



EUROPE

World Health Organization
Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.

E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int

WHOLIS E89383

Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья: Восходящее выравнивание. Часть 2



EUROPE

Европейские стратегии по преодолению социального неравенства в отношении здоровья:

*Восходящее выравнивание
Часть 2*

Margaret Whitehead
Göran Dahlgren

Сотрудничающий Центр ВОЗ
по исследованию политики в области
социальных детерминантов здоровья
Ливерпульского университета

Исследования социальных и экономических детерминантов здоровья населения, № 3



**Европейские стратегии по преодолению
социального неравенства в отношении здоровья:**

***Восходящее выравнивание.
Часть 2***

**Margaret Whitehead
Göran Dahlgren**

Европейское региональное бюро ВОЗ – одно из шести региональных бюро в мире, каждое из которых имеет свою программу связанную с определенными проблемами здравоохранения в странах, которые оно обслуживает. Европейский регион охватывает около 870 млн человек и простирается от Гренландии на севере до Средиземноморья на юге и до берегов Тихого океана в Российской Федерации. Таким образом, Европейская программа ВОЗ особое внимание уделяет как проблемам индустриальных и постиндустриальных обществ, так и проблемам новых демократических государств Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР.

Чтобы обеспечить самый широкий доступ к авторитетной информации и рекомендациям по вопросам здравоохранения, ВОЗ заботится о распространении своих публикаций во всем мире, поощряя их перевод и подготовку адаптированных изданий. Литература ВОЗ способствует охране и укреплению здоровья населения во всех странах, помогает предупредить болезни и бороться с ними, внося таким образом, свою лепту в достижение главной цели Организации – наивысшего возможного уровня здоровья для всех людей.

Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие

Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, координирующий деятельность, которая привела к появлению этой публикации, учрежден Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве и при поддержке Министерства здравоохранения Италии и Области Венето. Одной из его основных обязанностей является обеспечение фактическими данными и организация действий в сфере социальных и экономических детерминантов здоровья. Офис систематически делает обзоры того, что сделано для сведения воедино концепций, научных данных, технологий и политических действий, необходимых для эффективного инвестирования в здравоохранение и достижения согласованности между социальным и экономическим развитием здравоохранения. Офис осуществляет две взаимосвязанных функции:

- мониторинг, обзор и систематизация последствий для политики социальных и экономических детерминантов здоровья населения;
- предоставление государствам-членам Европейского регионального бюро ВОЗ комплекса услуг для расширения их возможностей по инвестированию средств в укрепление здоровья путем изучения политической значимости социально-экономических детерминантов здоровья и их интеграции в программы развития.



**Европейские стратегии по преодолению
социального неравенства в отношении здоровья:**

Восходящее выравнивание.

Часть 2

**Margaret Whitehead
Göran Dahlgren**

Письма относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ
просьба направлять по адресу:

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

Можно также в режиме онлайн заполнить форму для получения докумен-
тации, информации по вопросам здравоохранения или для разрешения на
цитирование и перевод на веб-сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© **Всемирная организация здравоохранения, 2006, переиздание, 2007**

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной орга-
низации здравоохранения разрешает перепечатывать и переводить свои
публикации частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем ма-
териалы ни в коем случае не выражают мнения Секретариата Всемирной
организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны,
территории, города или района, их правительствах или их государствен-
ных границах. Пунктирные линии на картах означают приблизительные
границы, по которым может еще не быть полной договоренности.

Упоминание некоторых компаний или продукции отдельных изготовителей
не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпо-
чтение по сравнению с другими, не упомянутыми в тексте. Как правило, па-
тентованные наименования выделяются начальными прописными буквами.
Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры
предосторожности, с тем чтобы проверить информацию, содержащуюся
в этой публикации. Тем не менее публикуемый материал распространяет-
ся без каких-либо гарантий, либо выраженных, либо подразумеваемых. За
интерпретацию и использование материала несет ответственность читатель.
Ни в коем случае Всемирная организация здравоохранения не отвечает за
возможный ущерб при его использовании. Мнения, выраженные авторами,
редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения
и официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Ключевые слова:

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ – СОЦИАЛЬНАЯ СПРАВЕДЛИВОСТЬ –
ДОСТУПНОСТЬ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – БЕДНОСТЬ – СОЦИАЛЬНО-
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ – ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ –
ЕВРОПА – СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ
– ДЕТЕРМИНАНТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ – ДЕТЕРМИНАНТЫ
НЕРАВЕНСТВА В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности.....	VII
<i>Предисловие</i>	VIII
Аббревиатуры.....	X
Введение.....	1
Основные термины, используемые в Докладе.....	5
Часть А.	
Характер проблемы и пути, ведущие к социальному неравенству	
в отношении здоровья	9
I. Масштаб проблемы.....	10
II. Понимание ключевых причин	21
Детерминанты здоровья.....	21
Детерминанты социального неравенства в отношении здоровья	25
Часть В.	
Возможные политические действия и накопленный опыт	35
Слой 1. Макрополитическое окружение	36
I. Стратегии экономического роста	37
Экономический рост как детерминант здоровья	37
Улучшение здоровья как детерминант экономического роста ...	41
II. Неравенство в доходах и здоровье.....	42
III. Бедность и здоровье	46
Бедность как причина плохого здоровья.....	46
Плохое здоровье как причина бедности	51
Улучшение здоровья как выхода из бедности.....	55
Слой 2. Многосекторальные действия по преодолению неравенства	
в отношении здоровья.....	57
I. Образование	57
II. Производственная среда.....	60
III. Безработица	63
IV. Службы здравоохранения.....	66
Оценка системы здравоохранения с точки зрения	
справедливости	69
Политика здравоохранения, направленная на достижение	
справедливости	74

Слой 3. Социальная и общинная политика	81
Слой 4. Политика в отношении образа жизни сквозь призму справедливости	85
I. Борьба с потреблением табака	86
II. Злоупотребление алкоголем	91
III. Питание, физическая активность и ожирение.....	95
Часть С.	
Разработка стратегий здравоохранения, направленных на достижение справедливости	100
Стратегии по уменьшению разрывов в отношении здоровья.....	102
Схема действий в Европе	103
Постановка целей, направленных на достижение справедливости в отношении здоровья.....	106
Основные типы стратегий.....	109
1. Стратегии интегрированных детерминантов здоровья.....	109
2. Стратегии, направленные на специфические болезни.....	110
3. Подход, направленный на окружающую среду.....	111
4. Стратегии, направленные на специфические группы.....	113
Поставить последнюю точку в стратегиях достижения здоровья для всех	115
Библиография	117

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Этот доклад был подготовлен в тесном сотрудничестве с Европейским офисом ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, находящимся в Венеции. Учтены также советы Группы экспертов по вопросам бедности, неравенства в отношении здоровья и связанных с этим социальных и экономических детерминантов здоровья. Проекты данной публикации и работы на эту же тему, посвященной стратегиям, были представлены на различных совещаниях сотрудников ВОЗ и европейских консультациях, проведенных в Венецианском офисе. На проекты также были написаны анонимные рецензии. Переработка была сделана в соответствии с замечаниями, за которые авторы выражают благодарность, однако только они несут ответственность за окончательный текст и возможные погрешности, которые он содержит. Мы выражаем признательность Jerom M. Rosen за редактирование рукописи, а также Antonella Biasiotto и Cristina Comunian за административную поддержку.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Этот документ о европейских стратегиях по преодолению социального неравенства в отношении здоровья является очень своевременным, поскольку всё большее число европейских стран выражает готовность перейти от описания проблемы к ее решению. Документ представляет собой часть общеевропейских усилий, по разработке полезных инструментов и рекомендаций для стран, касающихся вопроса справедливости в отношении здоровья и является вторым документом, посвященных восходящему выравниванию для преодоления социального неравенства в отношении здоровья. Первый документ – «Восходящее выравнивание (часть 1)» – посвящен концепциям и принципам преодоления социального неравенства в отношении здоровья. Документ «Восходящее выравнивание (часть 2)» посвящен последним имеющимся данным о характере и масштабе проблемы в Европе; иллюстрирует подход к проблеме и возможные действия, которые можно применить, чтобы справиться с социальным неравенством в отношении здоровья, а также рассматривает вопрос самой разработки стратегий по преодолению неравенства в отношении здоровья.

В последние два десятилетия европейские государства – члены ВОЗ находились в первых рядах сторонников политики достижения справедливости, выступив, в том числе за подписание соглашения по общей стратегии здравоохранения в 1985 г., включившего задачу достижения справедливости. В 2003 г. ВОЗ подтвердила свою приверженность этой задаче, открыв Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие (Венецианский офис ВОЗ), деятельность которого специально сосредоточена на социальных детерминантах здоровья и на противодействии им систем здравоохранения. В 2006 г. директор Европейского регионального бюро ВОЗ заявил, что обеспечение поддержки в целях сокращения неравенства в отношении здоровья будет одним из 6 стратегических направлений деятельности Регионального бюро в долгосрочном плане до 2020 г.

Правильные действия и использование эффективных мер по преодолению социального неравенства в отношении здоровья означают, что система здравоохранения страны обладает достаточным потенциалом качественного управления. Системы здравоохранения охватывают всех людей и все действия, основной целью которых является улучшение здоровья. Цели системы здравоохранения должны предусматривать и уменьшение проявлений неравенства в отношении здоровья, осуществляемого таким образом, чтобы улучшалось состояние здоровья групп населения, находящихся в наиболее неблагоприятном положении. Поэтому содержание этого второго документа по восходящему выравниванию помещено в рамки деятельности системы здравоохранения. Более того, в документе всесторонне рассматриваются основные детерминанты вне системы здравоохранения, такие, как

различные типы стратегий экономического роста, неравенство в доходах, бедность, безработица и образование.

Этот документ появился в результате многочисленных консультаций, включая обсуждение предыдущих версий доклада, как на встречах, организованных ВОЗ, так и на международных форумах. Созданию этой окончательной версии помогли две европейские консультации по вопросам решения проблем в отношении социальных детерминантов здоровья и сокращения неравенства в отношении здоровья при участии министерств здравоохранения, межправительственных политических деятелей, академических и гражданских обществ из более 30 государств-членов (Эдинбург, 2006 и Лондон, 2007). Свой вклад в создание этого документа внесли также технические подразделения Европейского регионального бюро ВОЗ и национальные бюро ВОЗ. Созданию документа также помогли критические замечания широкого круга экспертов и политиков, работающих на международном, национальном и субнациональном уровнях. И последнее. Для обеспечения того, чтобы этот документ остался полезным инструментом для стран в целях преодоления социального неравенства в отношении здоровья, мы разработаем процесс мониторинга и регионального обновления документа.

Мы надеемся, что вместе с «Концепциями и принципами преодоления социального неравенства в отношении здоровья: восходящее выравнивание. Часть 1» (Whitehead & Dahlgren, 2007) эта работа поможет тем, кто разрабатывает политику, в их усилиях по преодолению социального неравенства в отношении здоровья в быстроменяющейся Европе.

*Erio Ziglio,
Директор,
Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие*

Аббревиатуры

ALPS	Affordability Ladder Programme (Программа лестницы доступности)
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита
ВНП	Валовой национальный продукт
ЕС	Европейский союз
ЕСП	Единая сельскохозяйственная политика Европейского союза
ИМТ	Индекс массы тела
ННГ	Новые независимые государства
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
СЦВЕ	Страны Центральной и Восточной Европы
ТОРС	Тяжелый острый респираторный синдром

ВВЕДЕНИЕ

«Социальные условия, в которых живут люди, в значительной степени влияют на их шансы быть здоровыми. И действительно, такие факторы, как бедность, социальная изоляция и дискриминация, плохие жилищные условия, нездоровые условия в раннем детстве и низкий профессиональный статус являются важными детерминантами большинства болезней, случаев смерти и неравенства в отношении здоровья как в разных странах, так и в пределах одной страны» [WHO, 2004].

Даже в странах Европейского региона ВОЗ с высокими и средними доходами возможности выжить и быть здоровым все еще тесно связаны с социально-экономическим положением индивидуумов и семей. Эти возможности отражаются в значительном и даже увеличивающемся неравенстве в отношении здоровья в странах Европы.

Это неравенство в отношении здоровья является несправедливым и предотвратимым, так как оно порождается нездоровыми общественной политикой и образом жизни, на которые влияют структурные факторы [Whitehead & Dahlgren, 2007]. Оно противоречит основному принципу прав человека, согласно которому «обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья является правом каждого человека» [Kalin et al., 2004]. Поэтому восходящее выравнивание состояния здоровья социально-экономических групп, находящихся в наиболее неблагоприятном положении, до уровня здоровья более привилегированных групп населения должно быть основным направлением политики здравоохранения на международном, национальном и местном уровнях.

Увеличивающееся число стран и международных организаций признали важность сокращения разрывов в отношении здоровья. Patricia Hewitt, министр здравоохранения Соединенного Королевства, с большой заинтересованностью говорила об этом на Саммите Европейского союза (ЕС) по преодолению несправедливости в отношении здоровья, проходившем в октябре 2005 г. [Hewitt, 2005]:

«Для нас, стран, входящих в Европейский союз (ЕС), уменьшение неравенства в отношении здоровья представляет основную ценность европейского общества, основанного как на социальной справедливости, так и на

экономическом процветании... И если мы собираемся создать не только преуспевающую, но и основанную на социальной справедливости Европу, сокращение разрывов в отношении здоровья и реальное обеспечение хорошего уровня здоровья каждому являются обязательными».

Безотлагательной и еще более важной задачей является улучшение здоровья населения в целом, и особенно групп с низкими доходами, в странах Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) и входящих в Содружество Независимых Государств (СНГ). Типичными тенденциями в состоянии здоровья населения в целом почти во всех этих странах являются стагнация и ухудшение, сопровождающиеся возрастающим социальным неравенством в отношении здоровья. Создается впечатление, что политические лидеры все больше осознают необходимость бороться с этими отрицательными тенденциями. Например, это было основной темой Послания Президента Путина к Федеральному Собранию по вопросу положения в стране в апреле 2005 г., в котором он подчеркнул: «Мы не можем мириться с тем, что российские женщины живут почти на 10, а мужчины – на 16 лет меньше, чем в странах Западной Европы» [Putin, 2005].

Международные организации, такие, как ВОЗ, также предпринимают и поддерживают усилия по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья. Примеры недавней деятельности ВОЗ: учреждение Комиссии по социальным детерминантам здоровья [WHO, 2004], вклад в разработку Бангкокской хартии по обеспечению здоровья в глобализированном мире [WHO, 2006a] и открытие нового Европейского офиса ВОЗ в Венеции по инвестициям в здоровье и развитие. Фактически, одним из основных этических принципов в стратегии ВОЗ Здоровье – 21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ является «справедливость в отношении здоровья и солидарность в действиях» [WHO Regional Office for Europe, 1999; WHO Regional Office for Europe, 2005c]. Достижение справедливости в отношении здоровья провозглашено также в качестве основного принципа как в 34 из 40 национальных стратегий достижения здоровья для всех, разработанных в различных странах Европейского региона ВОЗ [WHO, 2005c], так и в Бангкокской хартии по укреплению здоровья в глобализированном мире.

Тем не менее очень незначительное число стран разработали специальные стратегии по включению политики здравоохранения, направленной на преодоление неравенства, в экономическую и социальную политику.

Перспектива достижения справедливости также отсутствует во многих специальных программах, сфокусированных на различных детерминантах здоровья, даже в тех странах, которые заявляют, что уменьшение социального неравенства в отношении здоровья – задача, которая не принимается во внимание во всех стратегиях и программах, связанных со здравоохранением. Поразительно, насколько низок приоритет этой проблемы, если учесть, что люди считают здоровье одним из наиболее важных показателей благосостояния. Richard Wilkinson отметил [Wilkinson, 2005], что:

«Удивительно мало правительств проводят политику по сокращению десятков тысяч случаев избыточной смертности, уменьшая социальную иерархию, которая приводит к неравенству в отношении здоровья... Если люди умирают от воздействия какого-либо токсического вещества, предприятия будут немедленно закрыты, до тех пор пока опасность не будет устранена. Но если социальные процессы приводят к этим случаям смерти, то подобной срочности не ощущается».

Цель настоящего доклада – поощрять развитие основанных на фактических данных стратегий по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья. Доклад сконцентрирован на основных детерминантах социального неравенства в отношении здоровья, которые иногда могут отличаться от детерминантов здоровья для населения в целом. Особое внимание в докладе уделено политике и действиям, которые либо сокращают, либо усиливают неравенство в отношении здоровья, так как баланс между ними определяет возможности и ограничения при достижении целей здравоохранения, направленных на достижение справедливости.

Возможные политические действия, предложенные в данном докладе, базируются на научных данных и опыте, накопленном в различных странах. Поскольку политические изменения и различные вмешательства редко оцениваются с точки зрения их влияния на здоровье различных социально-экономических групп, многие из стратегий, представленных в этом докладе, основаны на допущении, что действия, изменяющие детерминанты социального неравенства, вероятно, будут влиять и на неравенство в отношении здоровья. Очевидно, будут моменты, когда для уменьшения существующего социального неравенства в отношении здоровья понадобятся скоординированные действия, а также случаи, где временной интервал между действием и его действительным влиянием на здоровье неизвестен. Такая неопределенность не относится исключительно к стратегиям, на-

правленным на уменьшение социального неравенства в отношении здоровья, она типична для большинства стратегий экономической и социальной политики и принимается во внимание в основных направлениях политики здравоохранения ВОЗ – «Здоровье-21» – для Европейского региона. «Хорошие данные по вопросам здравоохранения включают не только результаты исследований, но и другие знания, которые, по мнению лиц, принимающих решения, могут быть полезными» [WHO Regional Office for Europe, 2005c]. Возможные политические действия, представленные в данном докладе, должны рассматриваться и оцениваться с этой точки зрения.

Ценности, на которых основывается данный доклад, базируются на признаваемых международным сообществом социальных правах человека и главных принципах, указанных в Основных направлениях политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ [WHO Regional Office for Europe, 2005c].

Эти устоявшиеся ценности ясно указывают на предпочтительные направления изменений, даже если трудно оценить масштабы изменений в конкретный период времени.

Несмотря на то что существуют значительные различия между странами в масштабах и причинах социального неравенства в отношении здоровья, стратегического плана для ликвидации этих разрывов в состоянии здоровья не существует. Возможности (и препятствия) для осуществления политики, направленной на преодоление неравенства в отношении здоровья, также могут различаться в связи с рядом факторов, таких, как политические идеологии, институциональные рамки и мощь различных глобальных и национальных групп интересов. Таким образом, возможные политические действия, представленные в данном докладе, должны быть оценены и доработаны для каждой страны с учетом ее специфики. Тем не менее при оценке и разработке стратегий по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья, специфических для стран, общий аналитический подход доклада следует применить в большинстве стран Европейского региона.

Основная мысль доклада заключается в том, что попытки сократить социальное неравенство в отношении здоровья должны рассматриваться как неотъемлемая часть стратегии социального экономического развития (в общем) и специальных программ и стратегий здравоохранения (в частности).

Основные термины, используемые в этом докладе

Всегда стоит четко разграничивать понятия «неравенство в состоянии здоровья» и «неравенство, в вопросах оказания медико-санитарной помощи». См. также публикацию по этому вопросу [Whitehead & Dahlgren, 2007], в которой обсуждаются концепции и принципы, связанные с некоторыми нижеследующими определениями.

Термины, относящиеся к понятию «неравенство в состоянии здоровья»

Справедливость в отношении здоровья. Это понятие предполагает, что в идеале каждый человек может достичь своего наивысшего потенциала здоровья и при этом никто не должен находиться в неблагоприятных условиях из-за социального положения или других социально обусловленных факторов.

Политика здравоохранения, направленная на достижение справедливости. Это политика, направленная на уменьшение и устранение социального неравенства в отношении здоровья.

Социальное неравенство в отношении здоровья. Имеются в виду систематические различия в состоянии здоровья между различными социально-экономическими группами, зависящие от дохода, образования и рода занятий. Все систематические социальные виды неравенства в отношении здоровья в пределах страны являются социально обусловленными, поддающимися изменению и несправедливыми.

Словосочетания *социальное неравенство (social inequities) в отношении здоровья* и *социальная несправедливость (social inequalities) в отношении здоровья* в данном докладе являются синонимами. Они оба имеют одну и ту же коннотацию различий в состоянии здоровья, которые несправедливы и неправомерны.

Разрывы и пропасть применительно к здоровью. Эти термины взаимозаменяемы и используются вместе с понятием «социальное неравенство» в отношении здоровья.

Относительные различия в состоянии здоровья. Отношение показателей здоровья представителей групп, находящихся в неблагоприятном положении,

к соответствующим показателям базовых групп. Таким образом, относительные различия – это степень повышенного риска иметь плохое здоровье, например, в низшей социально-экономической группе по сравнению с высшей группой или с населением в целом. Относительные различия можно также оценить в процентном отношении различий между двумя группами.

Абсолютные различия в состоянии здоровья. Оценивают различия между значениями показателей для низших и высших социально-экономических групп – например, избыточное число случаев смерти от определенной причины (на 100 тыс. человек населения) в группе, находящейся в неблагоприятном положении, по сравнению с показателями наиболее привилегированной группы.

Гендерные различия в состоянии здоровья. Существуют экономически, социально и культурно обусловленные систематические различия в состоянии здоровья мужчин и женщин в противоположность биологическим различиям между полами. Таким образом, социальное неравенство в отношении здоровья по мере возможности следует характеризовать и анализировать отдельно для мужчин и отдельно для женщин, так как и величина, и причины наблюдаемых различий могут варьироваться между двумя полами и наоборот. Гендерные различия в состоянии здоровья должны, по возможности, быть увязаны с социально-экономическими причинами.

Этнические различия в состоянии здоровья. Существуют систематические различия в состоянии здоровья между различными этническими группами. Таким образом, социальное неравенство в отношении здоровья по мере возможности следует характеризовать и анализировать, принимая во внимание этническую принадлежность в странах с выраженной этнической дискриминацией, так как и величина, и причины наблюдаемых различий в состоянии здоровья могут варьироваться в зависимости от этнической принадлежности различных социально-экономических групп. И наоборот, описание и анализ состояния здоровья с точки зрения этнической принадлежности следует по возможности анализировать с учетом социально-экономических причин, чтобы оценить уровень социально-экономических различий в состоянии здоровья в различных этнических группах.

Географически обусловленные различия в состоянии здоровья. Это различия в состоянии здоровья, наблюдаемые в различных географических районах. Географически обусловленные различия в состоянии здоровья по возможности следует характеризовать и анализировать с учетом возрастной и социально-экономической структуры сравниваемых районов. Можно использовать характеристики состояния здоровья жителей районов с одно-

родной социальной структурой с учетом различий возрастной структуры как основу для оценки социального неравенства в отношении здоровья, когда данные о состоянии здоровья представителей различных социально-экономических групп либо очень ограничены, либо отсутствуют.

Детерминанты здоровья. Факторы, которые влияют на здоровье положительно или отрицательно. В докладе рассматриваются социальные, экономические и связанные с образом жизни детерминанты здоровья, т.е. факторы, на которые можно повлиять с помощью политических, коммерческих и индивидуальных решений, в противоположность возрастным, гендерным и генетическим факторам, которые также влияют на здоровье, но на которые в целом не могут повлиять политические или иные стратегии.

Детерминанты социального неравенства в отношении здоровья. Это социальные, экономические и связанные с образом жизни детерминанты здоровья, которые увеличивают или уменьшают социальное неравенство в состоянии здоровья. На эти факторы всегда можно повлиять с помощью политических, коммерческих или индивидуальных решений или сделав соответствующий выбор.

Термины, относящиеся к понятию «неравенство в вопросах оказания медико-санитарной помощи»

Справедливость в вопросах оказания медико-санитарной помощи. Включает понятие справедливой организации здравоохранения, которая обеспечивает равный географический, экономический и культурный доступ к имеющимся службам для всех при равных потребностях. Другое значение справедливости в вопросах медико-санитарной помощи включает равные возможности для получения соответствующей неформальной помощи и одинаково качественную профессиональную помощь для всех.

Обратный закон медико-санитарной помощи. Это понятие часто используется для описания ситуации, когда «доступность хорошей медико-санитарной помощи имеет тенденцию обратно коррелировать с потребностью в ней у обслуживаемого населения» [Hart, 1971].

Справедливые финансовые стратегии в отношении служб здравоохранения. Это подразумевает прогрессивные финансовые взносы в зависимости от платежеспособности, используемые для того, чтобы обеспечивать медицинскую помощь в зависимости от потребности, а не платежеспособности.



ЧАСТЬ А.
ХАРАКТЕР ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ, ВЕДУЩИЕ
К СОЦИАЛЬНОМУ НЕРАВЕНСТВУ
В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

I. Масштаб проблемы

Первое, что необходимо сделать для разработки стратегии по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья в пределах страны, – это оценить величину различий в состоянии здоровья и то, как она менялась с течением времени. Проблему следует рассматривать в контексте общих тенденций, касающихся состояния здоровья населения.

Исторические перспективы

С точки зрения исторической перспективы возможность выживания и возможность вести более здоровый образ жизни увеличились сверх ожидания. За последние 200 лет средняя продолжительность жизни людей удвоилась, и ожидаемая продолжительность жизни продолжает увеличиваться в большинстве стран [Williams, 2004]. Тем не менее успехи в достижении лучшего уровня здоровья между богатыми и бедными странами и между группами, находящимися в наиболее и наименее благоприятном положении в пределах одной страны, все еще очень различаются. Еще менее заметен успех в сокращении социального неравенства в отношении здоровья, но и он имеет место.

Что касается Европы, основные достижения, например, были достигнуты на пути уменьшения социального неравенства в отношении смертности в абсолютных показателях [Mackenbach et al., 2002]. Эти достижения тесно связаны с общим улучшением условий жизни и работы.

