Final Eurothine report*. Rotterdam, Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam, 2008 (<http://survey.erasmusmc.nl/eurothine/index.php?id=112,0,0,1,0,0>, accessed 17 August 2010).
21. Bobak M, Powles J. *Poverty and non-communicable diseases in central and eastern europe and the former Soviet Union*. London, University College London, 2001.
22. Leinsalu M, Vagero D, Kunst A. Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:1081–1087.
23. Marmot Review Team. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*. London, Marmot Review, 2010.
24. *Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities*. Madrid, Ministry of Health and Social Policy, Spain, 2010 (<http://www.msps.es/en/presidenciaUE/calendario/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>, accessed 17 August 2010).
25. Strand M et al. *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/setting-th-political-agenda-to-tackle-health-inequity-in-norway>, accessed 17 August 2010).
26. Grady M et al. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government. *Second Annual Business and Technical Conference of the WHO European Healthy Cities and Network and the Network of European National Healthy Cities Networks, Sandnes, Norway, 17–19 June 2010*.
27. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 17 August 2010).
28. Bambra C, Eikemo T. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:92–98.
29. Chung H, Muntaner C. Welfare state matters: a typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy*, 2007, 80:328–339.
30. Eikemo T et al. Welfare state regimes and differences in self-reported health in Europe: a multi-level analysis. *Social Science and Medicine*, 2008, 66:2281–2295.
31. Martikainen P et al. A comparison of socioeconomic differences in physical functioning and perceived health among male and female employees in Britain, Finland and Japan. *Social Science and Medicine*, 2004, 59:1287–1295.

32. *Overview: Europe and central Asia*. Washington, DC, World Bank, 2010 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/0,,contentMDK:21722062~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258599,00.html>, accessed 17 August 2010).
33. Cabinet Office Social Exclusion Task Group. *Lessons learnt from the past: social consequences of the recession*. London, Cabinet Office, 2009.
34. Wisner B et al. *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. 2nd ed. London, Routledge, 2004 (Part I:3–124).
35. Bobak M. Analysis of social determinants of health and health inequities. *A multi-country event on approaches and policy, Kosice, Slovakia, 12–17 October 2009*.
36. Shkolnikov V et al. Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by education and marital status: evidence from the first record linkage study in Lithuania. *Social Science and Medicine*, 2007, 64:1392–1406.

Европейское региональное бюро ВОЗ

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.

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

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17 • Факс: +45 39 17 18 18 • Эл. адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>