С исторической точки зрения некоторые относительные различия в состоянии здоровья между разными социально-экономическими группами также сократились и даже были почти ликвидированы в отношении некоторых показателей, касающихся здоровья. Например, благодаря таким продуманным шагам, как организация бесплатных служб охраны матери и ребенка; политика, направленная на улучшение жилищных условий; финансовая поддержка семей с низкими доходами и реформы, нацеленные на улучшение благосостояния, были почти полностью ликвидированы значительные различия в младенческой смертности, связанные с социально-экономическими причинами, которые наблюдались в Швеции в начале 1930-х годов [Burstrom, 2004]. Это не явилось – как иногда полагают – непосредственным результатом экономического развития, поскольку во многих странах Европы с таким

же уровнем экономического развития, как в Швеции, все еще наблюдается значительное неравенство в отношении младенческой смертности [Mielck et al., 2002]. Если говорить о Швеции, то ключевыми моментами были более здоровая и направленная на достижение справедливости экономическая и социальная политика. Также важно отметить, что такое уменьшение социального неравенства в отношении младенческой смертности было достигнуто, несмотря на сохранение значительных социальных различий в шведском обществе в целом. Поэтому довод, который иногда приводится в пользу того, что устранение социальной несправедливости в отношении здоровья является утопическим, не подтверждается фактами.

Несмотря на отдельные успехи, неравенство в основных вопросах, касающихся здоровья, все еще существует во всех странах Европы, и наблюдается общая тенденция скорее к относительному увеличению различий, чем к их уменьшению. В этой связи одной из наиболее важных задач общественного здравоохранения в настоящее время является преодоление неравенства в отношении здоровья, т.е. *восходящее выравнивание* состояния здоровья представителей групп, находящихся в неблагоприятном положении, доводя его до уровня состояния здоровья привилегированных групп. При разработке стратегий по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья в странах Европейского региона чрезвычайно важно учитывать различия в общих тенденциях, касающихся здоровья, между странами Западной Европы и странами Восточной Европы и бывшего Советского Союза.

Всеобщей моделью для Западной Европы является увеличение ожидаемой продолжительности жизни. В то же время социальное неравенство в отношении здоровья относительно возрастает. Растущие разрывы вызваны относительно более медленным улучшением состояния здоровья более низких социально-экономических групп по сравнению с более высокими группами. В противоположность этому в некоторых СЦВЕ и ННГ наблюдаются увеличивающиеся разрывы в вопросах социального неравенства в отношении здоровья наряду с отсутствием изменений или уменьшением ожидаемой продолжительности жизни для населения в целом. В этих случаях усиливающееся неравенство вызвано тем, что состояние здоровья низших социально-экономических групп ухудшается больше, чем у населения в целом. Учитывая общие тенденции этих различий, разрывы в состоянии здоровья, наблюдающиеся в странах Западной и Восточной или Центральной Европы, в последующих разделах будут рассмотрены отдельно.

Неравенство в отношении здоровья: страны Западной Европы

Почти во всех странах Западной Европы очень сильны проявления социального неравенства в смертности [обзор см.: Mackenbach, 2005]. Показатели избыточной смертности в низших социально-экономических группах зачастую на 25–50% и более превышают показатели в более высоких социально-экономических группах. Социальное неравенство выше среди мужчин, чем среди женщин; оно начинает проявляться на ранних этапах жизни и продолжается до старости. В большинстве стран почти половина избыточной смертности в низших социально-экономических группах объясняется неравенством в заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями. Социальное неравенство можно отметить также в отношении других серьезных болезней, таких, как некоторые виды рака, на психологические проблемы и травмы, но социальный градиент проявляется в отношении почти всех широко распространенных заболеваний.

В последние два десятилетия во многих западноевропейских странах наблюдается неожиданное значительное усиление социального неравенства, и «мало оснований говорить о том, что разрывы в смертности перестанут увеличиваться в ближайшем будущем» [Mackenbach, 2005]. Растущее неравенство в отношении смертности за последние два десятилетия документально подтверждено, например, в Англии и Уэльсе [Drever & Whitehead, 1997], Испании [Regidor et al., 1995], Нидерландах [van de Mheen, Reijneveld & Mackenbach, 1996], Финляндии [Valkonen, 1993], Франции [Lang & Ducimetiere, 1995] и Швеции [Vagero & Lundberg, 1995].

Возможности для оценки социального неравенства в отношении здоровья в одних странах лучше, чем в других. Уникальные данные, позволяющие детально анализировать социальное неравенство в отношении смертности, имеются в Англии, где различия регистрируются более 150 лет [Drever & Whitehead, 1997]. В Англии и Уэльсе, например, увеличился разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между специалистами и работниками неквалифицированного труда с 5,4 года в 1970-х годах до более чем 8 лет в 1990-х [Mackenbach, 2005].

Сведения, полученные из регистрационных книг Англии и Уэльса, показали, что у мужчин 20–64 лет – работников полу- или неквалифицированного физического труда вероятность умереть от коронарной болезни сердца и инсульта в 3 раза выше, чем у мужчин той же возрастной группы, занима-

ющих высокопрофессиональной деятельностью или работающих менеджерами. По оценкам, за год в Англии была бы спасена жизнь 17 тыс. мужчин, если бы у всех мужчин трудоспособного возраста были такие же низкие показатели смертности, как у мужчин группы специалистов и менеджеров [British Department of Health, 1999]. Исследования также показали наличие градиента во всем обществе, а не только между крайней группой с плохим здоровьем и остальными – с относительно хорошим здоровьем. Типично то, что постепенное, или линейное, ухудшение состояния здоровья наблюдается по мере ухудшения социального положения и называется *социальным градиентом* [Marmot et al., 1997].

Социальное неравенство в отношении смертности может быть также выявлено с точки зрения шансов выживания. Такой подход может дать более сильный толчок к действиям, так как показывает, например, что «у 15-летних мальчиков, проживающих в наиболее богатых районах Глазго, шанс дожить до 65 лет составляет 95%, в то время как у мальчиков из наиболее бедных районов – 50%» [Burns, 2005]. Министр здравоохранения Соединенного Королевства использовал более яркий пример для объяснения существующего социального неравенства в отношении здоровья, указывая, что при поездке в лондонском метро «от Вестминстера до Каннинг-тауна в восточной части Лондона (всего 8 остановок) ожидаемая продолжительность жизни для мужчин уменьшается на 1 год с каждой остановкой. Эта модель в какой-либо форме повторяется в каждой европейской стране, что является совершенно неприемлемым для цивилизованных развитых стран» [Hewitt, 2005].

Во Франции вероятность для мужчин – работников физического труда умереть в возрасте от 35 до 65 лет в 2 раза выше, чем для мужчин, занимающих высокие административные должности [Mesrine, 1999]. В Германии 16% детей в возрасте 11–15 лет, родители которых принадлежат к низшему социальному классу, жалуются на плохое здоровье по сравнению с 1% детей, родители которых относятся к высшему социальному классу [Klocke & Hurrelmann].

Социальное неравенство, проявляющееся при самооценке здоровья, иногда даже глубже, чем различия, связанные со смертностью. Так, сравнительное исследование, проведенное в 11 странах Западной Европы показало, что риск плохого здоровья при самооценке в 1,5–2,5 раза выше у лиц, находящихся на нижних ступенях социально-экономической лестницы, по сравнению с теми, кто находится на верхних ее ступенях [Mackenbach

et al., 2002]. В противоположность неравенству в отношении смертности, наблюдавшейся в 1980-х и 1990-х годах, социальное неравенство при самооценке здоровья остается довольно стабильным в большинстве европейских стран [Mackenbach, 2005].

Важно уделить внимание гендерным социальным различиям в отношении здоровья, поскольку женщины с низким доходом обычно испытывают двойное бремя, так как они бедны и являются женщинами. Данные, полученные в Швеции, показали растущее гендерное неравенство в состоянии здоровья: начиная с 1980 г. у женщин, занимающихся физическим трудом, и служащих низшего ранга в наибольшей степени сокращается число лет здоровой жизни [National Board of Health and Social Welfare, 2001].

Социальное неравенство в отношении здоровья объясняет значительную часть общего бремени болезней в государствах благосостояния Западной Европы. В Швеции почти треть общего бремени болезней связана с социально-экономическим неравенством в отношении здоровья. В основном это бремя ложится на неквалифицированных работников обоего пола. Значительная часть абсолютных различий между группами, находящимися в наименее и наиболее благоприятном положении, связана с ишемической болезнью сердца [Ljung et al., 2005]. Так как во многих европейских странах абсолютные социально-экономические различия в показателях смертности больше, чем в Швеции [Vagero & Eriksson, 1997], доля общего бремени болезней, связанных с неравенством в отношении здоровья, вероятно, в этих странах будет тоже больше, чем в Швеции. Следовательно, попытки уменьшить неравенство в отношении здоровья должны рассматриваться как важная стратегия увеличения среднего уровня состояния здоровья для населения в целом. Конечно, в некоторых странах осознают, что улучшение здоровья населения в целом не может быть достигнуто без дополнительных усилий по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья в пределах страны. Это касается Англии (население 50 млн человек в 2004 г.), где, по оценкам, национальные цели здравоохранения не могут быть достигнуты, если не будут предприняты дополнительные усилия для достижения прогресса в северо-западном регионе страны (население 7,4 млн человек) – регионе с наихудшими показателями здоровья населения и с наиболее высоким уровнем неблагополучия.

Неравенство в отношении здоровья: ННГ и СЦВЕ

Одной из величайших трагедий нашего времени является ухудшение состояния здоровья и усиление неравенства в отношении здоровья во время переходного периода от плановой к рыночной экономике в ННГ и СЦВЕ. Ожидаемая продолжительность жизни в Российской Федерации сегодня ниже, чем 40 лет назад [Vagero, 2005]. С 1991 по 1994 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин сократилась на 6 лет, а женщин – на 3 года. Неинфекционные болезни являются основной причиной смерти: 78% всех случаев смерти среди работающего населения в 2003 г. приходилось на сердечно-сосудистые болезни, рак и травмы [World Bank, 2005]. Основная тяжесть этого кризиса, связанного со смертностью, приходится на мужчин из низших социально-экономических групп [Walters & Suhrcke, 2005]. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляет для мужчин только 58 лет [World Bank, 2005], что намного меньше, чем в странах, находящихся на гораздо более низком уровне экономического развития, таких, как Вьетнам. Региональные различия в ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации также увеличиваются. С 1990 по 2000 г. различия между областями (административными районами) с самой высокой и самой низкой ожидаемой продолжительностью жизни увеличились с 10,5 до 17,9 года [Ivaschenko, 2004].

Эти отрицательные тенденции, касающиеся здоровья населения в целом и мужчин с низким социально-экономическим статусом в частности, за последние три десятилетия увеличили разрывы в ожидаемой продолжительности жизни между Российской Федерацией и странами Западной Европы от 4 до 14 лет [World Bank, 2005]. Гендерные различия в ожидаемой продолжительности жизни также значительны в Российской Федерации: российские женщины живут на 14 лет дольше, чем российские мужчины [World Bank, 2005]. Аналогичные гендерные различия в европейских странах составляют от 5 до 7 лет. Эти цифры ясно показывают, что существующие в настоящее время тенденции в странах с переходной экономикой приводят к значительному числу случаев смерти, которых можно избежать. Например, 17 млн россиян могли бы быть сегодня живы, если бы возрастные показатели смертности были такими же, как в 15 странах, которые входили в ЕС до 1 мая 2004 г. [Andreev, 2005].

Вызывают также озабоченность тенденции заболеваемости и инвалидности в России. Свое здоровье как плохое или очень плохое оценили почти 60% обследованных в самой нижней квантили по сравнению с 40% лиц

в самой верхней квантили [NOBUS Survey, 2003]. Следует также отметить, что шанс дожить до старости без инвалидности в когорте здорового населения среднего возраста в Российской Федерации составляет менее трети шанса аналогичной когорты в Швеции [Bobak et al., 2004].

У населения многих других странах Восточной и Центральной Европы наблюдается ухудшение здоровья, особенно у мужчин, и усиление социального неравенства в отношении здоровья [Groenhof et al., 1996]. Эстония является одной из стран, в которой с 1988 по 2000 г. наблюдалось значительное усиление социального неравенства в отношении здоровья. Например, показатель избыточной смертности взрослого населения из низшей социально-экономической группы (оцененной по уровню образования) составлял 50% в 1998 г. и увеличился до 138% к 2000 г. [Mackenbach, 2005]. К 2000 г. 25-летний выпускник высшего учебного заведения мужского пола, по оценкам, мог прожить на 13 лет дольше, чем мужчина того же возраста, принадлежащий к группе с более низким уровнем образования [Leinsalu, Vagero & Kunst, 2003]. Соответствующий разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между женщинами с высшим образованием и женщинами без образования составляет 8,6 года. При сравнении групп с различным уровнем образования распространенность плохого здоровья, исходя из самооценки, в 3 раза выше среди женщин с низким уровнем образования, чем с высоким. Это различие менее заметно у мужчин с различным уровнем образования [Walters & Suhrcke, 2005].

Аналогичные социальные модели болезней наблюдаются и в других странах Восточной Европы. Например, в Литве, Польше (только для мужчин) и Словении избыточный риск умереть у представителей низших социально-экономических групп более чем в 2 раза выше, чем у представителей высших социально-экономических групп [Mackenbach, 2005]. В Венгрии риск преждевременной смерти у мужчин, занимающихся физическим трудом, почти в 2 раза выше, чем у мужчин других профессий [Kunst, 1997]. Тем не менее исключением в отношении этих отрицательных тенденций является Чешская Республика, где показатели смертности для населения в целом изменились в лучшую сторону, включая низшие социально-экономические группы [Mackenbach, 2005].

Одной из болезней, тесно связанных с бедностью и плохими жилищными условиями, является туберкулез. За последние 15 лет распространенность туберкулеза в восточной части Европейского региона достигло чрезвычайного высокого уровня. В 2004 г. было отмечено более 400 тыс. случаев забо-

левания туберкулезом, 80% из которых имели место в 16 странах: в странах Балтии, ННГ и Румынии [WHO, 2006b]. Около 69 тыс. случаев смерти в регионе в 2004 г. было вызвано туберкулезом. Показатели распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в СЦВЕ и ННГ – одни из самых высоких в мире и в 10 раз превышают показатели в остальных регионах мира, составляя 14% для вновь выявленных больных. Из 20 стран с наиболее высокими показателями множественной лекарственной устойчивости к туберкулезу среди ранее лечившихся больных 14 находятся в Европейском регионе ВОЗ. В Регионе также регистрируются самые высокие показатели неудачи лечения (7%) и показатели, стоящие на втором месте, касающиеся смертности в результате лечения (6%) [ВОЗ, 2006b]. Бремя этой болезни распространено неравномерно среди населения этих стран, наиболее страдают уязвимые группы. Основными факторами риска развития туберкулеза, например в Российской Федерации, являются безработица, бедность, потребление сырого молока (еще один показатель бедности), перенаселение, незаконное употребление наркотиков и тюремное заключение [Coker et al., 2006].

В докладе, подготовленном Европейским офисом ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, сделан обзор новейшей литературы по проблемам социально-экономического неравенства в отношении здоровья в СЦВЕ и ННГ [Walters & Suhrcke, 2005]. В нем приводятся красноречивые свидетельства значительного и усиливающегося социального неравенства. Его отрицательный эффект на здоровье, испытываемый большими группами населения, является самым высоким у представителей низших социально-экономических групп. В докладе подчеркивается важность данных (которые, вероятно, часто используются не полностью) для описания и анализа социального неравенства.

Вызывает удивление тот факт, что недостаточно используются статистика естественного движения населения и данные переписи для исследования связи социально-экономического статуса с ожидаемой продолжительностью жизни, принимая во внимание, что во многих странах региона довольно хорошо ведется санитарная статистика, используются оценки социально-экономического статуса, а в свидетельствах о смерти нередко указывается образование.

Признание проблемы растет

Учитывая причины возникновения неравенства, в настоящий момент растет число стран и международных организаций, которые осознают важность разработки более целенаправленных и всесторонних стратегий по преодолению неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе. Тем не менее множество деклараций о необходимости преодоления неравенства оказываются просто риторическими, так как не предусматривают всеобъемлющих стратегий и действий по решению проблемы.

В некоторых странах лица, принимающие решения, могут даже не знать о размерах и тенденциях существующего неравенства в отношении здоровья населения своих стран. Это не может не удивлять, учитывая, что здоровье является одним из важнейших показателей благосостояния и развития человека.

Одна из преград, мешающих осознать проблему, связана с тем, что социальное неравенство в отношении здоровья в повседневной жизни *невидимо*, поскольку смерть и болезнь, как это часто кажется, достигают членов семьи и друзей по чистой случайности. Если бы только знать, кто будет жить, а кто умрет рано по причине, которую можно предотвратить; вполне вероятно, что такое *предвидение* проблемы радикально изменило бы отношение к вопросам здоровья.

Вследствие такой *невидимости* существует настоятельная потребность не только в улучшении систем информации в здравоохранении, но и в доведении результатов исследований до политиков и общественности в равной степени. Некоторые улучшения в этом плане уже происходят. В будущем, например, система медицинской информации ЕС позволит государствам-членам получить более полное представление о вопросах, касающихся неравенства в отношении здоровья, как в пределах своих стран, так и в сравнении с другими странами и регионами Европы [Kурrianoу, 2005].

Тем не менее необходимо прилагать значительные усилия на местном, национальном и международном уровнях по включению социального фона наравне с возрастными и гендерными характеристиками в описательный анализ заболеваемости и смертности. Это очень важно, так как информация, касающаяся социального неравенства в отношении здоровья, ценна не только при выработке и оценке стратегий здравоохранения, но и при определении путей выделения ресурсов для служб здравоохранения в со-

ответствии с потребностями. При разработке социальной политики в целом особо важными могут быть данные о различиях в состоянии здоровья. Например, более короткая ожидаемая продолжительность жизни рабочих по сравнению с остальным населением была основным аргументом в пользу сокращения на один год возраста выхода на пенсию для работников физического труда в рамках проведения последней пенсионной реформы в Италии [Costa et al., 2006]. И наконец, неравенство в отношении здоровья и его изменение во времени могут быть использованы в качестве показателей общего социального развития страны.

Ключевые моменты политики, необходимые для анализа неравенства в отношении здоровья

- По возможности используйте как абсолютные, так и относительные различия для определения неравенства в отношении здоровья. Это также важно с точки зрения политики, так как общие стратегии достижения благосостояния направлены на изменение абсолютного неравенства в отношении здоровья, в то время как для сокращения относительных различий в состоянии здоровья нужны как общие стратегии, так и стратегии, направленные на обеспечение справедливости.
- Используйте данные об уровне дохода, профессии или образовании для оценки социального положения. Все эти данные вполне надежно служат в качестве показателей социального положения в европейских странах, хотя у них и есть свои недостатки. На практике выбор часто ограничен теми данными, которые уже существуют в стандартных информационных системах стран.
- Используйте данные о состоянии здоровья жителей экономически привилегированных и менее привилегированных районов в качестве показателя социального неравенства в отношении здоровья в том случае, когда данные о здоровье различных социально-экономических групп отсутствуют. Возражения против такого подхода, согласно которым стратегия, направленная на обеспечение справедливости, не может быть разработана из-за отсутствия данных о состоянии здоровья в сопоставлении с социальным положением, можно не принимать во внимание, и их всегда следует отвергать.
- Обеспечьте возможность предоставления информационными службами здравоохранения данных о распределении различных причин смерти и проблем, связанных со здоровьем, в соответствии с социальным положением, а не только возрастом и полом. По возможности, данные о социальном положении и поле следует отделять друг от друга, так как уровень и причины наблюдаемого социального неравенства в отношении здоровья часто различаются у мальчиков или мужчин и девочек или женщин.
- Разработайте системы и специфические показатели для мониторинга и анализа социальных детерминантов здоровья в целом. В частности, обратите особое внимание на детерминанты социального неравенства в отношении здоровья, т.е. на детерминанты, которые значительно уменьшают или усиливают его.
- Публикуйте периодические обзоры – доклады о состоянии здравоохранения, которые бы включали глубокое аналитическое описание масштабов и тенденций неравенства в отношении здоровья и основные детерминанты, ее порождающие. Во многих странах уже издаются различные типы периодических докладов о состоянии здравоохранения, и одна из рекомендаций Саммита ЕС по преодолению несправедливости в отношении здоровья, проходившего в октябре 2005 г., – публиковать такие доклады каждые 5 лет.
- При рассмотрении альтернативных курсов политики в отношении конкретного детерминанта здоровья давайте прогнозные оценки числа спасенных жизней и количества людей, улучшивших здоровье. Такие прогнозы в некоторых странах уже составлены в рамках рассмотрения различных мероприятий по обеспечению безопасности на дорогах. Такие перспективные оценки предполагаемого влияния на здоровье можно распространить и на другие детерминанты здоровья, включив задачу достижения справедливости.

II. Понимание ключевых причин

Необходимо понять ключевые причины (детерминанты) существующего социального неравенства в отношении здоровья до того, как будет разработана эффективная политика по его преодолению. Тем не менее с концептуальной точки зрения детерминанты состояния здоровья населения в целом часто путают с детерминантами социального неравенства в отношении здоровья, и при выработке политических решений не делают различий между двумя видами детерминантов. Опасность такого подхода в том, что выработанная на его основе политика оказывается слишком общей и потому неэффективной в отношении сокращения разрывов в состоянии здоровья. Поэтому в этом разделе мы попытаемся разъяснить, в чем разница между этими детерминантами. Сначала будут рассмотрены основные общие детерминанты здоровья. Затем будут выделены пять ключевых механизмов, с помощью которых эти детерминанты здоровья могут становиться причинами социального неравенства в отношении здоровья. Для каждой из пяти детерминантов неравенства в отношении здоровья выделены направления политики и стратегии, обеспечивающие справедливость.

Детерминанты здоровья

Детерминанты общего состояния здоровья населения могут быть представлены в виде взаимосвязанных слоев радуги (см. рис. 1)

Рис. 1. Основные детерминанты здоровья



Источник: Dahlgren and Whitehead, 1993.

В центре рисунка помещены фигурки людей, на здоровье которых влияют возрастные, гендерные и наследственные факторы. Эти факторы в основном остаются неизменными. Тем не менее, по окружности рисунка представлены факторы, на которые теоретически можно повлиять с помощью политики. Во-первых, это факторы индивидуального поведения, такие, как курение и физическая активность. Во-вторых, люди взаимодействуют со своими партнерами и ближайшим окружением, которые на них влияют, – это второй слой. Затем, на возможность поддерживать здоровье влияют условия жизни и работы, обеспечение продуктами питания и доступность товаров первой необходимости и услуг (третий слой). И последнее. На здоровье населения в целом влияют экономические, культурные и средовые условия. В этой модели, описывающей детерминанты здоровья, особое внимание уделено следующим взаимосвязям: индивидуальный образ жизни и его включение в социальные нормы и сети, условия жизни и работы, которые, в свою очередь, связаны с более широкой социально-экономической и культурной средой.

Детерминантами здоровья, на которые могут влиять индивидуальные, коммерческие или политические решения, являются позитивные факторы здоровья, защитные факторы и факторы риска.

Позитивные факторы здоровья. Способствуют поддержанию здоровья. Позитивными факторами здоровья являются, например, экономическая безопасность, хорошие жилищные условия, обеспеченность питанием. К важным позитивным факторам здоровья относятся также контролирование событий своей жизни, хорошие взаимоотношения дома и другие эмоционально благоприятные социальные связи [Wilkinson, 2005].

Защитные факторы. Это факторы, которые устраняют риск или усиливают сопротивление болезни. Классическим примером является иммунизация против различных инфекционных болезней. Факторами, защищающими здоровье, также все в большей степени признаются психосоциальные факторы, такие, как социальная поддержка и ощущение смысла жизни [WHO, 2002]. К защитным факторам также относятся здоровые диеты, такие, как средиземноморская диета с большим потреблением фруктов и оливкового масла [Costa et al., 2006].

Факторы, или условия, риска. Приводят к проблемам, связанным со здоровьем и болезням, которые потенциально можно предотвратить. Эти факторы, или условия риска могут быть социальными или экономически-

ми либо связанными с окружающей средой или образом жизни, например загрязнение атмосферного воздуха и табакокурение.

На практике иногда бывает трудно разграничить эти категории детерминантов. Так как в центре внимания обычно находятся факторы риска, полезно попытаться идентифицировать позитивные и защитные факторы. Уместность холистического подхода в отношении детерминантов здоровья может быть проиллюстрирован выбором главных показателей при рассмотрении группы, подверженной какому-либо фактору риска, – например, 5 человек могут заболеть и 95 остаться здоровыми. В медицинских исследованиях часто встает вопрос, почему эти 5 человек заболели, в то время как 95, несмотря на тот же фактор риска, остались здоровыми; по меньшей мере, важно определить факторы, которые защитили их от болезни.

Следует оценить важность вклада различных факторов риска в общее бремя болезней, с тем чтобы определить первоочередные задачи и разработать соответствующие стратегии вмешательства. Такая оценка факторов риска была проведена ВОЗ [WHO, 2002]. В **Табл. 1** перечислены 10 основных факторов, влияющих на бремя болезней в Европе, по оценке ВОЗ. Все эти факторы могут считаться факторами риска *нижнего слоя*, связанными с поведением. На основе этих специфических факторов риска можно планировать только частичные действия, так как более широкие детерминанты здоровья *верхнего слоя*, показанные в правой части таблицы, не были количественно определены в анализе, проведенном ВОЗ.

Всеобъемлющая стратегия здравоохранения в отдельно взятой стране должна, конечно, включать детерминанты здоровья как нижнего, так и верхнего слоя, равно как и их взаимосвязи, которые часто бывают тесными. Например, неблагоприятные экономические и социальные детерминанты здоровья верхнего слоя должны быть связаны с причинами некоторых болезней и проблемами, связанными со здоровьем, которые находятся в нижнем слое. И наоборот, детерминанты здоровья нижнего слоя, такие, как нездоровый образ жизни, должны рассматриваться в контексте влияния верхнего слоя. Успех программ борьбы с табакокурением во многих странах можно отнести на счет политики, включающей действия в отношении как детерминантов верхнего слоя (таких, как законодательство в отношении табачной продукции и ее налогообложение), так и мероприятий нижнего слоя – медико-санитарного просвещения и программ борьбы с табакокурением.

Таблица 1

Важные факторы, влияющие на общее бремя болезней в Европейском регионе ВОЗ, 2002

<i>Нижний слой</i>	<i>Верхний слой</i>
10 основных факторов риска, связанных с поведением, Европа; определены ВОЗ	Более широкие факторы риска для здоровья, не поддающиеся точному количественному анализу
1. Табакокурение	– Глобальная неолиберальная политика торговли
2. Артериальная гипертензия	– Неравенство в отношении доходов
3. Злоупотребление алкоголем	– Бедность
4. Гиперхолестеринемия	– Факторы риска для здоровья, связанные с работой
5. Избыточная масса тела	– Отсутствие социальной сплоченности
6. Низкое потребление фруктов и овощей	
7. Недостаточная физическая активность	
8. Злоупотребление наркотическими средствами	
9. Небезопасный секс	
10. Дефицит железа	

Источник: WHO (2002).

Таблица 2

Общее бремя болезней, связанных с определенными факторами/условиями риска в ЕС и Швеции, 1997 г., %

<i>Фактор/условие риска</i>	<i>ЕС</i>	<i>Швеция</i>
Табакокурение	9,0	8,0
Потребление алкоголя	8,4	3,5
Ожирение	3,7	2,8
Обстановка на работе	3,6	2,2
Питание: низкое потребление фруктов и овощей	3,5	3,5
Относительная бедность	3,1	1,2
Безработица	2,9	2,4
Потребление наркотиков	2,4	1,7
Физическая активность: недостаточная	1,4	1,4
Питание: слишком много вредного жира	1,1	1,5

Источник: по материалам Diderichsen, Dahlgren & Vagero [1997].

Степень важности конкретных факторов риска как верхнего, так и нижнего слоя в разных европейских странах может быть различной. В Табл. 2 показано, что в Швеции отрицательное влияние алкоголя на общее бремя болезней вполнину меньше, чем в 15 странах, входивших в ЕС до 1 мая 2004 г. Каждой стране следует провести собственную оценку того, какие детерминанты здоровья наиболее важны в национальном контексте.

Детерминанты социального неравенства в отношении здоровья

Знание социальных детерминантов состояния здоровья (см. рис.1 и 2) необходимо, но недостаточно для определения и анализа детерминант социального неравенства в отношении здоровья. Следует продолжить осуществление анализа причинных факторов, поскольку *детерминанты неравенства (inequities) в отношении здоровья могут отличаться от социальных детерминантов здоровья для населения в целом, т.е. наиболее важные детерминанты здоровья могут различаться для различных социально-экономических групп*. Например, нездоровая обстановка, сопровождающая физический труд, является основным фактором риска для неквалифицированных рабочих в Швеции, но не для служащих высшего звена или для населения в целом [Lundberg, 1991].

Еще одним примером является бедность. Для стран с высоким уровнем доходов роль бедности в определении состояния здоровья населения в целом может быть незначительной и будет зависеть от того, сколько людей живет в бедности в данной стране. Так, в стране, где бедность не получила широкого распространения, она может составлять только 2% общего бремени болезней населения. В то же время с ней могут быть связаны 10% различий в бремени болезней между богатыми группами и группами с низким доходом в пределах страны. Это происходит в связи с тем, что бедность является основным фактором риска для здоровья бедных, в то время как по определению этот фактор не затрагивает богатых.

Вот почему чрезвычайно важно различать социальные детерминанты здоровья для населения в целом и социальные детерминанты неравенства в отношении здоровья.

Одним из подходов к пониманию основных причин (детерминантов) социального неравенства в отношении здоровья является сосредоточение внимания на тех путях и механизмах, которые приводят к тому, что известные

факторы риска для здоровья обуславливают социальные градиенты здоровья, наблюдаемые в конкретных странах [Diderichsen, Evans & Whitehead, 2001]. Применяя и развивая подходы Diderichsen et al., можно определить следующие 5 механизмов, или путей, ведущих к социальному неравенству в отношении здоровья в пределах страны.

1. Различные уровни могущества и ресурсов

Социальное положение в обществе, обусловленное образованием, родом занятий и экономическими ресурсами, оказывает сильное влияние на тип, величину и распределение факторов риска, которым подвержены различные социально-экономические группы. Группы, находящиеся в более благоприятном положении, обычно имеют больше возможностей вести здоровый образ жизни, чем менее привилегированные группы. Таким образом, социальное положение само по себе является важным детерминантом социального неравенства в отношении здоровья [Link & Phelan, 1996]. Чем шире социальные различия в обществе, тем ярче выражена стратификация. Это находит отражение как в правовых и институциональных установлениях, так и в политическом могуществе и рыночной силе.

Детерминанты социального неравенства в отношении здоровья, связанные с различным уровнем могущества и ресурсов, могут быть объяснены и оценены только на групповом или общественном уровне [Diderichsen, Evans & Whitehead, 2001]. Усилия по уменьшению различий в уровне образования и дохода между социально-экономическими группами, вероятно, будут иметь положительный эффект с точки зрения перспективы достижения справедливости в отношении здоровья, так как они усилят возможности менее привилегированных групп избежать нездоровых условий жизни и работы. Образование также может способствовать лучшему взаимопониманию между представителями различных групп общества и, таким образом, будет способствовать сокращению разрывов между группами, как будет показано в разделе, посвященном образованию, в Части II этого доклада.

В исследованиях, посвященных детерминантам социального неравенства в отношении здоровья, возрастающее внимание уделено психосоциальному влиянию социального положения. Таким образом, социальный статус сам по себе рассматривается как детерминант здоровья и, по выражению Richard Wilkinson, «оказывает значительное влияние на то, ощущают ли люди себя значимыми, оцененными и востребованными или на них смотрят сверху вниз, обращаются с ними как с незначительными, неуважаемыми, заклеяменными и униженными» [Wilkinson, 2005].

По эмпирическим данным, люди, занимающие низкое социально-экономическое положение, в среднем испытывают больший психосоциальный стресс, связанный с финансовыми трудностями и дисбалансом усилий и вознаграждения за них; они также сталкиваются с ситуациями в жизни либо на работе (или и с теми и с другими), что характеризуются высокими требованиями и низким контролем. По мнению Johan Machenbach, такие формы психосоциального стресса могут приводить, в свою очередь, к плохому здоровью (например, затрагивая эндокринную или иммунную систему) или поведенческим причинам (например, поведение, связанное с риском) [Mackenbach, 2005].

Дело в том, что психосоциальные детерминанты здоровья, такие, как отсутствие контроля на рабочем месте, отсутствие социальной поддержки, небезопасное жилище, приводящие к нездоровому стрессу, *социально структурированы*, т.е. связаны с социальным положением и поэтому обычно намного шире распространены среди людей с низким социальным статусом по сравнению с теми, кто занимает высокое социальное положение.

Тот факт, что причины социального неравенства в отношении здоровья следует искать в социальных условиях и классовой структуре общества, *не подразумевает*, что только изменения классовой структуры в целом могут уменьшить социально-экономические различия в состоянии здоровья. Тем не менее этот факт свидетельствует о том, что процессы, уменьшающие различия между различными группами населения, вероятно, будут также благоприятными для достижения справедливости в отношении здоровья.

Можно предположить, что уменьшение неравенства в отношении здоровья – это увеличение свободы и прав людей с наиболее ограниченными возможностями контролировать свою жизнь и жизнь общества, а также влиять на них [Dahlgren, 2003b]. Политическая и экономическая демократия, как и другие системы, дающие права лицам с наименьшими возможностями, должны рассматриваться в контексте всеобъемлющих стратегий по преодолению социального неравенства в отношении здоровья. Особое внимание следует уделить возможности усиления влияния наиболее бесправных групп населения на коммерческие рынки, так как необходимые товары и услуги на этих рынках предоставляются только тем, чьи потребности и спрос подтверждаются покупательной способностью.

2. Различные уровни предрасположенности к факторам, опасным для здоровья

Очевидной причиной того, что риск развития большинства основных болезней варьирует среди социально-экономических групп, является различие в предрасположенности к факторам, которые приводят к болезням или предотвращают их. Предрасположенность почти ко всем факторам риска (материальным, социально-психологическим и поведенческим) имеет обратную связь с социальным положением, т.е. чем ниже социальное положение, тем выше предрасположенность к различным факторам, опасным для здоровья. Это приводит к уже знакомому нам социальному градиенту в отношении здоровья. И наоборот, люди с наибольшим доступом к ресурсам имеют лучшие возможности избежать риска, болезней и отрицательных последствий плохого здоровья [Link & Phelan, 1995]. Неравномерное распределение социально-экономических детерминантов, связанных со здоровьем, таких, как доход, занятость, образование, хорошие жилищные условия, должно быть поставлено в центр стратегий, направленных на уменьшение неравенства в отношении здоровья [Graham, 2000].

Чтобы ускорить процесс уменьшения неравенства в отношении здоровья, следует по возможности проанализировать для каждой социально-экономической группы подверженность различным факторам риска. Тогда станет понятно, какие факторы риска важны для определенной группы и отличаются ли они от важных факторов риска для населения в целом. Так, например, в докладе французских исследователей показано, что факторы риска, связанные с работой, приводят к 20% всех случаев заболевания раком (кроме рака легкого) у работников физического труда и только к 5% случаев заболевания раком среди населения в целом [Haut Comité de la Santé Publique, 1998]. Поэтому значению улучшения производственной среды уделяется большее внимание в политике здравоохранения, направленной на достижение справедливости, чем в проведении мер, ограничивающихся только общими улучшениями положения населения.

Влияние такого неравномерного распределения справедливости в отношении здоровья очень велико в Европе, так как почти все факторы риска имеют выраженный обратный социальный градиент, включая такие факторы образа жизни, как табакокурение и злоупотребление алкоголем. И наоборот, такое здоровое поведение, как грудное вскармливание, имеет тенденцию к уменьшению с понижением социального статуса.

Важно также попытаться понять, *почему* существует социальный градиент в отношении подверженности различным факторам, опасным для здоровья, а также факторам, способствующим его укреплению и охране. Эти скрытые причины, стоящие за уже известными, должны быть по возможности выявлены, так как знание движущих сил чрезвычайно важно для развития стратегий здравоохранения, направленных на достижение справедливости. Поэтому, вероятно, следует сосредоточиться на финансовых и политических структурах верхнего слоя в стране. Что касается указанного выше примера о возросшем риске заболеть раком у французских работников физического труда, то принцип вмешательства должен быть построен на том, как увеличить возможности профсоюзов и правительства уменьшить факторы риска в отношении заболевания раком на рабочих местах, даже если работодатели не желают этого делать.

Если существует четкий социальный градиент для какого-либо из детерминантов здоровья, то осуществление политики может потребовать определенных усилий и дополнительных финансовых ресурсов, а также специальных методов и подходов для уменьшения факторов, опасных для здоровья тех, кто наиболее подвержен риску. Тем не менее это не означает нацеленности только на эти группы. Наоборот, такие специальные усилия должны быть направлены на благо всего общества и в то же время на уменьшение социального неравенства в отношении здоровья. Потребность в такой политике *восходящего выравнивания* может быть проиллюстрирована потребностью в уменьшении и ликвидации профессиональных факторов, опасных для здоровья, на всех рабочих местах, где это возможно.

Четко разработанные стратегии, направленные на достижение справедливости, также необходимы в специальных программах здравоохранения. Так, например, это может быть важным направлением в программах борьбы с табакокурением в странах, где общие показатели курения снижаются, но в то же время возрастает социальное неравенство, касающееся потребления табака. Это происходит потому, что уменьшение курения в основном имеет место у групп с высокими и средними доходами, в то время как распространенность курения остается такой же или растет в группах с низкими доходами, особенно в некоторых странах у женщин с низкими доходами. Что действительно необходимо в настоящее время – так это общие программы борьбы с табакокурением, включающие определенные усилия по преодолению специфических, в зависимости от пола, детерминантов социального неравенства в отношении условий, способствующих курению, таких, как отрицательный стресс, связанный с условиями жизни и работы.

3. Один и тот же уровень подверженности, ведущий к различным последствиям

Один и тот же уровень подверженности определенному фактору риска может иметь различные последствия для различных социально-экономических групп. В Швеции, например, одинаковые уровни злоупотребления алкоголем (измеренные в единицах чистого спирта) вызывают болезни, связанные с потреблением алкоголя, в 2–3 раза чаще у мужчин, занимающихся физическим трудом, чем у мужчин – государственных служащих [Hemmingsson et al., 1988]. Эти различия в последствиях для разных групп можно объяснить различиями в моделях потребления спиртных напитков и системах социальной поддержки дома и на работе. Таким образом, в основе политики, направленной на уменьшение социального неравенства в отношении здоровья, вызванной такого рода различиями последствий, должна быть ориентация на социальную, культурную и экономическую среду, а также на уменьшение конкретного фактора риска. Это потребует социальной и финансовой поддержки помимо вмешательств, непосредственно связанных со спросом на спиртные напитки и с их предложением (см. раздел об употреблении алкоголя в Части II).

Различия в последствиях могут также иметь место в связи с большей вероятностью для групп с низкими доходами быть подверженными одновременно нескольким факторам риска, которые усиливают друг друга. Длительный стресс, например, может увеличить риск развития инфекционных болезней, так как он подавляет иммунитет [Wilkinson, 2005]. Относительный риск развития неинфекционных заболеваний может также увеличиваться, если различные факторы риска соединятся. По оценкам министра здравоохранения Российской Федерации, такое соединение многочисленных факторов увеличивает риск смертности от сердечно-сосудистых болезней в 5–7 раз [Russian Ministry of Public Health, 1997].

Понимание причин социального неравенства в отношении здоровья открывает еще большие перспективы, так как неравенство в общем состоянии здоровья вызвано совокупным влиянием многих факторов, таких, как социальная изоляция, низкий доход, злоупотребление алкоголем и плохой доступ к службам здравоохранения.

Все еще мало исследований в области синергических (усиливающих друг друга) последствий различных групп факторов риска, характерных для групп с низкими доходами. Целевая группа ВОЗ по первоочередным иссле-

дованиям вопросов справедливости в отношении здоровья рекомендовала, чтобы наибольший приоритет получили исследования, направленные на выяснение взаимосвязи факторов, влияющих на вероятность достижения и поддержания хорошего уровня здоровья в индивидуальном и социальном контексте [WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team, 2005]. Вероятно, такие сложные взаимосвязи могут наблюдаться среди групп с низкими доходами, подверженных одновременно воздействию группы факторов риска, таких, как экономический стресс в связи с низким доходом, стесненные жилищные условия, курение и ожирение. Вероятно также, что осознанная возможность *что-то предпринять* уменьшается по мере увеличения бремени факторов риска.

Когда приходится иметь дело с группой факторов риска, то ключевым вопросом политики становится определение отправных пунктов для уменьшения или устранения синергических эффектов и разработки *пакета* нескольких различных курсов политики и вмешательств, призванных разорвать порочный круг плохого здоровья. Это основная задача при разработке и осуществлении программ здравоохранения, ориентированных на общины, таких, как стратегии восстановления районов проживания.

4. Влияние жизненного цикла

Другой важный путь, ведущий к социальному неравенству в отношении здоровья в пределах страны, требует учета всего жизненного цикла, поскольку рассматривает совокупный результат всех, рассмотренных выше путей в их взаимодействии на протяжении жизни. Многие события в начале жизни впоследствии ведут к плохому здоровью, и стесненные материальные условия в детстве а в большей мере определяют состояние здоровья в будущем, чем социальное положение на протяжении взрослой жизни [Lynch, Kaplan & Salonen, 1997; Eriksson et al., 1999]. Доказано, что лишения в детстве напрямую связаны с плохим здоровьем во взрослом возрасте, например в СЦВЕ и ННГ [Walters & Suhrcke, 2005].

Состояние жизненного цикла родителей может воздействовать на детей, так как оно тесно связано с социальными причинами. Так, социальное положение родителей влияет на успехи в образовании их детей, которые, в свою очередь влияют на условия работы и уровень заработной платы детей, когда они вырастают. Специфические факторы риска также связывают поколения [Power & Matthews, 1997]. Так, например, тот факт, что женщины из рабочего класса курят больше во время беременности, частично объяс-

няет более высокие показатели низкой массы тела ребенка при рождении у представителей низших социально-экономических групп, что, в свою очередь, увеличивает риск (и социальное неравенство в отношении здоровья) развития коронарной болезни сердца, инсульта, гипертензии и инсулинзависимого сахарного диабета, когда дети подрастут.

Хронические болезни в детстве, более распространенные среди детей работников физического труда, могут иметь отдаленные последствия для здоровья в будущей жизни. Плохие социально-экономические условия также связаны с некоторыми нездоровыми привычками в юности, такими, как курение.

Такие кумулятивные эффекты, связанные с жизненным циклом, можно считать основным объяснением различий в состоянии здоровья и ожидаемой продолжительности жизни, связанных с социально-экономическим статусом [WHO, 2002]. С точки зрения проведения политики в сфере здравоохранения возрастает значение вмешательств на самой ранней стадии как основной стратегии по предотвращению процессов, которые усилят риск в отношении плохого здоровья позже. Особое внимание следует обратить на бедность родителей, которая может привести к цепочке социальных факторов риска, разрушающих здоровье в течение всего жизненного цикла. Таким образом, политика, направленная на достижение благосостояния, должна «обеспечивать не только сети безопасности, но и создавать плацдарм для компенсации неблагоприятного положения в начале жизни» [WHO Regional Office for Europe, 2005c]. Эти стратегии по уменьшению неравенства в отношении здоровья в детстве должны включать восходящее выравнивание стандартов жизни и определенные вмешательства по охране здоровья детей из низших социально-экономических групп, а также вмешательства, направленные на улучшение здоровья детей в целом [Mielk, Graham & Bremberg, 2002]. Сокращение причин бедности, переходящих из поколения в поколение, и увеличение возможностей для здорового и позитивного детства являются одними из главных задач при попытке уменьшить социальное неравенство в отношении здоровья.

5. Различные социальные и экономические последствия болезней

Пятый потенциальный путь, ведущий к социальному неравенству в отношении здоровья, связан с различными социальными и экономическими последствиями болезни. Плохое здоровье может иметь множество неблагоприятных последствий для жизни людей и ощущения полноты жизни,

включая потерю заработка и одновременно потерю работы, социальную изоляцию или исключенность, вызванные безработицей или ограничением деятельности в связи с болезнью. В то же время больные люди могут нести дополнительные финансовые расходы из собственного кармана, связанные с оплатой медицинской помощи и необходимых им лекарств. Все эти отрицательные последствия болезни, вероятно, могут привести к обстоятельствам, идущим по нисходящей спирали, которые ухудшают здоровье еще больше.

Если социальный градиент, определяющий глубину этих последствий, действительно существует и при этом неблагоприятные социально-экономические последствия растут вместе с ухудшением социально-экономического положения, то в конце концов это может способствовать проявлению наблюдаемого социального неравенства в отношении здоровья. Свидетельства этого можно найти как в Швеции, так и в Соединенном Королевстве, где существует социальный градиент в отношении показателей занятости людей с хроническими болезнями или инвалидностью: шансы получить работу уменьшаются по мере ухудшения социально-экономического положения. Эти неблагоприятные последствия, тем не менее, больше выражены в Соединенном Королевстве, чем в Швеции [Lindholm, Burstrom & Diderichsen, 2002; Burstrom et al., 2003].

Представители высших социально-экономических групп, у которых есть проблемы со здоровьем, часто имеют лучший шанс сохранить работу, чем представители низших социально-экономических групп с аналогичными проблемами [Lindholm, Burstrom & Diderichsen, 2002]. Таким образом, риск потерять доход от работы, вероятно, имеет обратную связь с исходной заработной платой. Риск экономического стресса и болезней, связанных с бедностью, еще более увеличивается среди представителей низших социально-экономических групп, особенно в странах, не имеющих соответствующих систем финансового страхования тех, кто не может работать из-за плохого здоровья.

Первостепенные политические шаги на этом пути включают системы улучшенной финансовой поддержки, с тем, чтобы нивелировать потерю дохода из-за плохого здоровья, а также эффективные программы реабилитации и переподготовки [Diderichsen, 2002].

Ключевые моменты политики, касающиеся детерминантов неравенства в отношении здоровья

Исследователям и лицам, принимающим решения, рекомендуется следующее:

- Необходимо проводить больше исследований для углубления понимания именно тех механизмов, с помощью которых детерминанты здоровья порождают неравенство в отношении здоровья.
- Особое внимание следует уделить тому, насколько тесно социальные различия в жилищных условиях связаны с психосоциальными детерминантами здоровья, которые, в свою очередь, например из-за хронического стресса, приводят к болезням и проблемам, связанным со здоровьем.
- Первоочередное внимание следует уделить исследованиям, посвященным изучению синергических последствий различных факторов риска, особенно в группах с низкими доходами. Лонгитюдные когортные исследования дают возможность анализировать детерминанты социального неравенства в отношении здоровья на протяжении всего жизненного цикла.
- Данные об основных детерминантах социального неравенства в отношении здоровья должны активно и широко распространяться в изложении, легко понятном для людей без профессиональной подготовки в области эпидемиологии и организации здравоохранения. Следует объяснить и подчеркнуть важность осознания различий между детерминантами здоровья, воздействующими на все население, и детерминантами социального неравенства, действующими внутри этой общности.
- Следует и дальше разрабатывать методы оценки воздействия различных факторов на здоровье, с тем чтобы выявить положительные и отрицательные последствия для здоровья, связанные с возрастом, полом и социальным положением.
- В любом анализе детерминантов социального неравенства в отношении здоровья важно постараться оценить время протекания процесса – период между окончанием воздействия и влиянием этого воздействия на здоровье, – с тем чтобы не пропустить ключевые эффекты из-за выбора слишком коротких временных рамок.
- Следует продолжать необходимые исследования, но для эффективных действий достаточно и существующих знаний. Даже не обладая всей полнотой данных, профилактические и защитные мероприятия следует проводить незамедлительно. Стратегии по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья не отличаются от каких-либо других экономических или социальных стратегий, так как они должны быть основаны на самых точных данных, но они также должны поддаваться изменению, по мере того как будет накоплен дополнительный опыт и представлены результаты новых исследований.

ЧАСТЬ В.

ВОЗМОЖНЫЕ ПОЛИТИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ И НАКОПЛЕННЫЙ ОПЫТ

Рассмотрев различные причины возникновения социального неравенства в отношении здоровья, данный доклад представляет варианты некоторых возможных политических действий по вмешательству в решение проблемы. Важно рассмотреть каждый слой влияния, представленный на рис.1 в виде радуги, сфокусировав внимание на влиянии каждого слоя на социальное неравенство в отношении здоровья и затем решить, что можно почерпнуть из накопленного опыта, чтобы применить в будущих действиях. В последующих четырех разделах мы рассмотрим таким образом каждый из четырех слоев.

Невозможно выявить все важные результаты исследований, посвященные социальному неравенству в отношении здоровья, и усилиям по его сокращению с начала 1990-х годов. Вместо этого в этой части доклада проанализированы различные подходы и возможные стратегии сегодняшней политики вмешательства в качестве наглядных примеров.

Слой 1. Макрополитическое окружение

Подспудные силы, которые вызывают социальное неравенство в отношении здоровья, в большой степени связаны с макрополитическим окружением в наружном слое радуги, как показано на рисунке. Это окружение включает неолиберальные стратегии экономического роста, которые усиливают неравенство в доходах и увеличивают бедность. В связи с усиливающейся глобализацией национальных экономик возможности национальных правительств влиять на эти тенденции уменьшились.

В то же время возрастает важность воздействия основных акторов на финансовые рынки – и не только на эти рынки, но и в целом на экономическое и социальное развитие. Согласно *The Economist* (2006):

«Глобализация, помимо всего прочего, переместила баланс сил рынка труда в сторону компаний. Она обеспечила фирмам доступность дешевой рабочей силы за границей, и угроза того, что компании переместят еще большую часть производства за пределы страны, помогает заморозить заработную плату. В этом кроется одна из причин того, что несмотря на рекордную прибыль, реальная заработная плата в Германии за последние два года уменьшилась, что, в свою очередь, сократило внутренние расходы и, соответственно, рост ВВП (внутренний валовой продукт)... Другими словами, давняя связь между корпоративным и национальным процветанием разорвалась».

С точки зрения справедливости в отношении здоровья сложившаяся ситуация требует приумножения усилий по укреплению как международных организаций, так и международного сотрудничества при одновременном усилении внимания к экономической политике, которая может обеспечить развитие человека и сократить социальное неравенство.

Оценки влияния этих общих, относящихся к *верхнему слою* детерминантов здоровья и социального неравенства в отношении здоровья, часто оказы-

Основные детерминанты здоровья



Источник: Dahlgren and Whitehead, 1993.

ваются недостаточными; акцент обычно делается только на результатах вмешательств в отношении специфических детерминантов нижнего слоя. Поэтому необходимо предпринять интенсивные попытки выявить и по возможности количественно оценить влияние различных стратегий экономического роста, неравенства в отношении здоровья и бедности на состояние здоровья различных социально-экономических групп.

Как рекомендует целевая группа ВОЗ, главный приоритет следует отдать исследованиям глобальных факторов и процессов, которые влияют на справедливость в отношении здоровья, а также исследованиям глобальных процессов, которые препятствуют усилиям в разных странах по преодолению неравенства в отношении здоровья [WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team, 2005].

I. Стратегии экономического роста

Существует взаимосвязь между экономическим ростом и здоровьем, так как экономическое развитие может укреплять здоровье, а улучшенное здоровье может способствовать экономическому росту. Перспектива достижения справедливости в отношении здоровья является стратегически важной в этих взаимосвязях.

Экономический рост как детерминант здоровья

В течение длительного времени здоровье населения улучшалось по мере экономического роста страны. Тем не менее эта тенденция значительно варьируется, и в некоторых странах, находящихся на одинаковом уровне экономического развития, наблюдаются значительно различающиеся уровни ожидаемой продолжительности жизни и младенческой смертности. И наоборот, некоторые страны с намного меньшим уровнем валового национального продукта (ВНП) на душу населения достигли такого же уровня здоровья, как и намного более богатые страны [Sen, 2001]. Таким образом, экономическое развитие автоматически не влечет за собой улучшения здоровья. Масштабы того, насколько экономический рост улучшает здоровье, в большой степени зависят от избранной политики развития на местном, национальном и международном уровнях.

В связи с этим следует четко разграничивать стратегии экономического роста, способствующие здоровью, менее способствующие здоровью и вовсе ему не способствующие. Позитивная связь между экономическим ростом и

улучшением здоровья в основном определяется тем объемом экономических ресурсов, которые выделяются для повышения уровня жизни групп с низкими доходами и инвестируются в общественное здравоохранение и систему образования [Anand & Ravillion, 1993]. Если экономический рост будет в основном увеличивать доходы богатых групп населения, а службы здравоохранения будут недостаточно финансироваться, тогда позитивная связь между экономическим ростом и улучшением здоровья ослабнет или даже совсем исчезнет [Sen, 2001]. Это, в свою очередь, найдет отражение в высоких показателях смертности и заболеваемости групп, находящихся в неблагоприятном положении, в очень богатых странах. Соединенные Штаты Америки – одна из наиболее богатых стран – занимает 43-е место в мире по показателю младенческой смертности. Если этот показатель улучшится и достигнет уровня другой богатой страны – Сингапура, каждый год будут спасены жизни 18 200 американских детей [CIA, 2006].

Такое несоответствие наблюдается также и в других странах. В Российской Федерации, например, показатели смертности мужчин от различных заболеваний в 2005 г. были значительно выше, чем в странах с аналогичным доходом на душу населения [World Bank, 2005]. Тот факт, что ожидаемая продолжительность жизни уменьшилась в Российской Федерации, несмотря на периоды экономического роста, говорит о том, что одного экономического роста недостаточно для развития человека.

Факты такого рода свидетельствуют о том, что в перспективе экономический рост следует рассматривать как *ресурс* для развития человека, а не как конечную цель [Sen, 2000]. Эта перспектива, по-видимому, все больше находит сторонников – и не только среди исследователей и разработчиков политики в сфере здравоохранения -- судя по таким заявлениям, как: «Истинной целью экономической деятельности является увеличение социального благосостояния, а не само по себе производство товаров» [Suhrcke et al., 2005]. Опасения учитывать только экономический рост сам по себе также выражались многими национальными и международными организациями. Например, Oxfam – международная неправительственная организация, базирующаяся в Соединенном Королевстве, – отметила, что такие стратегии обычно страдают от двух недостатков. Они «направлены против бедных, так как игнорируют критическую роль распределения доходов при создании возможностей для сокращения бедности, и против развития, так как вопиющее неравенство и бедность связаны с растрачиванием производительного потенциала в широком масштабе» [Watkins, 2000].

Тем не менее преобладающей тенденцией все еще остается сосредоточение на темпах экономического роста как таковых, а не на последствиях для развития человека, особенно для групп, находящихся в наиболее неблагоприятном положении. Приватизация общественных служб и развитие свободного рынка и конкуренции, без учета этих задач, еще более усилили существующую тенденцию. На Социальном саммите 1995 г. Франсуа Миттеран сказал о последствиях этой узкой перспективы экономического роста [Mitterand, 1995]:

«Мы дошли до точки, когда наши общества стали аппендиксами для экономики. ... Позволим ли мы превратить мир в глобальный рынок, где правила игры устанавливаются теми, кто обладает наибольшим могуществом, и где единственной целью общества является получение максимальной прибыли в кратчайшие сроки? Хотим ли мы жить в мире, где несколько часов спекулятивных операций способны уничтожить результаты работы миллионов людей? Можем ли мы создать международный порядок, основанный на прогрессе, особенно социальном прогрессе?»

Вместо того чтобы отвечать на поставленные вопросы, экономический рост и справедливость обычно рассматривают обособленно друг от друга. Сторонники такого рассмотрения приводят доводы, что сначала надо оптимизировать рост, а затем взвешивать возможности перераспределения экономических ресурсов. Эта стратегия неэффективна, так как на самом деле возможности перераспределения ресурсов на поздней стадии обычно весьма ограничены.

Другие утверждают, что между экономическим ростом и справедливостью существует взаимосвязь и что сокращение разрывов в доходах различных групп будет вредить экономическому развитию страны. Гармонизация налогов в ЕС, например, обычно означает уменьшение налогов до самого низкого общего уровня, так как предполагается, что увеличение налогового обложения сократит эффективность рынка и, следовательно, экономического роста. Эмпирическая основа этого утверждения слаба или не существует в европейском контексте, где в странах с меньшими разрывами в доходах, таких, как страны Северной Европы, показатели экономического роста такие же, как в странах с большим неравенством в доходах, или выше [World Economic Forum, 2005]. Расширенные исследования, проведенные в Швеции, также ясно показали, что не существует эмпирических данных, подтверждающих утверждение, что уровень налогообложения в государстве благосостояния – Швеции мог иметь какой-либо поддающийся

количественному измерению эффект на развитие в стране [Palme, 2004]. Наоборот, в странах, где существуют системы всеобщего благосостояния и где поддерживается высокий уровень доходов *для всех*, показатели бедности ниже и разрывы в уровне доходов между группами населения меньше, чем в целевых системах, обеспечивающих сети социальной помощи только для бедных [Kogri & Palme, 1998]. Этот вывод, безусловно, очень важен с точки зрения справедливости в отношении здоровья.

Возможные стратегии экономического роста в интересах достижения справедливости

- Признать, что экономический рост является *ресурсом* для общественного развития, особенно среди наиболее неблагополучных групп населения.
- Разработать *эффективные стратегии экономического роста*, которые могут обеспечить общественное развитие в целом и в особенности сократить бедность, улучшить жилищные условия для наиболее неблагополучных групп и увеличить доступность высококачественного образования и служб здравоохранения. В противоположность таким стратегиям *неэффективные стратегии экономического роста* – это такие, которые усиливают бедность, увеличивают различия в доходах и связаны с политикой, уменьшающей доступ к здравоохранению и образованию.
- Разработать приспособленные к вопросам здравоохранения инструменты измерения ВВП, где бы учитывалась полная стоимость плохого здоровья (таким же образом, как учитывается влияние окружающей среды при вычислении «зеленого» ВВП).
- Определить и оценить развитие, используя индекс, аналогичный индексу развития человеческого потенциала, разработанному Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) [UNDP, 2005]. Таким образом, экономическое развитие станет ресурсом для достижения таких целей, как Цели развития тысячелетия и цели здравоохранения, направленные на достижение справедливости, определенные Европейской стратегией «Здоровье для всех» [WHO Regional Office for Europe, 1999] и национальными правительствами.
- Поощрять исследования глобальных факторов и процессов, влияющих на справедливость в отношении здоровья и препятствующих деятельности стран по решению национальных проблем неравенства в отношении здоровья, как рекомендует целевая группа ВОЗ по определению приоритетов в исследованиях вопросов равенства в отношении здоровья, с тем чтобы политика справедливости была поставлена на повестку дня [WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team, 2005].

Улучшение здоровья как детерминант экономического роста

Улучшение здоровья является важным детерминантом экономического роста, так как увеличивает производительность труда, обеспечение рабочей силой, успехи в образовании и сбережения. Тот факт, что улучшение здоровья способствует экономическому развитию, все больше находит подтверждение в увеличении стоимости плохого здоровья для общества и бизнеса. В Соединенном Королевстве, например, в 2004 г. в целом было потеряно 35 млн рабочих дней: 28 млн – в связи с болезнями, связанными с работой, и еще 7 млн – в связи с производственными травмами [Health and Safety Executive, 2005]. Это обошлось экономике от 13 до 22 млрд ф. ст., а пострадавшим рабочим от 6,3 до 10 млрд ф. ст. [Health and Safety Executive, 2004].

Значение улучшения здоровья с точки зрения экономического развития можно также наглядно продемонстрировать на примере Российской Федерации, где сокращение неинфекционных болезней и несчастных случаев до уровня богатых западноевропейских стран будет соответствовать социально-экономическим выгодам, эквивалентным почти 30% российского ВВП в 2002 г. [World Bank, 2005].

Комиссия по макроэкономике и здравоохранению, инициированная ВОЗ, глубоко изучила связь между улучшением здоровья и экономическим ростом, в особенности в странах с низкими и средними доходами. Одним из основных выводов ее последнего доклада был следующий: «Каждые 10% улучшения ожидаемой продолжительности жизни при рождении связаны с увеличением экономического роста, по крайней мере, на 0,3–0,4 процентных пункта в год при неизменности остальных факторов роста» [WHO, 2001].

В то же время важно признать, что улучшение здоровья способствует экономическому росту, следует подчеркнуть, что здоровье – это сама по себе объективная цель, экономические преимущества которой расцениваются как позитивные побочные эффекты. Если, с другой стороны, общественное развитие рассматривать только как инструмент экономического роста, возможен риск того, что инвестирование в здравоохранение будет в большей степени зависеть от его влияния на экономический рост [Dahlgren, 1996]. Тогда проблемы здоровья групп с низкими доходами, имеющих слабые позиции на рынке труда, вероятно, будут считаться менее важными, чем проблемы здоровья профессиональных групп, которые считаются экономически более продуктивными. Такого подхода к развитию здравоохра-

нения с точки зрения ценностей рынка нельзя придерживаться ни в одной стратегии, ориентированной на справедливость в отношении здоровья.

Тем не менее стратегии по сокращению социального неравенства в отношении здоровья являются жизнеспособным выбором для обеспечения экономического роста, поскольку меры по улучшению здоровья групп с низкими доходами, осуществленные быстрее, чем с высокими, могут только сократить разрывы, касающиеся состояния здоровья. Таким образом, риск дискриминации слабых, менее продуктивных групп будет устранен, и будут предприняты специальные усилия по улучшению состояния здоровья этих групп. Исходя из этого, улучшится и здоровье, и экономический рост. Таким образом, стратегии, касающиеся справедливости в отношении здоровья, должны быть интегрированы в стратегии экономического роста в странах Европейского региона как с высокими, так и со средними и низкими доходами.

II. Неравенство в доходах и здоровье

Влияние неравенства доходов на здоровье

Влияние неравенства в доходах и благосостояния на здоровье все больше признается не только исследователями, но и разработчиками политики. Markos Kourgiannou, комиссар ЕС по вопросам здравоохранения и защиты прав потребителей, осветил этот вопрос в своей речи на Саммите ЕС по преодолению несправедливости в отношении здоровья в октябре 2005 г., заявив: «С ростом неравенства в благосостоянии усиливается неравенство в отношении здоровья. И в свою очередь неравенство в состоянии здоровья населения влияет на увеличение различий в благосостоянии» [Kourgiannou, 2005].

Наблюдается тенденция, согласно которой у людей, живущих в богатых странах с более глубоким неравенством в доходах и относительной бедностью, ожидаемая продолжительность жизни короче и показатели младенческой смертности выше [Wilkinson, 1992; Wennemo, 1993; Hales et al., 1999]. Устойчивая взаимосвязь между изменениями в распределении доходов и ожидаемой продолжительностью жизни выявлена также и в Восточной Европе [Smith & Egge, 1996; Marmot & Bobak, 2000]. Такая связь наблюдается также в пределах одной страны. В Италии и Российской Федерации, например, ожидаемая продолжительность жизни увеличивается по мере уменьшения неравенства в доходах жителей определенных регионов этих

стран [Walberg et al., 1998; De Vogli et al., 2005]. В Соединенных Штатах Америки самыми здоровыми являются наиболее эгалитарные штаты, а не более богатые [Kennedy, Kawachi & Prothrow-Stith, 1996; Kaplan et al., 1996].

Идут дискуссии по поводу наиболее вероятного объяснения такой часто наблюдаемой устойчивой взаимосвязи между здоровьем населения и уровнями неравенства в доходах [Wagstaff & van Doorslaer, 2000]. Неравенство в доходах может оказывать влияние на здоровье несколькими разными путями: через увеличение бремени бедности, социально-психологическим путем и через общественную политику.

Увеличение бремени бедности. В обществах со значительным неравенством в доходах большая доля населения живет в бедности, а бедность, в свою очередь, неблагоприятно влияет на здоровье. Результаты Люксембургского исследования доходов (Luxemburg Income Study), например, показали устойчивую положительную корреляцию между степенью неравенства в доходах в стране, по оценкам индекса Джини, и долей детей, живущих в бедности, т.е., чем больше неравенство в доходах, тем большую долю составляют бедные дети [Raphael, 2001].

Социально-психологический путь. Общества со значительным неравенством в доходах порождают губительный стресс среди населения, особенно в тех его группах, которые находятся на нижних ступенях социальной лестницы. Этот стресс вызван большим уровнем тревоги, незащищенностью, разрушительным отсутствием контроля над условиями жизни и работы. Этот повышенный уровень социально-психологического стресса как непосредственно, так и через поведение, сопряженное с риском, влияет на здоровье [Marmot, 2004; Mackenbach, 2005; Wilkinson, 2005].

Путь общественной политики. В этом случае влияние на здоровье связано с увеличением неравенства в доходах, что приводит к более ограниченным инвестициям в такие общественные программы, как здравоохранение и образование, которые особенно важны для групп с низкими доходами [Lynch et al., 2000]. С уменьшением социально-экономического неравенства улучшаются возможности для поддержания и развития систем социального обеспечения, финансируемых в соответствии с возможностью платить и используемых в соответствии с потребностями. Такие системы, базирующиеся на солидарности и доверии, крайне важны для любой стратегии по сокращению социального неравенства в отношении здоровья.

Более того, значительное неравенство в доходах в пределах страны, вероятно, также увеличивает риск межличностного насилия [Wilkinson, 2005]. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2002 г. в отношении снижения рисков и укрепления здорового образа жизни также были сделаны выводы о том, что, по многочисленным данным, высокие уровни неравенства соответствуют высоким показателям убийств и случаев насилия среди беднейших слоев населения индустриальных стран [WHO, 2002]. Наиболее тесная связь прослеживается между неравенством в доходах и случаями смерти в результате насилия, несчастных случаев и злоупотребления алкоголем в странах как Восточной, так и Западной Европы [McIsaac & Wilkinson, 1997; Waiberg et al., 1998].

Вместе взятые эффекты вышеперечисленных путей делают неравенство в доходах важным политическим вопросом с точки зрения справедливости в отношении здоровья. К тому же, усиливается осознание того, что сокращение неравенства в доходах вместе с экономическим ростом увеличивает скорость сокращения бедности [World Bank, 2006]. Учитывая, что бедность является важным детерминантом плохого здоровья в Европе, следует признать, что сокращение значительного неравенства в доходах будет иметь положительное влияние на здоровье.

Возможные политические действия в целях сокращения неравенства в доходах

Сокращение неравенства в доходах может включать следующие политические действия.

- Признайте, что уровень неравенства в доходах в обществе поддается изменению. Неравенство в доходах, оцененное как отношение общих доходов, полученных 10% наиболее богатых представителей общества, к доходам 10% наиболее бедных, в 52 странах Европейского региона ВОЗ значительно варьировалось в 2002 г.: от 5,2 в Чешской Республике до 15,0 в Португалии [WHO Regional Office for Europe, 2005a]. Эти значительные различия в пределах Европейского региона свидетельствуют о том, что уровень этого показателя не является фиксированным и низшие уровни являются ориентиром того, чего можно достичь в Европейском регионе.
- Опишите имеющиеся и будущие возможности уменьшения социального неравенства в доходах с помощью денежных пособий, налогов и субсидируемых общественных служб. Степень такого перераспределения может быть проиллюстрирована следующим примером из исследования в Соединенном Королевстве 2002 г. [Summerfield, 2005]: «До перераспределения представители населения, относящегося к самой высокой квантили в отношении доходов, зарабатывали в 15 раз больше,

чем представители самой низкой квантили. После перераспределения правительственных денежных пособий это соотношение уменьшилось до 6:1, а после прямых налогов и налогов, взимаемых местными органами власти, – до 5:1. И наконец, после корректировки с помощью косвенных налогов и использования таких бесплатных правительственных служб, как здравоохранение и образование, доходы представителей наивысшей квантили были всего в 4 раза выше, чем низшей».

- Идентифицируйте и воспрепятствуйте проведению политики, увеличивающей неравенство в доходах и благосостоянии.
- Урегулируйте «невидимую руку» рынка, заменив ее на «видимую», используя направленные на достижение справедливости и трудоинтенсивные стратегии роста. Для проведения такой политики требуется хорошо организованное рабочее движение в совокупности с широкими общественными дебатами, тесно связанными с демократическим и политическим процессом принятия решений.
- Поддерживайте и укрепляйте активную политику в отношении заработной платы, уделяя особое внимание усилиям по сохранению рабочих мест с адекватной оплатой для тех, кто занимает наиболее слабые позиции на рынке труда. Обеспечьте минимальные уровни заработной платы с помощью соглашений или законодательства, устранивающих риск бедности для работающего населения.
- Введите и поддерживайте прогрессивное налогообложение, связанное как с доходом, так и с различными налоговыми льготами, для того чтобы после уплаты налогов различия в чистом доходе сократились.
- Интенсифицируйте усилия для устранения гендерных различий в доходах, обеспечивая равную оплату за равный труд – вне зависимости от пола. Некоторые гендерные различия в доходах также появляются, когда типично мужские профессии оплачиваются выше, чем профессии, представляющиеся женским, поскольку женщины сконцентрированы в этой сфере деятельности. Эти различия также требуют пристального внимания.
- Увеличьте или сохраните общественное финансирование здравоохранения, образования и общественного транспорта. Распределительные последствия работы этих служб, особенно здравоохранения, имеют большое значение во всеобщих системах благосостояния, финансируемых по способности и используемых по потребности.
- Поставьте цели на национальном уровне, призванные сократить различия в доходах.
- Осуществляйте мониторинг масштабов и изменений неравенства в доходах и благосостояния таким же образом, как и любого другого важного детерминанта здоровья, в группах, находящихся в наиболее неблагоприятном положении.

III. Бедность и здоровье

Бедность значительно сокращает шанс сохранять здоровье и в некоторых европейских странах все еще остается основной причиной плохого здоровья (в общем) и социального неравенства в отношении здоровья (в частности). Плохое здоровье также может быть основной причиной обнищания, так как оно является тяжелым бременем для семейного бюджета, которое может привести семьи и индивидуумов к бедности. И наоборот, улучшение здоровья может быть предпосылкой для использования возможностей получить образование и увеличить заработную плату. Обучение и деятельность по созданию малого бизнеса, например, увеличивают возможности для индивидуума выйти из бедности, а плохое здоровье является барьером на этом пути. Три различных варианта взаимосвязи между бедностью и здоровьем – бедность как причина плохого здоровья, плохое здоровье как причина бедности и улучшение здоровья как путь выхода из бедности – кратко рассмотрены ниже наряду с теми возможными политическими действиями, которые необходимы для интегрирования стратегий по обеспечению справедливости в отношении здоровья во всеобъемлющие стратегии по сокращению бедности.

Бедность как причина плохого здоровья

Исторически в мировом масштабе бедность была основной непосредственной и косвенной причиной плохого здоровья и социального неравенства в отношении здоровья. Бедные не могут себе позволить жить здоровой жизнью и вынуждены соглашаться на вредную для здоровья работу. Такое отрицательное влияние бедности на здоровье увеличивается по мере усиления рыночной политики в отношении основных служб, включающих здравоохранение, образование, жилье, электро- и водоснабжение, общественный транспорт. Бедные не могут себе позволить оплачивать услуги по повышенным тарифам или рыночным ценам.

Характерное воздействие бедности на общество еще более усиливает ее отрицательное влияние на здоровье, так как рост бедности связан с повышенной уязвимостью. Синергические эффекты – ведь бедные подвержены многим факторам риска одновременно, которые при взаимодействии усиливают друг друга, – также способствуют углублению неравенства в отношении здоровья. Высокий уровень экономического стресса, плохие жилищные условия, безработица, ограниченный доступ к основным службам здравоохранения и структурно детерминированный нездоровый образ жизни – всё это вместе взятое усиливает отрицательное влияние на

здоровье подверженных воздействию этих факторов групп. Воздействие бедности на здоровье количественно оценивалось по числу жизней, которые можно спасти, предотвращая бедность. Так, например, в Соединенном Королевстве, по оценкам, можно ежегодно спасти 1400 жизней детей в возрасте до 15 лет, ликвидировав детскую бедность [Williams, 2004].

Несмотря на то что бедность является «величайшим убийцей в мире и основной причиной плохого здоровья и страданий, испытываемых повсеместно» [WHO, 1995], ее редко указывают в качестве причины основных болезней. Нищета как причина плохого здоровья даже в *Международной классификации болезней* отделена от других причин и указана почти в конце под кодом Z.59.5 [WHO, 1995]. Существует тенденция маскировать связь между бедностью и плохим здоровьем, используя вводящую в заблуждение терминологию, вместо того чтобы заявить о ней открыто. Болезни, связанные с нищетой, в бедных странах часто относят к *тропическим болезням*, несмотря на то что многие из этих заболеваний были распространены и в холодном климате в странах Северной Европы, когда эти страны были бедны. Также вводит в заблуждение тенденция относить сердечно-сосудистые болезни и диабет в странах Европейского региона к *болезням изобилия*, несмотря на то что для наиболее богатого населения в стране риск развития этих болезней является наименьшим. Болезни, которые прямо или косвенно вызваны абсолютной или относительной бедностью, целесообразнее отнести к *болезням, связанным с бедностью*.

Возрастающую озабоченность в Европе вызывает феномен избыточной смертности зимой. Результаты исследования, проведенного в 14 странах ЕС, показали, что наивысшие показатели избыточной смертности в зимнее время наблюдаются в Ирландии, Соединенном Королевстве и странах юга Европы, в то время как Скандинавские и другие страны Северной Европы эта проблема относительно не затрагивает. Низкая эффективность теплоснабжения жилищ, лишения и нехватка топлива имеют тесную связь с избыточной смертностью зимой [Healy, 2003]. Из всех стран Западной Европы в Соединенном Королевстве отмечается самое большое число случаев смерти в зимнее время, которые можно предотвратить, составляя 37 тыс. избыточных случаев смерти каждую зиму. Это происходит частично потому, что люди не могут позволить себе отапливать жилища, а также в связи с низкой эффективностью теплоснабжения в британском жилищном фонде [Healy, 2003]. Вероятно, проблема стоит еще острее в СЦВЕ и ННГ, где более высокие уровни бедности сопровождаются более низкими температурами воздуха зимой.

В последнее время в Европе стало вновь уделяться внимание стратегиям по сокращению бедности, однако без четкого указания ее влияния на здоровье. Так, национальные планы действий по борьбе с бедностью и социальной изоляцией разработаны во всех 25 странах ЕС [Judge et al., 2005]. Тем не менее ВОЗ, и в том числе ее Европейский офис по инвестициям в здоровье и развитие, все более осознает важность борьбы с бедностью с точки зрения достижения справедливости в отношении здоровья – например, в своей работе *Системы здравоохранения противостоят бедности* [Ziglio et al., 2003].

Несмотря на то что бедность является неоднозначным понятием, ее часто оценивают с точки зрения дохода. Черта бедности в стране может быть определена в абсолютном и относительном выражении.

Абсолютная бедность обычно определяется, когда финансовые ресурсы недостаточны для физического выживания. Определение национальной черты бедности в абсолютном выражении варьируется от страны к стране, что затрудняет сравнения между странами. Кроме того, некоторые страны определяют черту абсолютной бедности очень низко, с тем чтобы сократить официальную распространенность бедности среди населения. Всемирный банк для анализа уровней абсолютной бедности в Восточной Европе и бывшем Советском Союзе в 2003 г. использовал черту бедности, равную 2,15 долл. США в день. По этому определению новые государства – члены ЕС: Венгрия, Латвия, Литва, Словакия, Словения, Польша, Чешская Республика и Эстония, не включая Кипр и Мальту, имеют низкий уровень бедности (менее 5%), страны Юго-Восточной Европы – от 5 до 20%, как и страны со средними доходами среди ННГ. Тем не менее страны с низкими доходами в числе ННГ имеют чрезвычайно высокий уровень абсолютной бедности – свыше 40%. В самом конце спектра находится Таджикистан, где более 70% населения живут на менее чем 2,15 долл. США в день. В целом в Регионе более 60 млн человек живут в *абсолютной* бедности [Alam et al., 2005].

Относительная бедность. В странах ЕС бедностью считается проживание на менее чем 60% медианного дохода по стране в целом. Исходя из этого определения около 60 млн человек в 15 странах, которые входили в ЕС до 1 мая 2004 г. (18% всего населения), подвергаются риску относительной бедности и социальной изоляции. Доля населения, живущего в относительной бедности, варьируется в ЕС от менее чем 10 до более чем 20% [Judge et al., 2005]. В 2005 г. доля детей, живущих в домохозяйствах, зарабатывающих менее 60% среднего дохода в стране, составляла 20% в 15 странах, которые вхо-

дили в ЕС до 1 мая 2004 г. Тем не менее наблюдаются значительные различия даже среди этих стран с высокими доходами. В Дании, например, 7% детей живут в бедных семьях [Diderichsen, 2006]. С другой стороны, в Англии показатель бедности среди детей был обычно высоким и приближался к 30%. Основная цель политики здравоохранения в 1999 г. состояла в том, чтобы уменьшить бедность детей наполовину в течение 10 лет и ликвидировать ее к 2020 г. Прогресс в отношении продвижения к этой цели был достигнут, и доля детей, живущих в бедных домохозяйствах, сократилась с 24 до 20% между 1998/1999 гг. и 2003/2004 гг. [British Department of Health, 2005].

Несмотря на то что относительная бедность в Европе была на низком уровне по сравнению с глобальной ситуацией, с 1990 по 1998 г. она увеличивалась быстрее в Европе и Центральной Азии, чем где-либо еще в мире. Затем она немного снизилась [Alam et al., 2005].

Топливная бедность вызывает серьезную социальную озабоченность в Европе в связи с нефтяным кризисом и связанным с ним ростом цен на энергию в середине 1970-х годов. Увеличивающееся число домохозяйств сталкиваются с большими трудностями при оплате энергии, необходимой для отопления их жилищ. Можно сказать, что те, кто тратит более 10% своего дохода на отопление, страдают от топливной бедности. Исходя из этого, можно считать, что в 2002 г. 1 млн домохозяйств в Англии страдали из-за топливной бедности и еще у 1 млн был риск ее испытать [DTI, 2004]. Серьезность ситуации привела к разработке Стратегии по вопросам нехватки топлива в Соединенном Королевстве [DTI, 2001]. Тенденции в ценах на энергию свидетельствуют о том, что топливная бедность в будущем станет серьезной проблемой для всех стран Европы, а не только для отдельных стран.

Помимо чрезвычайно ограниченных финансовых ресурсов понятие относительной бедности может также включать невозможность участия в нормальной социальной жизни общества или исключение из нее [Townsend, 1979].

Необходимо оценить глубину, а не только распространенность бедности – так называемые разрывы – среди групп населения, находящихся за чертой бедности. Это является чрезвычайно важным в анализе бедности как детерминанта плохого здоровья и преждевременной смерти, так как чем глубже бедность, тем сильнее отрицательное влияние бедности на здоровье [Chien et al., 2002].

Возможные политические действия в отношении борьбы с бедностью как причины плохого здоровья

Данный доклад не ставит целью охватить все направления экономической и социальной политики и действия в рамках местных, национальных и международных стратегий по сокращению бедности. Доклад сфокусирован исключительно на рассмотрении взаимосвязей между бедностью и плохим здоровьем, а также на выборе наилучшей политики для решения этой проблемы. В этой связи следует рассмотреть следующие политические действия:

- Разработайте и укрепите всеобъемлющие стратегии по сокращению общего показателя бедности, и особенно бедности в долгосрочном плане, принимая во внимание множество взаимосвязей между бедностью и здоровьем. Например, как описано ниже, бедность можно сократить путем инвестирования в укрепление здоровья и профилактики болезней за счет осуществления справедливых финансовых стратегий здравоохранения, а также путем обеспечения доступа к основным службам здравоохранения, исходя из потребностей, а не из платежеспособности.
- Обеспечьте гендерное равенство, уделяя особое внимание тем, кто испытывает двойное время дискриминации в связи с гендерной принадлежностью и низким социальным статусом.
- Боритесь с детской бедностью, уделяя приоритетное значение своевременному обеспечению медицинской, социальной помощи и облегчая доступ к образованию детей, находящихся в неблагоприятном положении, а также обеспечивая поддержку и материальную помощь бедным семьям и одиноким родителям.
- Увеличьте доходы бедных семей за счет:
 - справедливой политики в отношении экономического роста и рынка труда;
 - налоговых льгот для семей с низкими доходами;
 - уровня минимальной заработной платы, сокращающего риск оказаться бедным при наличии работы;
 - сокращения/устранения различий в доходах, связанных с гендерной принадлежностью;
 - активной политики в сфере занятости;
 - сохранения или расширения систем ухода за детьми или дошкольного воспитания, что увеличивает возможности родителей получать трудовой доход от работы вне дома;
 - обучения взрослых, включающего возможности приобретения новых навыков в течение жизни;
 - пособий по социальному страхованию, с тем чтобы обеспечить достаточный доход для жизни семьи;
 - пенсий по возрасту, обеспечивающих достойный жизненный стандарт для групп с низкими доходами и маргинализированных в финансовом отношении групп.

- Решайте проблему топливной бедности, атакуя ее с трех сторон:
 - мерами социальной защиты с целью увеличения доходов бедных семей;
 - мерами по повышению эффективности отопления жилищ, особенно семей с низкими доходами и уязвимых групп;
 - мерами по контролю за ценами на энергию и по улучшению сохранения энергии.
- Признайте, что возможности сократить бедность в странах с высокими и средними доходами гораздо больше зависят от политической воли и чувства солидарности и доверия в обществе в целом, чем от экономических ресурсов. Если есть политическая воля, то есть и возможности. Политическая воля могла бы проистекать как из личной заинтересованности, так и из истинной солидарности. Амартия Сен пишет в отношении личной заинтересованности: *“Иногда мне интересно, существует ли какой-либо способ сделать бедность заразной. Я уверен, что если это случится, ее всеобщая ликвидация будет чрезвычайно быстрой”* [Sen, 1995].

Плохое здоровье как причина бедности

В настоящее время плохое здоровье является основной причиной бедности во многих странах с низкими доходами, где социальное обеспечение семей с целью компенсировать доход, потерянный во время болезни, чрезвычайно ограничено. В то же время у бедных значительно возрастают расходы, так как они вынуждены оплачивать большую долю расходов (или все) на медико-санитарную помощь из своего кармана [Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001].

Плохое здоровье может приводить как к сокращению доходов, увеличению расходов на медико-санитарную помощь и лекарства, так и к некоторым приводящим к обратным результатам стратегиям, как показано на рис. 2. Платежеспособность, особенно в отношении лечения хронических болезней, должна учитывать сокращение дохода в связи с плохим здоровьем и ограничением или потерей трудоспособности. Значительные расходы из своего кармана также сокращают доступ к основным службам здравоохранения. Весьма вероятно, это усилит социальное неравенство в отношении здоровья еще больше, хотя трудно оценить количественно для различных социально-экономических групп влияние на здоровье отсутствия возможности получить профессиональную помощь в соответствии с потребностью. В более длительной перспективе ограниченная экономическая доступность может даже увеличить бремя оплаты медико-санитарных услуг и таким образом увеличить риск оказаться в бедности. В свою очередь этот финансовый барьер на пути к получению медико-санитарной помощи может стать непреодолимым тогда, когда людям действительно необходима

такая помощь. Таким образом, когда проявления какой-либо болезни становятся более серьезными, лечение, вероятно, становится не только труднее, чем на более ранней стадии заболевания, но и дороже, так как оно еще больше увеличивает расходы из своего кармана и относительный риск увеличения финансовых проблем и бедности.

Рис. 2. Взаимосвязь между плохим здоровьем и бедностью: аналитическая схема



Источник: Dahlgren [2003a]

Так сложилось исторически, что разрыв связей между плохим здоровьем и бедностью стал важной составляющей процесса развития в Европе. Эти связи слабели по мере развития систем медицинского страхования, нацеленных на обеспечение адекватной компенсации за потерю дохода из-за плохого здоровья, и по мере того, как медицинские услуги становились бесплатными или предоставлялись конечному потребителю по низкой цене. Положительное влияние этих реформ ярко проявилось во многих странах Европы, где плохое здоровье больше не является причиной основных финансовых проблем и бедности.

Эта положительная тенденция, обеспечивающая справедливость в отношении здоровья, в настоящее время постепенно меняется на противоположную в некоторых европейских странах, где системы финансовой поддержки слабеют, например, в связи с необходимостью платить возрастающую долю медицинских расходов из своего кармана. Этот сдвиг от общественной оплаты медицинских услуг и лекарств к частной оплате в последние 10–15 лет был типичным для многих стран Восточной и Юго-Восточной Европы. В Албании, например, доля общих расходов за медико-санитарные услуги, оплаченные частным образом, увеличилась с 23 до 38% с 1995 по 2000 г., в то время как доля общих государственных расходов на здравоохранение уменьшилась с 7,6 до 6,7% [Walters & Suhrcke, 2005].

Такие отрицательные последствия частного финансирования стали осознаваться, что стимулирует поворот в сторону большей доли общественного финансирования. В Российской Федерации, например, после первоначального увеличения частного финансирования с 18,5 до 35,3% с 1995 по 1999 г. ее доля уменьшилась до 27,5% к 2000 г. [WHO, 2002]. Вероятно, значительное увеличение бюджета здравоохранения в Российской Федерации уменьшит эту долю еще больше. Тем не менее, прежде чем делать определенные выводы об этих изменениях, следует провести всесторонний анализ бремени платы за медицинские услуги различных социально-экономических групп, а также различного доступа этих групп к основным службам здравоохранения.

Долгосрочное влияние высоких медицинских расходов на бедность резюмировано в заключительном докладе Комиссии по макроэкономике и здравоохранению, инициированной ВОЗ [2001]:

«Экономические последствия случая заболевания для отдельного домохозяйства могут усилиться, если стоимость лечения такова, что домохозяйство тратит такую часть своих ресурсов на медико-санитарную помощь, что это истощает его и приводит к долгам. Это может ввергнуть домохозяйство в нищету, из которой оно может не выбраться и последствия которой отразятся на благосостоянии всех его членов, а часто также и родственников. Истощение производственных активов может загнать в ловушку бедности (т.е. в постоянную бедность) даже после того, как острая болезнь пройдет, так как доведенные до нищеты домохозяйства могут с трудом восстановить свою продуктивную деятельность... Бедность, в свою очередь, может также усилить первоначальные проявления болезни».

Связь между плохим здоровьем и серьезными финансовыми последствиями, включающими бедность, также усугубляется эпидемией ВИЧ/СПИДа (вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита), которая является основной причиной бедности во многих странах с низкими доходами [WHO, 2002]. Принимая все это во внимание, а также имея в виду проблему бедности, вызывает тревогу тот факт, что показатель появления новых случаев заболевания ВИЧ/СПИДом в странах Восточной Европы один из самых высоких в мире [WHO, 2002].

Возможные политические действия для выхода из медицинской ловушки бедности

- Интенсифицируйте усилия по укреплению здоровья и профилактике болезней – особенно среди социально-экономических групп, подверженных наиболее высокому риску.
- Осуществляйте мониторинг результатов распределения общественного и частного финансирования служб здравоохранения, дневного ухода, обеспечения школьными завтраками, служб для престарелых и других благотворительных организаций. Такой тип проверки должен быть обязательным и обсуждаться в рамках политического демократического процесса, касающегося любых значительных изменений финансовых стратегий в отношении этих служб.
- Поддерживайте или разрабатывайте системы общественного социального страхования, которые компенсируют потерянный из-за плохого здоровья доход. Уровень компенсации – обычно определенная доля так называемого нормального заработка – должен быть достаточно высоким, чтобы семьи с низкими доходами могли себе позволить жить здоровой жизнью.
- Поддерживайте и в итоге обеспечьте государственное финансирование служб здравоохранения посредством налогообложения или систем страхования здоровья, который устранил риск обнищания в связи с расходами на медико-санитарную помощь и позволит населению в целом иметь доступ к медико-санитарной помощи хорошего качества вне зависимости от возможности платить.
- Субсидируйте необходимые лекарства. Основную долю общих расходов семьи на здравоохранение составляет оплата лекарств из своего кармана. Такие личные расходы могут быть сокращены путем назначения более дешевых, но таких же эффективных дженериков, путем регулирования рынка лекарственных средств и введения финансового потолка для личных расходов в год на назначенные лекарства, выше которого расходы частично или полностью оплачиваются из общественных фондов.
- Обеспечьте консультации по вопросам семейного бюджета, включая консультирование индивидуумов и семей, залезших в долги.

- Боритесь с коррупцией. Неформальные (“под столом”) платежи за услуги общественного здравоохранения составляют основное бремя платежей для многих пациентов с низкими доходами, особенно в некоторых СЦВЕ и ННГ. Эти платежи не только увеличивают риск попасть в медицинскую ловушку бедности, но и подрывают возможности поддержания развития систем здравоохранения. Расширение систем обязательного медицинского страхования может, вероятно, сократить неформальные платежи, если будет связано с попытками информировать пациентов об их праве на бесплатное или почти бесплатное медицинское обслуживание в момент его обеспечения. Другим основным политическим выбором для последующей борьбы с коррупцией является увеличение заработной платы специалистам-медикам, часто имеющим чрезвычайно низкую оплату труда, в совокупности со строгими правилами и контролем неформальных платежей.
- Следует тщательно контролировать успехи, касающиеся выхода из медицинской ловушки бедности, и ослабление других взаимосвязей между плохим здоровьем и бедностью как интегрированной части стратегий по уменьшению бедности и реформ в секторе здравоохранения. Это особенно важно в странах с ограниченными социальными и финансовыми страховочными сетями (или и теми и другими) и коммерциализацией систем здравоохранения с высокими платежами из кармана пациентов за услуги. Учитывая, что европейские страны начали с очень разных стартовых позиций и имеют различные финансовые и другие ресурсы, ключевым моментом мониторинга является направление изменений.

Улучшение здоровья как выход из бедности

Тяжелое бремя болезней, испытываемое людьми, живущими в бедности, является основным барьером, делающим трудным для них использование преимуществ экономических реформ, даже направленных на бедных. Таким образом, попытки улучшить здоровье в бедных семьях являются особенно важными, для того чтобы разорвать порочный круг, который связывает бедность и плохое здоровье. Улучшение здоровья может помочь воспользоваться преимуществами динамического процесса развития. Это увеличивает возможности бедных самим выйти из бедности [Chien et al., 2002].

Такие связи на уровне домохозяйств между улучшением здоровья и увеличением возможностей разорвать порочный круг бедности и плохого здоровья наблюдаются от рождения до старости. Более вероятно, что дети из бедных семей со здоровыми родителями будут иметь лучший старт в жизни, чем дети бедных родителей, имеющих психические проблемы или болезни, связанные со злоупотреблением алкоголем. Также вероятно, что бедные, но здоровые дети будут иметь лучшую успеваемость в школе, чем бедные, но больные дети. Более того, у бедного, но здорового молодого че-

ловека лучший шанс найти работу по окончании школы, чем у бедного, но больного человека и т.д. Здоровые люди могут работать больше и производить больше, чем хронически больные, они менее подвержены внешним экономическим потрясениям.

Положительная связь между улучшением здоровья в группах с низким доходом и уменьшением бедности увеличивает значение инвестирования в здравоохранение, от чего особенно выиграют люди, живущие близко к черте бедности или за ней. Стратегии по уменьшению бедности, не учитывающие фактор здоровья, смягчающий бедность, вероятно, будут намного менее эффективны. Плохое здоровье, которого можно избежать даже в бедных обществах, ограничивает положительное влияние других попыток уменьшить бедность. Таким образом, уменьшение бедности и попытки по сокращению социального неравенства в отношении здоровья усиливают друг друга и должны быть в центре всех политических действий по социальному и экономическому развитию.

Возможные политические действия по укреплению здоровья как путь выхода из бедности

Укрепление здоровья как путь выхода из бедности может включать следующие политические действия.

- Сделайте вопросы инвестирования в мероприятия по улучшению здоровья лиц, живущих в бедности, самыми главными среди любых всеобъемлющих стратегий по уменьшению бедности. Особые усилия следует предпринять по сокращению хронических и инвалидизирующих болезней, которые обычно имеют наиболее серьезные финансовые последствия для бедных и близких к состоянию бедности.
- Разработайте и осуществляйте стратегии по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья как часть всеобъемлющих стратегий по укреплению здоровья и профилактике болезней. Несмотря на то что бедность является важным детерминантом плохого здоровья, существуют возможности по улучшению здоровья несмотря на широко распространенную бедность, которая наблюдается в таких странах, как Вьетнам и Шри-Ланка [Chien et al., 2002].

Слой 2. Многосекторальные действия по преодолению неравенства в отношении здоровья

События, происходившие в Европе в течение многих десятилетий, показали, как можно улучшить здоровье населения, если встать на путь улучшения условий жизни и труда, обеспечения продуктами питания, доступа к основным товарам и услугам, таким, как образование и здравоохранение. Действия в отношении этого слоя детерминантов являются чрезвычайно важными для уменьшения социального неравенства в отношении здоровья, так как для этих факторов существуют весомые социальные градиенты. Тем не менее политика, касающаяся этих детерминантов, распространяется на несколько секторов, и ответные действия должны носить многосекторальный характер. В этом разделе освещаются политические действия в четырех ключевых секторах.

Основные детерминанты здоровья



Источник: Dahlgren and Whitehead, 1993.

I. Образование

Общее влияние на здоровье

Исследования, проведенные в Европе, показали тесную связь между образованием и здоровьем: чем ниже достижения в области образования, тем хуже состояние здоровья взрослых, и наоборот [Cavelaars, Kunst & Geurts, 1998]. Путь, связывающий более хорошее образование и здоровье, может быть прямым – увеличение знаний в области здравоохранения может помочь людям укрепить свое здоровье и избежать факторов риска, включая поведение, с ними связанное. Этот путь может быть также непрямым – через влияние на вид деятельности, открытой для образованного человека, более высокий доход, которым он может распоряжаться, и более низкий уровень стресса, с которым он сталкивается в связи со своим привилегированным положением. В 2004 г. доля населения 25–64 лет с низким уровнем образования в странах ЕС варьировалась от 12 до 75% [Judge et al., 2005].

Влияние на неравенство в отношении здоровья

Достижения в области образования распределены в обществе неравномерно. Часто именно люди, живущие в неблагоприятных условиях, имеют как более низкий уровень образования, так и меньший доступ к услугам образования хорошего качества.

Такие резкие перепады, связанные с образованием, являются трагедией также и в перспективе здоровья, так как хорошо функционирующие системы образования имеют огромный потенциал для укрепления здоровья (в общем) и уменьшения социального неравенства в отношении здоровья (в частности), что объясняется следующим:

Образование традиционно было важным путем выхода из бедности для неблагополучных групп населения во многих странах. Обычно квалификация улучшает шансы людей получить работу и иметь лучшие перспективы в отношении оплаты труда, что в результате приводит к улучшению уровня жизни. Это, в свою очередь, усиливает возможности для получения предпосылок хорошего здоровья – полезной пищи, хороших жилищных условий и условий труда, а также участия в социальной жизни.

Образование также было путем к социальной мобильности, позволяющим людям улучшить социально-экономический статус в обществе. В лучшем случае оно может влиять на масштабы социального расслоения, укрепляя социальные связи путем уравнивания доходов и социальных условий и способствуя большему пониманию между группами населения.

Получение полномочий – важный результат образования: роль образования, поощряющая участие в жизни общества и демократическом процессе, не должна недооцениваться. Усиление возможностей бесправных иметь больший контроль над своей повседневной жизнью является ключевым фактором уменьшения социального неравенства в отношении здоровья. С точки зрения прав человека система образования должна обеспечить всем гражданам, включая молодых, возможность узнать о своих демократических правах и обязанностях.

Система образования играет основополагающую роль в подготовке детей к жизни, давая им знания и навыки, необходимые для достижения потенциала здоровья – социально, эмоционально и физически.

Возможные политические действия по достижению справедливости в отношении здоровья через систему образования

Обеспечение справедливости в отношении здоровья через систему образования включает следующие политические действия.

- Определите и уменьшите экономические, социальные и другие барьеры для получения доступа к образованию на всех уровнях и обеспечьте обучение на протяжении всей жизни, с тем чтобы увеличить доступ к образованию и обучению групп, находящихся в неблагоприятном положении.
- Введите всеобъемлющие поддерживающие программы для детей из менее привилегированных семей, с тем чтобы обеспечить дошкольную подготовку. Часто необходима государственная поддержка, чтобы дети из семей с низкими доходами имели такие же шансы, как и другие дети, когда они начинают учиться в школе. Проведенные в Соединенных Штатах Америки рандомизированные контрольные исследования учреждений дневного ухода хорошего качества для детей до 5 лет из семей с низкими доходами показали успехи в обучении детей, получающих дневной уход (а в ряде исследований показано, что матери детей, получавших дневной уход, также выиграли, имея лучшие образовательные и производственные достижения) [Zoritch, Roberts & Oakley, 2005]. В ряде этих программ были определены долгосрочные преимущества: большая вероятность продолжения обучения в школе, получения работы, хорошей заработной платы, более низкие показатели беременности у подростков. Успех такого рода программ стимулировал подобные инициативы в других странах, такие, как программа «Хорошее начинание» в Соединенном Королевстве [Whitehead et al., 2004].
- Предпринимайте попытки уменьшить социальную сегрегацию в системе школьного образования. Для этого потребуются меры по уменьшению социального расслоения в целом между жителями различных районов, а также специфические политические действия в секторе образования по укреплению системы общего школьного образования.
- Обеспечьте, чтобы школы менее привилегированных районов получали дополнительные ресурсы в связи с большими потребностями для оказания специальной поддержки детям из семей с низкими доходами и бедных семей.
- Обеспечьте дополнительную поддержку учащимся из менее привилегированных семей, с тем чтобы успехи в образовании не зависели от социально-экономического положения.
- На самой ранней стадии применяйте меры поддержки, чтобы не допустить исключения детей из системы формального образования и подготовки.
- Обеспечьте особые меры поддержки в период перехода от школьного обучения к работе, особенно для лиц, имеющих слабые позиции на рынке труда.
- Разрабатывайте и обеспечьте осуществление всеобъемлющих программ обучения взрослых для лиц со слабым базовым образованием или недостаточной профессиональной подготовкой.

- Поддерживайте и развивайте программы Школ здоровья, обращая особое внимание на вопросы справедливости. Это, помимо возможных вариантов стратегий для отдельных школ, указанных выше, может включать повышенное внимание (и действия) к таким вопросам, как:
 - физическая и социально-психологическая среда, в которой находятся школы, в сочетании со здоровой рабочей атмосферой в самих школах, которой следует уделять не меньше внимания и ресурсов, чем другим мерам по средовой деятельности;
 - бесплатные здоровые школьные завтраки;
 - обеспечение физической активности, которая также может привлечь детей с ожирением и которая приветствует здоровые привычки выполнять ежедневные физические упражнения в течение жизни;
 - улучшение образования в области питания и кулинарных навыков;
 - санитарное просвещение, предусматривающее специальные усилия и подходы для лиц, подверженных наиболее высокому риску;
 - обучение учителей, с тем чтобы они на самых ранних стадиях могли выявлять тревожные сигналы (такие, как очень раннее начало курения, т.е. в 9–10 лет, которое, как полагают, тесно связано с будущим злоупотреблением алкоголем и наркотиками) и предпринимать ответные меры;
 - программы предупреждения травм, направленные на достижение справедливости, когда учащиеся, учителя и родители совместно занимаются обеспечением безопасности в школе (включая безопасный транспорт и дорогу в школу) [Dahlgren, 1997].

II. Производственная среда

Общее влияние на здоровье

Факторы риска на рабочих местах все еще являются главным детерминантом плохого здоровья и травм, несмотря на то что во многих европейских странах условия труда значительно улучшились. В 1990-х годах, например, заболевания связанные с работой, находились на четвертом месте среди основных причин общей заболеваемости в 15 странах, которые входили в ЕС до 1 мая 2004 г. [Diderichsen, Dahlgren & Vagero, 1997]. Тем не менее доля общего бремени болезней, вызванных факторами риска на производстве, различается в разных странах. Так, например, в 15 странах, которые входили в ЕС до 1 мая 2004 г. в целом 3,6% общего бремени болезней было непосредственно связано с производственной средой, в то время как в Швеции – только 2,2% [Diderichsen, Dahlgren & Vagero, 1997]. Это указывает на то, что все еще существуют значительные возможности, для того чтобы уменьшить ухудшение здоровья на работе и преждевременную смертность. Основные угрозы здоровью включают экспозицию к химическим веществам, биоло-

гическим агентам, физическим факторам, неблагоприятным эргономическим условиям, аллергенам, различным факторам риска безопасности и разнообразным социально-психологическим факторам.

Социально-психологические факторы, такие, как стресс, связанный с работой, все больше признаются в качестве главного фактора риска плохого здоровья. У людей, которые меньше контролируют свою работу, наблюдаются более высокие показатели смертности [Bosma et al., 1997; Hemingway, Kuper & Marmot, 2003; Wilkinson, 2005]. Исследования, проведенные в Восточной Европе, также показали, что баланс на работе между усилиями и вознаграждением имеет выраженную обратную связь с самооценкой здоровья и депрессией, а также с потреблением алкоголя [Pikhart et al., 2001; Walters & Suhrcke, 2005].

И наоборот, социальный аспект производственной среды может быть звеном позитивного детерминанта здоровья. Для многих людей ощущение того, что они делают что-то полезное вместе с коллегами, является одним из наиболее важных показателей полноценной жизни и хорошего здоровья.

Влияние на неравенство в отношении здоровья

Факторы риска для здоровья на рабочих местах часто связаны с социально-экономическим положением тех, кто выполняет работу. Чем ниже социальное положение, тем выше риск иметь нездоровую работу. Социально-психологические факторы, связанные с организацией работы, играют важную роль в объяснении социально-экономического неравенства в отношении сердечно-сосудистых болезней [Mackenbach, 2005]. Так, например, результаты исследования британских государственных служащих [British Whitehall Study] показали, что низкий контроль принятия решений на рабочем месте составляет почти половину социального градиента в отношении сердечно-сосудистых болезней [Marmot et al., 1997a]. Негативные эффекты химических веществ и других факторов риска, связанных с работой, также часто усиливаются курением табака. Первостепенное значение в любой стратегии по сокращению социального неравенства в отношении здоровья имеют интенсивные усилия по улучшению производственной среды в целом и в особенности по созданию обстановки, способствующей здоровью на рабочих местах.

Возможные политические действия в отношении производственной среды

Во многих странах существуют давние и успешные традиции борьбы с физическими и химическими факторами риска для здоровья, чего нельзя сказать в отношении социально-психологических факторов риска на рабочем месте. В тему данного доклада не входит освещение стратегий по уменьшению производственных травм и укреплению здоровья. В примерах, приведенных ниже, перечислены вмешательства, представляющие важность с точки зрения достижения справедливости в отношении здоровья.

- **Для того чтобы устранить факторы риска для физического здоровья на рабочем месте:**
 - Усильте вмешательства по сокращению проблем со здоровьем, связанных с производством, таких, как боль в спине. Боль в спине и другие болезни опорно-двигательного аппарата – главные проблемы здоровья с крутым социальным градиентом. Действия, направленные против факторов риска, которые приводят к этим проблемам, включают физические меры, которые сокращают или устраняют движения, наносящие вред здоровью, такие, как толкание, перенос и поднятие тяжестей; а также обучение рабочих тому, как себя вести на небезопасном рабочем месте и изменить его организацию [WHO, 2002].
- **Для того чтобы улучшить социально-психологические условия:**
 - Увеличьте возможности для наемных работников влиять на ход выполнения работы, в частности на рабочих местах, характеризующихся опасным для здоровья стрессом.
 - Проанализируйте общую нагрузку на работе и дома и выясните возможности введения более гибкого графика рабочего времени (не прибегая к заключению ненадежных краткосрочных контрактов), что позволит избежать нездорового стресса. Это особенно важно для семей с маленькими детьми, имеющими низкий доход, так как их возможности «купить время» – например, привлекая наемных лиц для выполнения домашней работы и покупки полуфабрикатов – более ограничены, чем у семей из более богатых групп. Вероятно, группы с низкими доходами имеют менее гибкий график работы и больше работают посменно.
- **Для того чтобы укрепить законодательство, увеличивающее возможности обеспечения здоровых рабочих мест:**
 - Усильте демократический стиль работы и наладьте конструктивный диалог между представителями профсоюзов и работодателями.
 - Поддерживайте и развивайте специальные службы здравоохранения на производстве, которые финансируются из общественных фондов и не зависят от работодателей. Обеспечьте высокую – насколько это возможно – приоритетность первичной профилактики, включающей системы раннего предупреждения о производственных факторах риска для здоровья, в том числе социально-психологических.

- Разработайте или укрепите юридические системы и нормативные основы, позволяющие сократить факторы риска на работе, даже если не достигнуто добровольное соглашение между работодателем и наемными работниками.
- **Для того чтобы рабочее место способствовало укреплению здоровья:**
 - Рабочее место может быть естественной средой для широких дискуссий по профилактике болезней и укреплению здоровья, в поле зрения которых будут не только детерминанты здоровья, непосредственно связанные с производственной средой, но и такие вопросы, как курение, злоупотребление алкоголем и позитивное влияние здорового рациона питания и физических упражнений. Особые усилия, конечно, следует предпринимать для выявления возможностей для помощи тем, кто подвержен определенному риску.
 - Провайдеры медико-санитарной помощи в секторе здравоохранения должны быть в авангарде разработки политики, направленной на достижение справедливости в отношении здоровья. Удивительно, что система здравоохранения сама демонстрирует вопиющее социальное неравенство в отношении здоровья. Больше всего от него страдают уборщики, подсобные рабочие и младшие медицинские сестры, в то время как у врачей и старших администраторов здоровье и условия работы лучше. Систематический анализ основных детерминантов этого неравенства, а также действий по его уменьшению может иметь двоякую цель. Во-первых, такой анализ может выявить степень участия на национальном и местном уровнях по преодолению социального неравенства в отношении здоровья. Во-вторых, опыт, полученный от внедрения работы, направленной на достижение справедливости в отношении здоровья, в пределах существующих систем, таких, как больница, вероятно, умножит знания и усилит интерес к политике здравоохранения, направленной на достижение справедливости в здравоохранении целом.

III. Безработица

Общее влияние на здоровье

Безработица является причиной плохого здоровья и преждевременной смерти, включая ухудшение психического здоровья и повышенный риск самоубийств [Bartley, 1994]. Она была определена как одна из 10 наиболее важных причин общего бремени болезней в 1990-х годах в 15 странах, которые входили в ЕС до 1 мая 2004 г. [Diderichsen, Dahlgren & Vagero, 1997].

Уровни безработицы на континенте являются высокими и варьируются от 3 до 16% и выше. Тенденция увеличения уровня безработицы во всем мире за последние три десятилетия означает, что она продолжает вызывать озабоченность правительств большинства европейских стран [Duffy, 1998].

В европейском контексте работа играет главную роль в обществе: она является средством получения дохода, обеспечивает престиж и чувство значимости, а также участие в жизни общества как его полноправного члена. Безработица приводит к исключенности людей из жизни общества и лишает их преимуществ, которые дает занятость. Тем не менее трудно выявить связь между безработицей и здоровьем в странах, чья экономика носит в большой степени неформальный характер и, маловероятно, что показатели официальной безработицы действительно отражают существующее положение на рынке труда [Gilmore, McKee & Rose, 2002].

Безработица может также отрицательно влиять на детей из семей с безработными родителями. Доля детей, живущих в семьях безработных взрослых, в 2004 г. варьировалась в странах ЕС от 2,0 до 16,8% [Judge et al., 2005]. Осознание риска тяжести безработицы также является источником нездорового стресса. Следовательно, возрастающая доля тех, кто работает по временным контрактам, указывает (в добавление к безработице самой по себе) на появление детерминанта плохого здоровья.

Влияние на неравенство в отношении здоровья

Бремя безработицы затрагивает население неравномерно. Риск безработицы в большинстве европейских стран увеличивается по мере ухудшения социально-экономического положения и является наиболее высоким в группах, уже занимающих слабое или уязвимое положение на рынке труда [Duffy, 1998; Swedish Institute for Public Health, 2005]. Группы, подверженные особому риску, включают неквалифицированных рабочих, лиц, имеющих только несколько классов образования, семьи с низкими доходами, одиноких матерей, этнические меньшинства и недавно приехавших иммигрантов [Duffy, 1998].

Основными механизмами, с помощью которых безработица ухудшает здоровье у этих групп, являются: усиление бедности, связанное с потерей заработка; социальная изоляция и связанное с этим отсутствие социальной поддержки, а также поведение, влияющее на здоровье, такое, как курение, употребление алкоголя, недостаток физической активности, вызванный стрессом или скукой. Последствия безработицы могут сказываться на протяжении всей жизни, так как однажды оказаться без работы означает возрастание ее риска в будущем и разрушение долгосрочной перспективы карьерного роста [Montgomery et al., 1996].

Возможные политические действия в отношении безработицы и здоровья

Отрицательное влияние безработицы на здоровье является еще одной причиной того, что усилиям по ее сокращению следует придавать приоритетное значение в любой стратегии по экономическому развитию. В данном докладе не рассматривается описание и анализ различных политических действий по обеспечению полной занятости. Внимание акцентируется на то, что безработица является важным детерминантом социального неравенства в отношении здоровья, что требует следующих политических действий:

- Предупредить появление безработицы следует прежде всего с помощью таких мер, как:
 - определение оперативных задач на национальном и международном уровнях по сокращению безработицы и постепенному обеспечению полной занятости;
 - проведение экономической политики и обеспечение юридической основы для стимулирования дальнейшего обеспечения полной занятости, включая особые усилия, направленные на то, чтобы от проведения этой политики выиграли также и те, кто находится в наиболее уязвимом положении на рынке труда;
 - усиление высококвалифицированной подготовки и увеличение возможностей для получения образования людьми, подверженными наибольшему риску – особенно находящимися без работы в течение длительного периода;
 - активная политика в отношении рынка труда, включая создание и поддержку рабочих мест и
 - включение оценки влияния безработицы на здоровье с учетом различных курсов экономической политики.
- Предотвращение значительного сокращения доходов или увеличения бедности среди безработных путем введения или сохранения адекватной финансовой поддержки или пособий по безработице, а также обеспечение эффективной взаимосвязи между социальной защитой, обучением в течение жизни и реформами на рынке труда.
- Улучшение путей, ведущих от безработицы к занятости, включает активные системы поиска работы, схемы обучения и специальные ресурсы, такие как субсидирование заработной платы и снижение налогов, в случае найма тех, кто был безработным в течение длительного времени, инвалидов, хронически больных и безработной молодежи.
- Дальнейшее продвижение «Политики найма с учетом интересов семьи» (Family Friendly Employment Policies), включая доступность ухода за детьми.
- Увеличение компетенции и возможностей сектора здравоохранения в отношении предупреждения ухудшения здоровья в связи с безработицей (например, укрепление служб охраны психического здоровья) и обеспечение адекватного лечения тех, кто пострадал от отрицательного влияния безработицы на здоровье.

IV. Службы здравоохранения

Общее влияние на здоровье

В странах Европы – в одних в конце XIX в. и в других в начале XX в. – значительно снизилась смертность и увеличилась ожидаемая продолжительность жизни. В Англии и Нидерландах, где раньше, чем в других странах было зарегистрировано это увеличение, ожидаемая продолжительность жизни возросла с 40 лет (примерно) в середине XIX в. до 60 лет в середине XX и до почти 80 лет в конце XX в. Трудно оценить, насколько этот прогресс связан с оказанием медико-санитарной помощи. Рассматривая тенденции в отношении специфических заболеваний и период, когда эффективные вмешательства в них стали возможны, вероятнее всего, улучшение медико-санитарной помощи не играло существенной роли до середины XX в. Улучшение положения в Англии в основном связано с общим повышением уровня жизни, улучшением рациона питания, а также с основными санитарно-гигиеническими реформами в здравоохранении, которые обеспечили чистую воду, лучшие жилищные условия и более безопасные условия труда [McKeown, 1976; Szreter, 1988; Guha 1994]. Mackenbach, однако, применил этот же анализ для исследования положения в Нидерландах и подсчитал, что медико-санитарная помощь способствовала снижению смертности с 4,7 до 18,5% в период с 1875 по 1970 г. [Mackenbach, 1996].

Во второй половине XX в. медико-санитарная помощь внесла еще больший, хотя и не основной вклад в увеличение продолжительности жизни. Так, например, в Нидерландах и Соединенных Штатах Америки более эффективная медико-санитарная помощь, по оценкам, добавила 5 лет к ожидаемой продолжительности жизни при рождении в этих странах [Mackenbach, 1996].

Тем не менее эти исследования смертности дают неполную картину общего влияния служб здравоохранения на здоровье. Можно доказать, что самый большой потенциальный вклад высокоэффективных служб здравоохранения заключается в уменьшении заболеваемости и инвалидности, облегчении боли и страданий и улучшении качества жизни тех, кто заболел. Почти каждый человек в определенный период жизни пользовался благами служб здравоохранения, но количественного анализа их влияния на здоровье не проводилось.

Влияние на неравенство в отношении здоровья

Анализ выживания при болезнях, для которых существует эффективное лечение, показал, что улучшение выживания в XX в. наблюдается у всех социально-экономических групп. С 1930 по 1960 г. показатели смертности от таких причин, как туберкулез, аппендицит и состояния, наблюдающиеся в неонатальном периоде, т.е. поддающихся лечению, в Англии и Уэльсе уменьшились на 70% для низших социально-экономических групп и на 80% для высших. Различное уменьшение показателей смертности привело к увеличению разрывов в смертности между группами при оценке в относительных показателях, но абсолютные различия в показателях смертности уменьшились [Mackenbach, Stronks & Kunst, 1989]. Уменьшение абсолютно неравенства в отношении смертности также было зарегистрировано в Нидерландах и Швейцарии для перинатальных состояний, поддающихся лечению. Исходя из этих данных, Johan Mackenbach заключил, что службы здравоохранения играют важную роль в уменьшении неравенства в отношении здоровья: «Внедрение эффективной медико-санитарной помощи в совокупности с несовершенной, но вполне удовлетворительной доступностью этой помощи для групп с низким социально-экономическим статусом привело к тому, что различия в смертности уменьшились по крайней мере в абсолютных показателях» [Mackenbach, 2003:527].

Продолжающееся неравенство в отношении доступа к медико-санитарной помощи, наблюдаемое даже в наиболее прогрессивных системах социального обеспечения в Европе, лишь усиливает аспект прав человека в этом вопросе [Whitehead & Dahlgren, 2007]. Если доступ к эффективной медико-санитарной помощи отсутствует или ограничен при потребности в ней, это нарушает права человека в цивилизованном обществе.

Право на доступ к основным службам здравоохранения в соответствии с потребностью и вне зависимости от возможности платить провозглашено в качестве основной задачи во многих политических документах и декларациях в странах Европы. Министры здравоохранения Бельгии, Германии, Испании, Португалии, Швеции и Соединенного Королевства в совместном коммюнике в августе 2005 г. определили эти задачи следующим образом [Judge et al., 2005:17]:

«Системы здравоохранения в Европе опираются на такие фундаментальные ценности, как справедливость, универсальность и солидарность. Все наши системы, несмотря на их значительные различия в организации,

управлении и финансировании, стремятся обеспечить справедливость в отношении доступа к высококачественным, эффективным и устойчивым в финансовом отношении службам здравоохранения для всего населения, основанных на потребности, а не на возможности платить. Все системы основаны на солидарности – между больными и здоровыми, бедными и богатыми, молодыми и старыми, жителями городов и сельских районов».

Приверженность этим ценностям чрезвычайно сильна, что подчеркивается Европейским региональным бюро ВОЗ [2005с].

«Едва ли найдется какая-либо страна в Европейском регионе ВОЗ, где было бы приемлемым и уместным для национальных органов управления здравоохранением заявлять, что они не выступают за справедливость, равноправие, солидарность и широкое участие или не предпринимают действия, компрометирующие эти ценности. Ни одно европейское общество не считает, что здоровье и службы здравоохранения являются стандартным товаром на рынке, и последние могут быть приватизированы с целью получения прибыли».

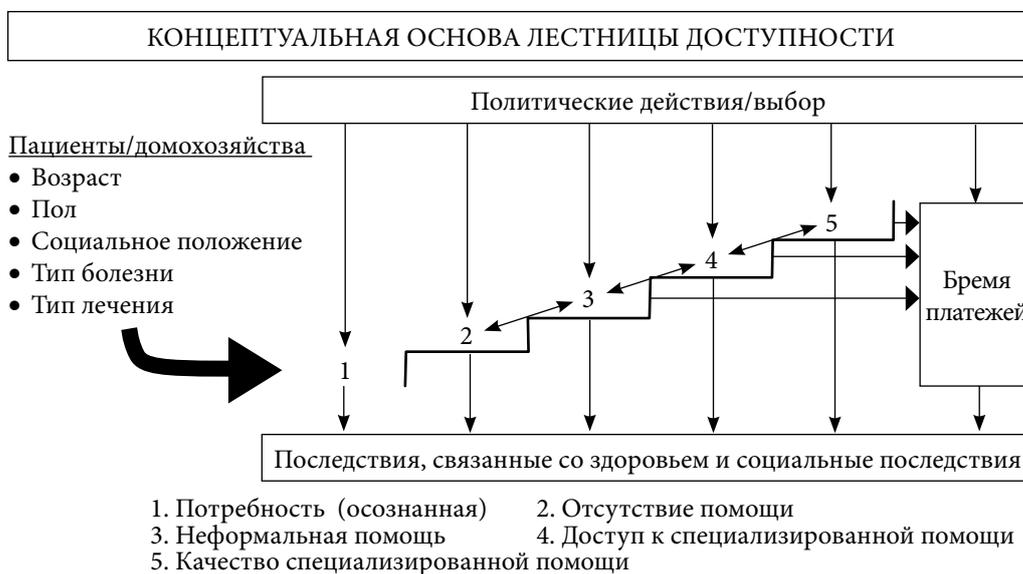
В действительности то, как существуют домохозяйства с низкими доходами в Европе, часто не согласуется с этими задачами. Обратный закон медико-санитарной помощи – «доступность хорошей медико-санитарной помощи имеет тенденцию обратно коррелировать с потребностью в ней у обслуживаемого населения» [Hart, 1971] – все еще проявляется в большинстве стран Европейского региона. Более того, начиная с 1990-х годов положение в европейских странах ухудшилось. Неравенство в отношении доступа к высококачественным службам здравоохранения и лекарственным средствам в общем усилилось в странах Центральной и Восточной Европы, но подобная ситуация наблюдается и в странах Западной Европы. Эта отрицательная тенденция наблюдается даже в периоды экономического подъема.

Такое социальное неравенство в системах здравоохранения имеет много измерений, которые относятся к неформальной системе здравоохранения, а также доступу к качественным и приемлемым по ценам профессиональным медицинским услугам и лекарствам. Масштаб наблюдаемого неравенства может значительно варьировать для различных типов помощи. Это неравенство в полной мере очевидно и понятно для потребителя или домохозяйства, что вытекает из нижеследующего.

Оценка системы здравоохранения с точки зрения справедливости

Первым шагом по преодолению социального неравенства должна быть оценка систем здравоохранения с точки зрения справедливости. При такой оценке важно не только рассмотреть доступ населения в целом к здравоохранению, но также учитывать положение групп с низкими доходами, когда они ищут помощи в связи с различными типами проблем, связанных со здоровьем. Внимание также следует уделять бремени платежей, включающих плату за услуги, другие непосредственные платежи за медико-санитарные услуги и лекарства и неофициальные платежи коммерческим службам здравоохранения, которые продают свои услуги по рыночным ценам. Подход, предлагаемый Программой лестницы доступности (Affordability Ladder Programme – ALPS), представленный на рис.3, может облегчить такую оценку. Он предусматривает систематический, направленный на достижение справедливости анализ с учетом интересов пациентов или членов домохозяйств в общей системе здравоохранения, включающей неформальную и формальную медико-санитарную помощь [Dahlgren, 2004].

Рис.3. Подход к оценке справедливости и систем здравоохранения, предлагаемый ALPS



Источник: Dahlgren [2004].

Используя логику и ступени этой схемы, такой подход может быть проиллюстрирован следующими примерами, взятыми из практики европейских стран.

Ступень 1. Учет различий в потребности помощи

Социальное неравенство в отношении здоровья, связанное с гендерными различиями. Составляет основу любого анализа доступа к службам здравоохранения и их использования. Справедливость в отношении служб здравоохранения подразумевает, что более тяжелое бремя заболеваемости у групп с низкими доходами должно полностью компенсироваться использованием основных служб здравоохранения. Если одинаковый уровень использования служб здравоохранения наблюдается для всех социально-экономических группах, это может указывать на значительное социальное неравенство в отношении доступа и использования. Следует иметь в виду социальную модель заболеваемости, так как она предопределяет, какие именно потребности в медицинской помощи являются ключевыми. Такая связь между социальным неравенством в отношении состояния здоровья и неравенством в отношении оказания медико-санитарной помощи часто игнорируется при оценках систем здравоохранения.

Тип проблемы, связанной со здоровьем, и необходимые службы. Экономический доступ к рассматриваемой системе здравоохранения может варьироваться и зависеть не только от различий в финансовых ресурсах пациентов, но также от стоимости специфического лечения определенной болезни или состояния, связанного со здоровьем. Это кажется само собой разумеющимся, но типичные оценки доступа к медицинским службам не принимают во внимание различие в стоимости лечения различных болезней. Они усредняют стоимость медико-санитарной помощи. Тем не менее в действительности доступ к лечению низкой стоимости может получить почти все население, в то время как дорогое, с использованием передовых технологий лечение предоставляется только богатым группам населения. Принимая во внимание, что все пациенты стремятся получить доступ к службам здравоохранения для лечения своего специфического заболевания, важно, чтобы оценки неравенства в отношении доступа к системам здравоохранения и их использования также отслеживали различия в доступе, связанные с различными типами проблем здоровья и лечения. Такой тип оценки, учитывающей специфику болезни, все еще редко проводится в большинстве европейских стран.

Ступень 2. Неформальная помощь или самопомощь

Заболевший человек большую часть помощи получает, не вступая в контакт с профессиональным провайдером служб здравоохранения.

Неформальная помощь как самостоятельная, так и оказанная членами семьи и друзьями, редко указывается в оценках систем здравоохранения. Это происходит именно так, несмотря на то что возможность получения такого типа помощи часто наиболее ограничена у групп с низкими доходами и наиболее высоким бременем заболеваемости. Оценки доступа всегда должны учитывать, оказывается ли вынужденная и нездоровая неформальная помощь вследствие ограниченного доступа к имеющейся профессиональной помощи.

Ступень 3. Доступность медико-санитарной помощи

Географическая доступность. Типичной моделью почти во всех – если не во всех – странах является та, при которой число учреждений здравоохранения и врачей растет по мере увеличения среднего дохода географических районов, которые они обслуживают. Эта тенденция обычно усиливается в системах здравоохранения, ориентированных на рынок, со множеством частных провайдеров медико-санитарной помощи, извлекающих прибыль.

Экономическая доступность. Финансовые барьеры ограничивают доступность помощи во многих странах. Так, например, в Армении, Грузии и Молдове более 50% населения не прибегают к помощи будучи больными в связи с невозможностью оплатить ее. В Кыргызстане 36% всего населения и 70% представителей беднейшей группы населения заявили, что они не в состоянии приобрести назначенные лекарства [Walters & Suhrcke, 2005]. Такое же существенное неравенство в отношении доступности помощи и основных лекарственных средств наблюдалось и в Таджикистане, где 70% самой бедной пятой части населения не могли себе позволить купить назначенные лекарства [Falkingham, 2004].

Во многих странах Европейского региона ВОЗ углубляется неравенство в отношении экономического доступа к основным службам здравоохранения. Женщины в Таджикистане, например, все больше рожают дома, а не в медицинском учреждении, потому что не могут оплатить услуги больницы [Falkingham, 2004]. Как правило, богатые группы населения во многих странах используют государственные больницы чаще, чем менее привилегированные, несмотря на то что их потребность в помощи меньше, чем групп с более низким социально-экономическим статусом. Богатые люди в Таджикистане и Казахстане, например, лечатся в государственных больницах в 2 раза чаще бедных [Falkingham, 2001].

Ограниченный экономический доступ к службам здравоохранения и основным лекарственным средствам является растущей проблемой в странах Западной Европы, так как увеличивающаяся доля стоимости медико-санитарного обслуживания оплачивается из собственного кармана. Четверть миллиона шведов, например, сообщили, что они не в состоянии приобрести назначенные лекарства [National Board of Health and Welfare, 2002]. Проведенные не так давно исследования доступности назначенных лекарственных средств показали, что 60% тех, кто имеет экономические проблемы, не в состоянии купить назначенные врачами лекарства. Более того, 27% мужчин и 28% женщин, имеющих экономические проблемы, не обращаются за профессиональной помощью, несмотря на осознаваемую потребность в ней, по сравнению с 10% лиц, не испытывающих экономических проблем [Wamala et al., 2006].

В докладе Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие в 2005 г. сделаны выводы, что финансовые барьеры являются наиболее важным фактором, ограничивающим доступ к медико-санитарной помощи в СЦВЕ и ННГ и что положение ухудшилось при переходе к рыночной экономике. Эта тенденция усилилась в связи с сокращением государственного финансирования служб здравоохранения, низкой заработной платой медицинского персонала и высокими неформальными и формальными платежами за услуги здравоохранения и лекарства [Walters & Suhrcke, 2005].

Ступень 4. Качество помощи

Во многих странах существует значительное социальное неравенство в отношении качества оказываемой помощи. Бедные люди в Болгарии, особенно женщины, получают первичную медико-санитарную помощь худшего качества [Balanbalova & McKee, 2002]. В Таджикистане менее привилегированные группы населения менее вероятно, чем богатые, получают какую-либо помощь, кроме первичной, что может быть одним из показателей худшей доступности специализированной помощи, в которой они нуждаются [Fahlingham, 2004].

Ступень 5. Бремя платежей

Платежи из своего кармана могут стать основным бременем, особенно для групп с низкими доходами, и даже привести к бедности. Вот почему этот фактор является одним из важнейших при оценке системы здравоохране-

ния с точки зрения справедливости. Если при такой оценке выясняется, что платежи из своего кармана низки, это не обязательно говорит о том, что все благополучно. Незначительная тяжесть оплаты может быть вызвана тем, что более бедные группы населения не могут вообще воспользоваться медицинскими услугами из-за их стоимости. В этом случае они не будут нести медицинские расходы, но они могут страдать из-за отсутствия адекватной помощи. Для того чтобы разграничить эти две причины низких платежей из своего кармана, следует проанализировать как бремя платежей для людей, прибегающих к услугам здравоохранения, так и степень, до которой различные социально-экономические группы не пользуются этими услугами из-за их цены.

Чтобы оценить, когда определенный уровень расходов на медико-санитарную помощь становится неприемлемым, полезно рассчитать стоимость помощи как процент бюджета семьи или дохода пациента. Такой тип оценки, проведенной среди социально-экономических групп в Казахстане, показал, что бедные пациенты, которым требуется стационарная помощь, тратят на нее сумму, эквивалентную их двойному месячному доходу. Богатые пациенты тратят сумму, эквивалентную только половине их месячного дохода, которая, тем не менее, является значительным бременем [Lewis, 2000]. Так как стационарная помощь требуется нечасто, важно проанализировать также общие платежи из своего кармана за первичную медико-санитарную помощь и лекарства, а также за амбулаторную помощь.

При анализе бремени платежей следует также оценить, в каких объемах используют существующие общественные субсидии различные социально-экономические группы. Согласно типичной модели, во многих странах выгоды получают группы людей, находящихся в более благоприятном положении. Такая ситуация наблюдается, например, в Армении, где самая бедная пятая часть населения использует только 13% общих общественных расходов, а наиболее богатая пятая часть – почти 40% [World Bank, 2002].

Специфической проблемой во многих СЦВЕ и ННГ являются очень высокие нерегулируемые, неформальные («под столом») платежи, что увеличивает официальную плату пациентов. Этот тип платежей подобен раковой опухоли в любой системе общественного здравоохранения, так как переводит выгоды общественного финансирования от пациентов к провайдерам и сближает частные расходы на медико-санитарную помощь в общественных службах со стоимостью на коммерческие услуги. Исходя из этого, основной проблемой, с точки зрения индивидуума и общества, становятся эти не-

формальные платежи, которые вынуждены платить большинство пациентов во многих странах. Доля пациентов, осуществляющих эти неформальные платежи, составляет 91% в Армении и 78% в Азербайджане. Средняя сумма платежей «под столом» в Болгарии эквивалентна 21% минимальной ежемесячной зарплаты. [Balabanova & McKee, 2002]. По-видимому, эта проблема обостряется во многих странах. В Албании, например, доля людей, которая платит «под столом», возросла с 20% в 1996 г. до более чем 80% в 2000 г. [Lewis, 2000]. Влияние неравенства в отношении здоровья с точки зрения ограниченного доступа к службам здравоохранения, низкого качества обслуживания и значительного финансового бремени платежей еще не было подвергнуто оценке в этих странах. Тем не менее многое говорит в пользу того, что отрицательные эффекты плохого здоровья и преждевременной смертности широко распространены во многих СЦВЕ и ННГ.

Неравенство в общественных системах распространено еще шире там, где существуют коммерческие системы здравоохранения, обеспечивающие услуги только тем, кто может платить за них по рыночной стоимости. Поэтому следует глубоко проанализировать влияние социального неравенства в отношении здоровья и в отношении медицинской помощи в свете реформ здравоохранения, усиливающего роль частных (коммерческих) служб здравоохранения, целью которых является получение прибыли.

Несмотря на то что такое неравенство намного сильнее выражено в СЦВЕ и ННГ, аналогичные проблемы – только меньшего масштаба – наблюдаются в Западной Европе, где существует сходная тенденция увеличения платежей из своего кармана. В Швеции, например, с 1990 г. платежи из своего кармана и другие прямые платежи за услуги здравоохранения и лекарства увеличились с 10 до 16% общих расходов на здравоохранение. Ежегодно четверть миллиона шведов сообщают, что не в состоянии приобрести назначенные лекарства [National Board of Health and Welfare, 2002].

Политика здравоохранения, направленная на достижение справедливости

Резолюция 2001 г., принятая 52 министрами здравоохранения стран Европы, обязала находящийся в Венеции Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие проанализировать и распространить информацию о том, что могут сделать системы здравоохранения по сокращению влияния бедности на неравенство в отношении здоровья. В связи с этим Венецианский офис предложил следующий подход для систем здра-

воохранения, предполагающий четыре направления действий, [Ziglio et al., 2003].

1. Противодействуйте обратному закону медико-санитарной помощи (имеет место во всех европейских странах), согласно которому «доступность хорошей медико-санитарной помощи имеет тенденцию обратно коррелировать с потребностью в ней у обслуживаемого населения» [Hart, 1971]. Для этого, например, улучшите охват помощью, ее приемлемость, географическую и культурную доступность и справедливое размещение ресурсов.
2. Препятствуйте тому, чтобы службы здравоохранения способствовали бедности – например, уделяя внимание финансированию и растущему бремени платежей.
3. Помогите смягчить ущерб для здоровья, причиненный более широкими детерминантами здоровья, – например, обеспечивая доступные услуги бездомным и другим людям, живущим в нищете.
4. Воздействуйте на более широкие детерминанты здоровья более прямым способом – например, обеспечивая интенсивные доступные услуги с помощью партнерства с организациями вне сектора здравоохранения.

Потребность и возможность разработки такого подхода значительно различаются в странах Европейского региона с высокими, средними и низкими доходами. К тому же реформы здравоохранения можно начать и проводить только на основе существующих систем здравоохранения, которые также значительно различаются в Европе. Таким образом, специфические стратегии по уменьшению социального неравенства внутри системы здравоохранения могут быть разработаны, только исходя из национального контекста. Нижеследующие общие вопросы, возможные политические действия и опыт необходимо принимать во внимание, когда разрабатываются эффективные, направленные на достижение справедливости реформы в секторе здравоохранения. При этом следует учитывать специфику страны.

Усиьте хорошую неформальную помощь или самопомощь. Часто не принимаемая во внимание, но легитимированная роль общественной политики должна помочь усилить возможности обеспечения хорошей неформальной помощи или самопомощи – особенно семьям с низкими доходами. Это может включать общественную поддержку по улучшению санитарно-просвещения и предоставления услуг, для того чтобы члены семьи, обе-

спечаивающие неформальный уход за больными детьми и престарелыми родственниками, имели возможность отдохнуть. Некоторые страны также разработали различные стратегии по улучшению навыков неформальных провайдеров помощи и ее качества. Основной обязанностью тех, кто формулирует и осуществляет политику в области здравоохранения, является анализ того, могут ли и в какой степени различные реформы в секторе здравоохранения сократить или увеличить вынужденную или нездоровую неформальную помощь либо и ту и другую.

Обеспечьте многосекторальную перспективу развития. Сектор здравоохранения является одним из многих детерминантов здоровья. Многосекторальная перспектива развития в отношении здравоохранения редко в целом осознается работниками сектора здравоохранения. Сектор здравоохранения иногда даже может рассматриваться как наиболее важный детерминант здоровья без анализа значения других детерминантов. Такой узкий взгляд на развитие здравоохранения ограничивает возможности разработки многосекторальных стратегий здравоохранения, направленных на достижение справедливости. Поэтому важно расширить перспективы многосекторального развития и всемерно поощрять диалог и сотрудничество с другими секторами, которые могут включать:

- информацию о причинах, масштабе и распределении различных проблем, связанных со здоровьем, что является важным условием наращивания усилий в каждом секторе с целью профилактики болезней и укрепления здоровья;
- разработку и использование различных методов для оценки влияний на здоровье, направленных на достижение справедливости;
- многосекторальные действия в области здравоохранения, когда представители различных секторов работают вместе при планировании и воплощении проектов и программ, направленных на достижение справедливости в отношении здоровья;
- многосекторальное сотрудничество с целью улучшить обеспечение услуг маргинализированным труднодоступным группам, таким, как бездомные и некоторые этнические меньшинства.
- Акцентируйте внимание на том, что общественные услуги здравоохранения нельзя относить к категориям товара на коммерческом рынке. Мировой опыт ясно демонстрирует, что справедливость в системах здра-

воохранения не может быть достигнута на коммерческой основе. Поэтому принципиально важно исключить услуги здравоохранения, финансируемые из общественных фондов из генеральных соглашений о свободе торговли, продвигаемых Всемирной торговой организацией и ЕС.

Проводите налоговую политику, которая обеспечивает адекватное общественное финансирование. Общественные средства возможно разместить в соответствии с потребностями вне зависимости от возможности платить, в то время как частные платежи коммерческим провайдерам не могут быть размещены таким образом. Следовательно, попытки уменьшить неравенство в отношении медико-санитарной помощи требуют создания систем с большой долей общественного финансирования. Поэтому лица, принимающие решения в секторе здравоохранения, должны провести анализ альтернативной политики налогообложения. В дополнение к разработке национальной политики налогообложения также важно рассмотреть возможность создания международных систем налогообложения, таких, как налоги на денежные переводы, воздушный транспорт, а также меры по ограничению увода средств от уплаты налогов в налоговые гавани. В тему данного доклада не входит освещение и анализ национальной и международной политики в сфере налогообложения. Однако следует отметить, что такой анализ является чрезвычайно важным, поскольку глобализация уменьшает возможности национальных правительств обеспечивать необходимые поступления от налогов из национальных источников.

Разработайте или продолжайте использовать общественную систему предоплаты. В странах, где финансирование служб здравоохранения производится в основном через налоги и/или различные типы общественных систем медицинского страхования, основной задачей является обеспечение того, чтобы эти финансовые стратегии не были подорваны сокращением общественного финансирования, увеличением платы за услуги, а также частными системами страхования здоровья либо и тем и другим. Более того, очень важно, чтобы имеющиеся общественные ресурсы размещались в соответствии с потребностями вне зависимости от возможности платить.

Частные коммерческие провайдеры из услуг здравоохранения, оплачиваемых из общественных фондов, могут также подрывать систему общественного финансирования. Такие коммерческие провайдеры имеют обоснованный интерес отдавать приоритет пациентам, осуществляющим оплату частным образом, так как они приносят больше доходов, чем пациенты, лечение которых финансируется из общественных фондов. На этом осно-

вании шведский парламент в 2005 г. ввел закон, запрещающий больницам, финансируемым из общественных фондов, принимать частных пациентов, которые платят из своего кармана или используя частную страховку. Этот закон, тем не менее, был отменен в 2007 г. (когда большинство партий в парламенте сдвинулись от левых к правым).

В странах, где неформальные и формальные частные платежи за услуги здравоохранения (включая стоматологическую помощь) и лекарственные средства составляют значительную, часто увеличивающуюся долю общих расходов на здравоохранение, единственной приемлемой мерой уменьшения неравенства в отношении медико-санитарной помощи является постепенный переход к общественным системам предоплаты. Этот вывод содержится в резолюции WHA 58/33, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2005 г. Поэтапный подход, при котором высокие платежи потребителей заменяются на оплату из общественных фондов через налоги или через общественные схемы страхования здоровья, может включать:

- увеличение общественного финансирования в целях улучшения производительности и качества существующей системы общественного здравоохранения – особенно при лечении болезней, связанных с бедностью;
- карты медицинского страхования, финансируемые из налогов и обеспечивающие бесплатную или по минимальной стоимости помощь бедным людям или семьям, а также детям;
- разработку систем страхования здоровья с привлечением работодателей, которые включали бы членов семей работников;
- исследование потенциальной возможности соединить существующие общественные системы страхования здоровья, чтобы усилить перекрестное субсидирование различных систем;
- развитие систем страхования здоровья с обязательным субсидированием, которые вместе с уже существующими системами обеспечат охват всего населения.

В тему данного доклада не входят описание и анализ действий, специфических для отдельных стран, по постепенному достижению полного охвата медико-санитарной помощью всего населения. Тем не менее с точки зрения справедливости в отношении здоровья и медико-санитарной помощи опыт

показывает, что системы добровольного страхования здоровья и частные системы страхования в особенности не удовлетворяют потребностей тех, кто наиболее нуждается в помощи. Они также подрывают возможности разработки общественных систем страхования здоровья, при которых группы, находящиеся в наиболее благоприятном положении, субсидировали бы помощь менее привилегированным в экономическом отношении группам.

Определите сферы размещения ресурсов в соответствии с потребностями. При размещении ресурсов в различных административных районах можно использовать специфический коэффициент, основанный на потребностях, который бы учитывал не только численность и возрастную структуру населения, но также и социальное неравенство в отношении здоровья. Переход к размещению ресурсов в зависимости от потребностей должен быть постепенным в связи с существующими физическими структурами и другими ограничениями.

Таким образом, только общественные средства могут быть размещены в соответствии с потребностями. Частные платежи из кармана потребителей или через частные системы страхования здоровья не могут быть перераспределены в пользу тех, кто не может платить. Теоретически официальные платежи потребителей могут быть перемещены из богатых в бедные районы, но на практике это происходит очень редко. Тем не менее платежи коммерческим провайдерами должны учитываться, когда страна разрабатывает критерии по размещению средств в зависимости от потребностей. Будет также уместно – особенно в странах с высокими платежами потребителей – принимать во внимание доход, полученный от таких платежей, так как они обычно выше в наиболее благополучных районах.

Переход к размещению ресурсов в зависимости от потребностей особенно важен в странах, где еще в качестве критерия размещения ресурсов используется число больничных коек. Размещение ресурсов, основанное на коечном фонде, усиливает существующее географическое неравенство и препятствует возможностям создания эффективной системы здравоохранения, направленной на достижение справедливости.

Ограничьте утечку мозгов. Некоторые страны с низкими и средними доходами сталкиваются с тяжелой проблемой, когда квалифицированному медицинскому персоналу предлагают более высокую оплату труда и другие более выгодные условия за границей, что способствует его оттоку из страны. Аналогичная утечка мозгов наблюдается при переходе из обще-

ственного в коммерческий сектор здравоохранения в пределах страны. Это усугубляет неравенство в системе здравоохранения, так как коммерческие провайдеры обслуживают в основном группы, находящиеся в благоприятном положении, и не могут обеспечить потребности бедного населения в дорогостоящей помощи. Почти невозможно ограничить такую утечку мозгов в пределах страны, и это редко становится предметом обсуждений. Поэтому важно проанализировать, может ли и до какой степени расширяющийся коммерческий сектор здравоохранения ограничить возможности поддержания и развития служб общественного здравоохранения в районах с низкими доходами, а также для бедных пациентов.

Сократите бремя платежей. Бремя платежей в рыночных системах здравоохранения является наиболее высоким среди групп с низкими доходами, несмотря на их самую низкую способность платить и самую высокую потребность в помощи. Способом уменьшения такого бремени платежей является развитие справедливых финансовых стратегий, основанных на общественных системах предоплаты, как обсуждалось выше. Эти системы должны также включать субсидии на основные лекарственные средства, так как расходы на лекарства часто составляют основную долю расходов семьи на здравоохранение. Другой действенной мерой по уменьшению бремени платежей может быть более строгий контроль цен на лекарственные средства, увеличение использования дженериков и возможности для получения займов под низкий процент для оплаты услуг здравоохранения (включая стоматологическую помощь) и лекарств. Таким образом, возможности финансирования служб здравоохранения должны всегда быть представлены и проанализированы с точки зрения как правительства, так и пользователя.

Осуществляйте мониторинг несправедливости в системе здравоохранения. Различного рода несправедливость в системе здравоохранения следует подвергать мониторингу и доводить до сведения не только профессионалов и политических деятелей, но также и всего населения. Особые усилия следует предпринять для развития *надзора в сфере здравоохранения*. Это может показать, вносят ли вклад – и в какой мере – различные реформы и стратегии в секторе здравоохранения в сокращение барьеров и других проблем, с которыми сталкиваются люди (в общем) и группы с низкими доходами (в частности).

Слой 3. Социальная и общинная политика

За последнее десятилетие возрос интерес к третьему слою радуги – социальным и общинным отношениям – как детерминантам здоровья населения в целом и неравенству в отношении здоровья в пределах отдельных стран в частности. Часть этой сферы – данные о том, что по-разному называют *теорией социально-психологического окружения, социальным капиталом и социальными связями*, – горячо обсуждалась, став подобием минного поля [Lynch et al., 2000; Marmot & Wilkinson, 2001; Whitehead & Diderichsen, 2001].

Основные детерминанты здоровья



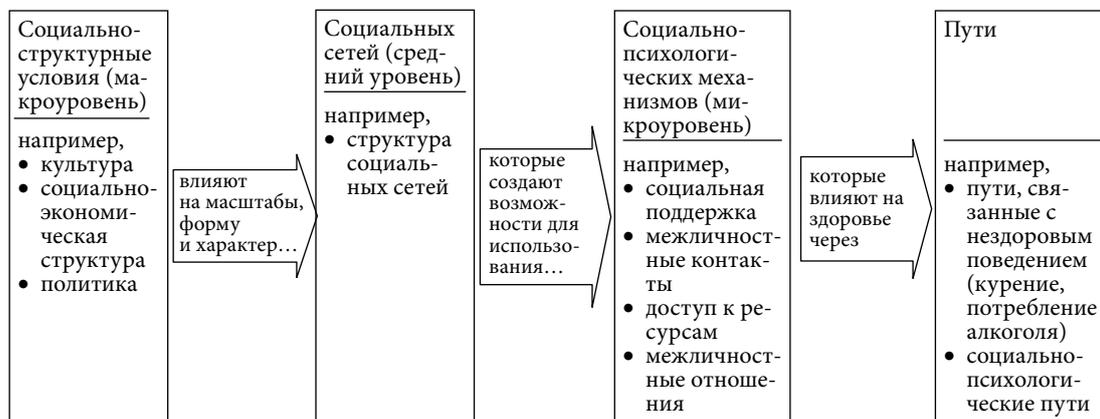
Источник: Dahlgren and Whitehead, 1993.

Не вдаваясь в детали дебатов, мы акцентируем внимание на некоторых ключевых определениях, о которых следует помнить, планируя наиболее эффективные политические действия, направленные на достижение справедливости в отношении здоровья, которые связаны с этим слоем влияния.

Социальные сети в этом контексте

Berkman и Glass [2000] собрали основные данные об этом слое влияния. «Характер человеческих взаимоотношений – степень, до которой индивидум взаимосвязан с обществом и включен в него, – существен как для здоровья и благосостояния индивидуума, так и для здоровья и благосостояния всего населения». Они предлагают концептуальную модель, которая предусматривает социальные сети, включенные в социальный и культурный контекст верхнего слоя, от которого зависит характер, масштабы и форма сетей. Структура и функция сети, в свою очередь, влияют на нижний слой – социальную поддержку, занятия, доступ к ресурсам и социальное и индивидуальное поведение (рис. 4).

Рисунок 4. Концептуальная схема Berkman и Glass, показывающая как социальные сети влияют на здоровье



Источник: составлено по Berkman и Glass [2000].

Модель предлагает потенциальные политические действия на пути от макро- к микроуровню. Тем не менее самое главное – выделить проблему здоровья в целом, а также неравенства в отношении здоровья.

Влияние на здоровье в целом

Следует разграничить уровни влияния на здоровье индивидуумов и населения. На индивидуальном уровне имеются весомые данные, согласно которым некоторые типы социальных сетей, вовлечение населения и социальные связи взаимопомощи благоприятно влияют на здоровье индивидуума. Так, например, у людей, включенных в широкие социальные сети, показатели смертности в 2–3 раза ниже, чем у людей со слабыми социальными контактами [House, Landis & Umberson, 1988; Berkman, 1995]. И наоборот, повышенному риску преждевременной смерти подвержены те, кто не связан с другими или изолирован от них [Berkman & Glass, 2000]. Низкий уровень контроля на рабочем месте, а также низкий уровень социальной поддержки могут прогнозировать коронарную болезнь сердца и плохое психическое здоровье [Bosma et al., 1997; Hemingway, Kuper & Marmot, 2003].

На уровне населения в целом существуют формы коллективного социального контекста (такие, как соседи, община и общество), *внешние для индивидуума*, которые влияют на уровень здоровья этого населения.

Значительное неравенство в уровне доходов, наблюдающееся в отдельных штатах США [Kawachi et al., 1997; Kawachi, Kennedy & Glass, 1999], а также в других странах с высокими доходами [Wilkinson, 1996], ассоциировалось с более низкими уровнями самооценки здоровья и смертности населения этих стран. Некоторые исследователи выявили связи между уровнями межличностного доверия, готовностью помочь друг другу и солидарностью групп, с одной стороны, и более высоким уровнем здоровья населения – с другой [Kawachi, Kennedy & Glass, 1999]. Другим исследователям не удалось найти такой взаимосвязи между странами с высокими доходами, поскольку различия между ними были очень велики. Но они выявили более низкую детскую смертность в странах с большим числом членов профсоюзов и политическим представительством женщин [Lynch et al., 2001], что говорит о более благоприятной культурной и политической среде, в которой живут люди.

Влияние на неравенство в отношении здоровья

На индивидуальном уровне наблюдается явный социальный градиент, связанный с худшей социальной поддержкой, социальной изоляцией и низким уровнем контроля на рабочем месте, и увеличение подверженности ему по мере ухудшения социального положения [Colhoun & Prescott-Clarke, 1996]. Безработица или жизнь в нищете влечет за собой повышенный риск социальной изоляции. Британское исследование гражданских служащих (British Whitehall Study) показало, что низкий уровень контроля на рабочем месте влияет почти на половину наблюдаемого социального градиента в отношении сердечно-сосудистых болезней [Marmot et al., 1997a].

На уровне населения страны с более совершенными системами социального обеспечения стремятся обеспечить более представительное политическое участие, что приводит к проведению политики, от которой выигрывают все слои общества. Эти более универсальные системы, в свою очередь, приводят к уменьшению неравенства и снижению показателей бедности [Korpi & Palme, 1998]. В противоположность этому службы, нацеленные только на бедных, рискуют оказаться плохими службами, как верно подметил Ричард Титмус, британский социолог.

Наблюдается также тенденция ухудшения качества социальных связей среди групп с низкими доходами. Семейная жизнь, вероятно, будет вызывать больший стресс у многих семей, которые должны справляться с трудностями, типичными для людей, живущих в относительной бедности [Wilkinson, 2005].

Возможные политические действия по включению в жизнь общества и дела общины

Политические действия подразделяются на три основные категории – содействие индивидуальной социальной поддержке и обеспечение горизонтальных и вертикальных взаимодействий населения.

- Обеспечьте группы, находящиеся в неблагоприятном положении, дополнительными службами здравоохранения и социальными службами, которые смогли бы оказать психологическую поддержку родителям маленьких детей и молодым матерям [Achenson et al., 1998].
- Способствуйте *горизонтальным* социальным взаимодействиям – между членами одной и той же общины или группы, с тем чтобы обеспечить динамическое развитие общины. Эти политические действия варьируются от
 - проявления инициатив по развитию общины, что позволило бы людям совместно работать над выделенными приоритетами в отношении здоровья, до
 - построения инфраструктуры в близлежащих районах – например, создавая места и возможности для отдыха, – с тем чтобы способствовать более легким социальным контактам.
- Усиливайте и развивайте системы, способствующие *вертикальным* взаимодействиям – на уровне общества в целом. Они направлены на создание вертикальных «соединений» между различными группами, находящимися на противоположных ступенях социальной лестницы, с тем чтобы способствовать их включению в дела общества и заинтересованному экономическому и политическому участию. Теория, лежащая в основе вертикальных инициатив, говорит о том, что поощрение солидарности в обществе уменьшает его расслоение, способствует меньшему социальному неравенству, а следовательно, более справедливому доступу к ресурсам здравоохранения. Например:
 - построение всеохватывающих систем социального обеспечения и образования, в которые *каждый вносит свой вклад и каждый выигрывает*;
 - политика занятости, направленная на интеграцию всех групп общества в рынок труда;
 - инициативы по усилению демократического процесса и облегчению участия в них лиц, лишенных гражданских прав.

Слой 4. Политика в отношении образа жизни сквозь призму справедливости

Индивидуальное поведение, такое, как курение, потребление спиртных напитков, рацион питания и физические упражнения влияют на здоровье населения и являются социально обусловленными и влияющими в некоторой степени на существующее социальное неравенство в отношении здоровья. До начала разработки стратегии по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья, связанной с образом жизни, следует понять причины, почему образ жизни моделируется обществом. Данный раздел посвящен трем ключевым факторам, связанным с образом жизни, и исследует возможные политические действия в их отношении сквозь призму справедливости.

Основные детерминанты здоровья



Источник: Dahlgren and Whitehead, 1993.

Структурно детерминированный и индивидуально выбранный образ жизни

Факторы риска, связанные с образом жизни, такие, как курение табака, злоупотребление алкоголем, ожирение, высокое артериальное давление и высокий уровень холестерина в крови, влияют, по меньшей мере, на треть общего бремени болезней в Европе [WHO, 2002]. Факторы риска, связанные с поведением, такие, как курение и злоупотребление алкоголем, иногда характеризуют как свободный выбор, а значит и социальные различия в образе жизни, связанные с нездоровым индивидуальным выбором. Бесспорной стратегией по сокращению этих факторов риска, связанных с образом жизни, является информирование людей об отрицательном влиянии на здоровье различных факторов риска, с тем чтобы поощрить их изменить образ жизни – т.е. сделать более здоровый выбор.

Тем не менее предположение, что уровень жизни различных социально-экономических групп выбирается свободно, является неверным, так как

социальное и экономическое окружение, в котором живут люди, чрезвычайно важно для формирования их образа жизни [Stronks et al., 1996; Jarvis & Wardle, 1999]. Осознание этого структурно обусловленного образа жизни выдвигает на первый план важность структурных вмешательств в отношении уменьшения социального неравенства, связанного с болезнями, обусловленными образом жизни. Такие вмешательства включают фискальную политику, связанную с увеличением цен на вредные товары, и законодательные меры, ограничивающие их доступность. Не менее важными являются действия по обеспечению более здорового образа жизни путем облегчения выбора здоровых альтернатив – например, с помощью общественных субсидий и увеличения доступности здоровых пищевых продуктов и рекреационных объектов.

Такие структурные вмешательства могут быть значительно более важными для групп с низкими доходами, чем для групп с высокими доходами. Это еще больше увеличивает важность совместного структурного и санитарно-просветительного подхода в целях улучшения здоровья населения в целом и уменьшения социального неравенства в частности.

I. Борьба с потреблением табака

Общее влияние на здоровье

Курение увеличивает риск смертности от рака легких и многих других локализаций, болезней сердца, инсульта и хронических респираторных заболеваний. Курение все еще остается самым значительным фактором риска, сопряженного с поведением, в Европе, несмотря на то что число лиц, курящих каждый день, в большинстве западноевропейских стран значительно уменьшилось с 1990 по 2005 г. Курение ежегодно убивает свыше 1 млн мужчин и свыше 200 тыс. женщин в Европейском регионе ВОЗ [Peto et al., 2004]. Показатели курения среди мужчин все еще очень высоки в СЦВЕ и ННГ. В Российской Федерации наблюдаются одни из самых высоких показателей в мире: в 2004 г. 61% российских мужчин курили. Показатель для женщин ниже, но он увеличился с 1992 по 2004 г. с 9 до 15% [Walters & Suhrcke, 2005].

Влияние пассивного курения на здоровье намного больше, чем обычно предполагают. В Швеции, например (где показатели курения самые низкие среди всех европейских стран), в результате пассивного курения каждый год погибает больше человек, чем в дорожно-транспортных происшествиях

[National Board of Health and Social Welfare, 2001]. Экспозиция к табачному дыму в окружающей среде ассоциируются с инфекциями нижних дыхательных путей, внезапной смертью грудных детей, астмой, ишемической болезнью сердца и различными видами рака. Кроме того, курение женщины во время беременности увеличивает риск рождения детей с низкой массой тела и синдром внезапной смерти грудного ребенка [WHO, 2002].

Экономические затраты, связанные с курением, также очень высоки. Например, по оценкам исследования, проведенного в Венгрии, затраты, связанные с курением, составляли потери в размере 3,2% ВВП в 1998 г. [Szilagyi, 2004]. Соответствующие затраты в Германии, по оценкам, составили 2% ВВП в 1993 г. [Welte, Konig & Leidel, 2000]. Общие затраты, связанные с курением, в ЕС составили от 97 до 130 млрд евро в 2000 г., что соответствует от 211 до 281 евро на человека и более 1% ВВП Региона [Ross, 2004].

Влияние на неравенство в отношении здоровья

Эпидемия курения в Европе имеет широко распространенную тенденцию. Первоначально большинство курильщиков – это более богатые мужчины, затем, через некоторое время, также и женщины этой социально-экономической группы. Вторая фаза эпидемии табакокурения характеризуется уменьшением курения среди богатых групп населения и его увеличением среди групп с низкими доходами, вначале у мужчин и затем у женщин. Во время третьей фазы курение уменьшается во всех социально-экономических группах, но идет более быстрыми темпами среди групп с высокими и средними доходами, чем среди групп с низкими доходами. Показатели курения у женщин с низкими доходами могут даже увеличиться или остаться на том же уровне в течение этой фазы [Graham, 1996]. Страны Северной Европы достигли этой третьей фазы распространения курения, дифференцированного по классам, в то время как страны на юге Европы находятся в более ранней фазе.

В Центральной и Восточной Европе последовательно проявляется модель обратной связи между социально-экономическим статусом и курением у мужчин; что касается женщин, модель выражена менее ясно [Walters & Suhrcke, 2005]. В Российской Федерации, например, в 1998 г. показатели смертности мужчин с более низким уровнем образования в 2 раза превышали таковые у мужчин с более высоким уровнем образования [Carlson, 2001]. В Украине показатели курения у безработных мужчин на 50% выше, чем у мужчин, имеющих работу. Еще большие различия наблюдались

среди украинских женщин, где показатели курения у безработных женщин в 2 раза превышали таковые у работающих [Gilmore et al., 2001].

Общее сокращение курения в Европе является большим успехом общественного здравоохранения, которому в значительной степени способствовала успешная политика борьбы с потреблением табака, которая включает как санитарное просвещение, так и структурную политику, например, высокие налоги на табак. Тем не менее результат был намного менее успешным с точки зрения *справедливости в отношении здоровья*, так как основные положительные результаты были достигнуты у групп со средними и высокими доходами, что привело к значительному увеличению социального неравенства в отношении здоровья. В таких странах, как Соединенное Королевство, социальные различия в отношении курения в настоящее время статистически объясняют большую часть наблюдаемых разрывов между различными социальными классами в показателях смертности от рака легких и коронарной болезни сердца, а также увеличение различий в смертности среди мужчин среднего возраста за последние 20 лет [Jarvis & Wardle, 1999].

Вопросы справедливости в отношении пассивного курения, вероятно, также стоят достаточно остро, особенно среди детей, учитывая социальный градиент в отношении курения и тот факт, что люди все еще курят в домашних помещениях. Высокие показатели курения среди беременных женщин из рабочего класса также влияют на степень отрицательных эффектов пассивного курения, испытываемых детьми из различных социальных классов еще до своего рождения. Специфические профессиональные группы – например, люди, работающие в ресторанах и барах, более вероятно, не только курят, но и подвергаются большему воздействию прокуренной окружающей среды, чем другие профессиональные группы.

Таким образом, курение является важным детерминантом социального неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе. В ЕС около трети различий в показателях смертности между богатыми и бедными связаны с различиями в курении [Kurgianou, 2005].

Возможные политические действия в отношении борьбы с потреблением табака, направленной на достижение справедливости

Конвенция по вопросам борьбы с потреблением табака, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2003 г. и вступившая в силу в феврале 2005 г., является основным шагом по направлению к глобальному признанию того, что для уменьшения курения необходимы значительные и интенсивные усилия, касающиеся вопросов рекламы и налогообложения. Тем не менее баланс между вложениями и усилиями табачной промышленности по продвижению использования табака и национальной политики в области здравоохранения по уменьшению курения (даже в европейской перспективе) все еще в пользу нездоровой политики, связанной с коммерческими интересами. Принимая во внимание борьбу с потреблением табака, следующие направления политики будут наиболее важными с точки зрения достижения справедливости.

- Сформулируйте цели по борьбе с потреблением табака, определяющие желательные изменения, касающиеся социально-экономических групп и полов. В настоящее время цели политики и программ по борьбе с потреблением табака направлены на уменьшение его потребления населением в целом. Однако сейчас следует поставить дополнительные специфические цели, направленные на достижение справедливости, по сокращению курения выше среднего уровня в группах с низкими доходами и уменьшения социального неравенства в отношении болезней, связанных с потреблением табака. Эти два типа целей важны также в странах, находящихся на ранней стадии табачной эпидемии, с тем чтобы избежать отрицательных тенденций усиления неравенства, по мере того как политика борьбы с потреблением табака сокращает долю курильщиков среди населения в целом.
- Сохраняйте цены на табачную продукцию высокими с помощью налогообложения. Увеличение налогов на табачную продукцию, вероятно, является наиболее эффективным вмешательством с точки зрения затрат, а также с точки зрения справедливости. В частности, это касается стран с высоким уровнем курения, как во многих странах Восточной и Центральной Европы. Эта стратегия увеличивает налоговые поступления и в то же время уменьшает курение. По оценкам, каждые 10% реального увеличения цены в связи с налогами на табачную продукцию обычно уменьшают потребление табака на 2–10%. Исследования также показывают, что это воздействие в относительно большей степени затрагивает молодых курильщиков, курильщиков с низкими доходами и (возможно) женщин [WHO, 2002].
- Введите всеобъемлющий запрет на рекламу. Реклама в наибольшей степени влияет на молодежь, а рекламодатели табака в некоторых странах для его продвижения приняли тактику специфической нацеленности на районы, находящиеся в неблагоприятном положении.

- Глубоко проанализируйте скрытую нездоровую политику, разработанную табачными компаниями и нацеленную на население в целом, а также специально нацеленную на группы молодежи и наиболее неблагополучные группы населения. Введите жесткие санкции, когда рыночные кампании по продвижению табачной продукции нарушают регулируемую базу политики борьбы с потреблением табака.
- Интенсифицируйте местные усилия по борьбе с потреблением табака в неблагоприятных районах. Принимая во внимание, что большинство курильщиков проживают в низкодоходных районах европейских стран, необходимо придать более высокое, приоритетное значение этим районам в плане финансовых ресурсов для служб по прекращению курения в первичных учреждениях здравоохранения, специальных гендерных программ санитарного просвещения для групп высокого риска (включая беременных женщин) и совместных программ борьбы с потреблением табака с профсоюзами на предприятиях с большой долей курильщиков. Эти усилия должны быть основаны на глубоком анализе того, почему курение в этих группах остается высоким, несмотря на осведомленность, что курение является важным фактором риска для здоровья.
- Продвигайте концепцию «дети, свободные от курения». Пассивное курение плода во время беременности матери имеет отрицательные отдаленные последствия, включая риск низкой массы тела при рождении, которая, в свою очередь, связана с увеличением риска развития различных заболеваний во взрослом возрасте [Acheson et al., 1998]. Поэтому важным компонентом во всех стратегиях по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья должно быть убеждение женщин прекратить курить во время беременности и их поддержка. Для того чтобы помочь женщинам, живущим в неблагоприятных условиях и испытывающим значительные трудности в попытках бросить курить, необходимы инициативы как нижнего, так и верхнего слоя. Политика верхнего слоя включает меры по улучшению материального положения женщин, испытывающих материальные трудности, путем улучшения финансовой поддержки семьям с маленькими детьми и устранения препятствий для работы. Политика нижнего слоя включает непосредственные меры по ограничению поставок и продвижения табака, а также практические меры по поддержке женщин, старающихся бросить курить [Acheson et al., 1998].
- Разрабатывайте программы, способствующие прекращению курения. Данные о том, что вмешательства, направленные на прекращение курения, эффективны, неопровержимы, однако не совсем понятно их воздействие на социально-экономические группы. Анализ последних 16 исследований групп с низкими доходами показал, что половина программ по прекращению курения эффективны [Platt et al., 2002]. Требуются еще большие усилия для разработки специфических гендерных программ, которые направлены на уменьшение курения среди групп с низкими доходами.
- Разрабатывайте и укрепляйте правовую основу, обеспечивающую свободные от курения производственную среду, учреждения и рестораны.

II. Злоупотребление алкоголем

Общее влияние на здоровье

Злоупотребление алкоголем приводит к 1,8 млн случаев смерти в год в мире и связано с 20–30% случаев заболевания раком пищевода, болезнью печени, дорожно-транспортных происшествий и преднамеренных травм, включая убийства. В европейском контексте потребление алкоголя является важным детерминантом плохого здоровья и преждевременной смерти. Очень высокое потребление алкоголя в центральной и восточной частях Региона идентифицировано как ключевой фактор, обеспечивающий существенное уменьшение ожидаемой продолжительности жизни, которое наблюдалось в 1990-х годах. Потребление алкоголя способствует также значительным гендерным различиям в смертности, так как оно в основном вызывает увеличение смертности среди мужчин среднего возраста [Cockerham, 2000]. В девяти странах Центральной и Восточной Европы наблюдается самое высокое в мире бремя болезней, связанных с потреблением алкоголя [WHO Regional Office for Europe, 2005a]. По оценкам ВОЗ, потребление алкоголя в восточно-европейских странах связано с 50–75% всех случаев утопления, заболевания раком пищевода, убийств, непреднамеренных травм, авто-транспортных происшествий, цирроза печени [WHO, 2002].

Тем не менее в Европейском регионе наблюдаются значительные различия между странами. Бремя болезней, связанных со злоупотреблением алкоголем, в Европе варьируется от 3 до 4% в таких странах, как Греция, Израиль, Норвегия, Швеция и Турция, до более чем 15% в Эстонии, Латвии и Российской Федерации и до 20% в Республике Молдова [WHO Regional Office for Europe, 2005a]. Масштабы смертности, связанной с потреблением алкоголя в Российской Федерации, освещены Президентом Путиным в Послании 2005 г. о положении в стране [Putin, 2005], в котором он заявил, что «каждый год в России около 40 тыс. человек умирают только от отравления алкоголем».

Влияние на неравенство в отношении здоровья

Социальная модель злоупотребления алкоголем в Европе является сложной и имеет гендерные различия. В некоторых странах наблюдается социальный градиент среди мужчин с увеличением показателей чрезмерного потребления алкоголя по мере ухудшения социально-экономического положения, в то время как в других странах наблюдаются схожие показатели

по всей социальной шкале. Результаты исследования, проведенного в 11 странах ЕС, продемонстрировали, что показатели чрезмерного потребления алкоголя значительно выше среди менее образованных мужчин в Греции, Ирландии и Португалии – странах, где наблюдаются также одни из самых высоких показателей чрезмерного потребления алкоголя у населения в целом [Cavelaars, Kunst & Mackenbach, 1997]. То же исследование выявило, что показатели чрезмерного потребления алкоголя среди женщин намного ниже, чем среди мужчин, во всех 11 странах и не обнаружило значительных различий в зависимости от уровня образования.

В центральной и восточной частях Региона наблюдается значительный социальный градиент у мужчин в отношении потребления алкоголя. В Российской Федерации, например, 40% мужчин, принадлежащих к беднейшей пятой части населения, сообщили о том, что ежедневно употребляют алкоголь, во второй, следующей по степени бедности группе населения ежедневно употребляли алкоголь 22% мужчин, в отличие от 12–13% мужчин в других более обеспеченных группах населения [World Bank, 2004]. В обзоре [Walter & Suhrcke, 2005], охватившем многие страны СЦВЕ и ННГ, сделаны выводы, что тяжелое экономическое положение в значительной степени ассоциировано с высокими уровнями потребления алкоголя и с большим риском сопряженного с алкоголем поведения. В обзоре социально-психологические факторы рассматриваются как важнейшие в возникновении социального неравенства в отношении здоровья. Авторы обзора также отмечают, что «алкоголь может быть одним из основных каналов, который способствует переходу от социально-психологического стресса к плохому здоровью и более высокой смертности».

Совершенно очевидным становится еще один путь, ведущий к неравенству в отношении здоровья и связанный с потреблением алкоголя. При одинаковом уровне чрезмерного потребления алкоголя вред здоровью, причиненный им, может быть больше для работников физического труда, чем для специалистов. В Швеции, например, число заболеваний и травм, связанных с потреблением алкоголя, в 2–3 раза выше у работников физического труда, чем у гражданских служащих, даже если уровень потребления алкоголя у них одинаковый [Hemmingsson et al., 1998]. В частности, мужчины, занимающиеся неквалифицированным ручным трудом, вероятно, в большей степени подвержены вредному воздействию алкоголя. Различное влияние может быть объяснено различием в привычке потребления алкоголя и наличием сетей социальной помощи. В некоторых странах неквалифицированные рабочие, злоупотребляющие алкоголем, имеют тенденцию чрез-

мерно пить в выходные (устраивать выпивки), в то время как гражданские служащие, у которых уровень потребления также повышен, распределяют его более равномерно в течение недели. Выпивки более распространены в низких социально-экономических группах по сравнению с более высокими, как это видно из исследований, проведенных в Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Республике Молдова и Российской Федерации [Pomerleau & McKee, 2003], а также в странах Северной и Западной Европы [Mackenbach, 2005].

Привычка выпивать у людей, занимающихся физическим трудом, может также больше отражаться на телосложении и более вероятно приводит к несчастным случаям и другим травмам из-за характера их работы. Точно так же социальные сети как на работе, так и дома, вероятно, могут быть буфером и уменьшать отрицательное влияние злоупотребления алкоголем в большей степени у гражданских служащих, чем у работников физического труда. Гражданский служащий, пришедший на работу пьяным, более вероятно получит поддержку и медицинскую помощь в связи с алкогольной зависимостью, в то время как пьяный рабочий может испытывать большой риск увольнения. Таким образом, работник физического труда, вероятно, попадет в порочный круг плохого здоровья в связи с безработицей, экономическим стрессом, возрастающими социальными проблемами и потреблением алкоголя.

Насколько объясняет злоупотребление алкоголем социальный градиент в отношении смертности? Ситуация значительно меняется от страны к стране. В Финляндии, где наблюдаются высокие показатели чрезмерного потребления алкоголя, смертность, связанная с ним, объясняет 14% социального неравенства в отношении смертности мужчин, 4% – в отношении смертности женщин и 24 и 9% социальных различий в ожидаемой продолжительности жизни, соответственно, для мужчин и женщин [Makela, Valkonen & Martelin, 1997].

Таким образом, наблюдается двойное отрицательное влияние на увеличение социального неравенства в связи с чрезмерным потреблением алкоголя: мужчины из более низких социально-экономических групп, как правило, пьют больше, чем остальное население, а отрицательное воздействие алкоголя на их здоровье выше при одинаковом с другими группами уровне чрезмерного потребления. Степень, до которой злоупотребление алкоголем объясняет социальный градиент в отношении смертности и заболеваемости, варьируется от страны к стране.

Возможные политические действия по борьбе с потреблением алкоголя, направленные на достижение справедливости

При осуществлении политических действий в отношении потребления алкоголя на всех уровнях – международном, национальном и местном – следует принимать во внимание гендерные различия, так как ключевые причины различны для мужчин и женщин. Необходимо также включать вопросы достижения справедливости в отношении здоровья в общие программы борьбы со злоупотреблением алкоголем. Политические действия для включения таких вопросов в программы предполагают следующее:

- Разработайте или поддерживайте фискальную политику в области ценообразования и доступности алкоголя. Наиболее эффективной политикой по сокращению потребления алкоголя будет увеличение его стоимости и ограничение доступности. Проведение именно такой политики стало одной из основных причин того, что такие страны, как Швеция, с политикой высокого налогообложения и ограничений доступа, в середине 1990-х годов имели наиболее низкие показатели болезней и травм, связанных с потреблением алкоголя, в странах Западной Европы [Diderichsen, Dahlgren & Vagero, 1997]. Механизм ценообразования также существенно важен для уменьшения социального неравенства в отношении здоровья с учетом различного влияния злоупотребления алкоголем на здоровье, описанного выше.
- Попробуйте разработать меры по борьбе с находящимися в верхнем слое причинами злоупотребления алкоголем в обществе – например, безработицей и социальной изоляцией, которые вызывают проблему пьянства. Разработайте системы социальной поддержки на рабочем месте и в общине для сокращения дополнительного отрицательного влияния злоупотребления алкоголем на здоровье, обычно испытываемого представителями низших социально-экономических групп.
- Проанализируйте невидимую нездоровую политику, проводимую производителями алкоголя и отраженную в международных соглашениях, которые относят алкоголь к обычным продуктам на коммерческом рынке.
- Поддерживайте международные соглашения, обеспечивающие здоровую общественную политику в отношении алкоголя, точно так же как и соглашения по борьбе с потреблением табака, число которых возрастает. Обратная политика низкого налогообложения и незначительных ограничений доступности алкоголя более прибыльна с коммерческой точки зрения, поскольку увеличивает потребление алкоголя. В ЕС, вероятно, в настоящее время наблюдается тенденция ставить эти коммерческие интересы выше интересов здравоохранения. В результате страны, такие, как Швеция, вынуждены либерализовать ограничения на импорт и рассматривать вопросы по уменьшению высоких налогов на алкоголь.

- Разработайте соответствующие программы санитарного просвещения. Отдельные информационные здравоохранительные кампании, в центре внимания которых отрицательные эффекты злоупотребления алкоголем, могут иметь довольно ограниченный результат. Трудно поверить, что отрицательное влияние на здоровье, вызванное уменьшением цен на алкоголь и увеличением его доступности, может быть нейтрализовано усиленной информацией о риске, связанном с высоким его потреблением. Тем не менее программы санитарного просвещения, разработанные для лиц из групп самого высокого риска, в совокупности со структурной политикой по ограничению доступности алкоголя могут быть эффективными. Специальные усилия должны быть направлены на подростков, беременных женщин и контролеров состояния рабочих мест.

III. Питание, физическая активность и ожирение

Общее влияние на здоровье

Нездоровый рацион питания с высоким содержанием жиров и сахара и слишком низким содержанием овощей и фруктов, а также недостаточная физическая активность составляют важный и один из основных детерминантов плохого здоровья и преждевременной смертности в Европе. Избыточная масса тела и ожирение – т.е., когда индекс массы тела (ИМТ) составляет 30 кг/м² и выше, – по оценкам, ежегодно убивает около 320 тыс. мужчин и женщин в 20 странах Западной Европы. Показатели ожирения в некоторых районах Восточной Европы также высоки и с 1980 г. увеличились более чем в 3 раза [WHO, 2002]. Распространенность ожирения достигла 20–30% у взрослых во многих европейских странах; показатели у детей также увеличиваются. По оценкам Европейского регионального бюро ВОЗ, треть сердечно-сосудистых болезней связана с несбалансированным питанием и 30–40% случаев заболевания раком можно предотвратить путем улучшения рациона питания [WHO, 2001]. В докладе, подготовленном для Саммита ЕС по преодолению несправедливости в отношении здоровья, проходившего в октябре 2005 г., сделан вывод, что «ожирение может стать эпидемией во многих европейских странах» [Mackenbach, 2005].

И наоборот, некоторые рационы питания в совокупности с большей физической активностью могут способствовать сохранению здоровья. Например, накопленные данные показывают, что питание, богатое фруктами и овощами, может защитить от таких серьезных заболеваний, как сердечно-сосудистые болезни и некоторые виды рака пищеварительного тракта [WHO, 2002]. По оценкам ВОЗ, увеличение потребления фруктов

и овощей в 2–4 раза в странах Центральной и Северной Европы, например, может уменьшить общее бремя болезней на 4,3% у мужчин и 3,4% у женщин в Европейском регионе [WHO, 2002]. Регулярная физическая активность также сокращает риск сердечно-сосудистых болезней, некоторых видов рака и сахарного диабета второго типа (инсулиннезависимого) [WHO, 2002]. Наиболее низкие уровни физической активности наблюдаются в восточноевропейских странах, что является причиной 8–10% всех случаев смерти по сравнению с 5–8% в других европейских странах [Lynch et al., 1997].

Влияние на неравенство в отношении здоровья

Неравенство в отношении здоровья, связанное с различиями в питании, явно выявляется в бедных группах населения, которые не в состоянии купить продукты, чтобы избежать недоедания. Однако неравенство в отношении здоровья, связанное с различиями в рационе питания, также наблюдается и в странах с высокими доходами даже с самого рождения. Так, например, женщины, находящиеся на нижних ступенях социальной лестницы в Соединенном Королевстве, скорее всего не будут вскармливать детей грудным молоком, что в 5 раз увеличивает для них риск попасть в больницу по поводу обычных инфекционных заболеваний в первый год жизни [British Department of Health, 2003].

После выхода из младенчества нездоровый режим питания детей, недостаточная физическая активность и ожирение часто взаимосвязаны и также связаны с факторами риска, распространенными среди населения с низкими доходами по сравнению с более богатыми группами. В ЕС, например, для семей с низкими доходами характерно самое незначительное потребление фруктов и овощей [National Institute of Public Health, 2003]. Женщины из наиболее низких социально-экономических групп в странах Восточной Европы подвержены особому риску потреблять слишком мало фруктов и овощей [WHO, 2002].

Физическая активность в свободное от работы время меньше распространена среди низших социально-экономических групп по сравнению с более высокими группами [Tenconi et al., 1992; Lynch, Kaplan & Salonen, 1997]. В Швеции, например, у людей, имеющих ограниченное образование, отсутствие физической активности в свободное время наблюдается в два раза чаще, чем у людей, обладающих образованием более высокого уровня [National Board of Health and Welfare, 2005].

Социальный градиент для лиц, страдающих ожирением, в Европейском регионе связан с уровнем экономического развития. В странах с низкими доходами, таких, как Азербайджан и Узбекистан, ожирение наиболее распространено среди более богатых групп. Растет количество лиц, страдающих ожирением, в группах с низкими доходами в таких странах, как Польша и Чешская Республика. Распространенность ожирения также увеличивается в Эстонии, но значительный социальный градиент наблюдается только для женщин [Klumbiene et al., 2004]. Эта обратная связь между доходом и ожирением ярко выражена во многих странах Западной Европы. Например, Бельгия, Германия, Дания, Нидерланды и Соединенное Королевство являются странами с наиболее крутым социальным градиентом как для мужчин, так и для женщин. Незначительные социальные различия в отношении лиц с избыточной массой тела наблюдаются в странах на юге Европы, таких, как Греция, Испания и Португалия [Cavelaars, Kunst & Mackenbach, 1997].

Во многих странах Европейского региона также наблюдается ожирение у детей, чьи родители обладают более низким уровнем образования. В Чешской Республике, например, у родителей с более низким уровнем образования дети в два раза вероятнее будут страдать ожирением, чем дети родителей обладающих образованием более высокого уровня [Walters & Suhrcke, 2005].

Переходя от ожирения к его противоположности, недостаточному питанию, можно сказать, что оно все еще является проблемой во многих странах Европейского региона, особенно в СЦВЕ и ННГ. Бремя недостаточного питания в этой части Региона несет бедное население; в постсоветский период оно возросло [Walters & Suhrcke, 2005]. Недостаточное питание, например, увеличилось среди самых молодых и старых людей в Российской Федерации с 1992 по 2000 г. Распространенность задержки в росте среди детей 2–6 лет возросла до 2000 г., в котором наблюдалось некоторое улучшение. Увеличение распространенности недостаточной массы тела среди взрослых молодого возраста составило 77% с 1992 по 2003 г. В Азербайджане 11% самой бедной пятой части населения испытывали недостаточность питания в 2001 г. по сравнению с 8% самой богатой пятой части населения (что все еще свидетельствует о высокой распространенности).

Учитывая общее влияние на здоровье этих факторов риска, а также социальное моделирование этих явлений, наиболее важным является распространение более здорового режима питания и большей физической активности среди групп с низкими доходами, что важно также с точки зрения справедливости в отношении здоровья.

Возможные политические действия в отношении режима питания и физической активности, направленные на достижение справедливости

Вопросы справедливости в отношении здоровья обычно игнорируются даже тогда, когда предпринимаются всеобъемлющие попытки обеспечить здоровый рацион питания и большую физическую активность. Это частично может быть связано с довольно ограниченными исследованиями причин, которые приводят к наблюдаемому социальному неравенству в отношении питания, физической активности и ожирения. Редко также учитываются структурные детерминанты образа жизни. В такой ситуации общие кампании санитарного просвещения в отдельности могут быть неэффективными для тех, кто подвержен самому высокому риску, а от общественных вложений в рекреационные объекты в основном выигрывают более богатые группы населения, находящиеся в лучшем положении. Даже если средние показатели для населения в целом указывают на улучшение в отношении здоровых рационов питания и физической активности, разрывы в состоянии здоровья, вероятно, увеличиваются, так как *более здоровые привычки* в основном наблюдаются среди групп, находящихся в более благоприятном положении.

Вызовом времени являются политические действия, которые будут иметь самый большой положительный результат среди групп общества, находящихся в наиболее неблагоприятном положении. В основу таких стратегий должны быть положены реальное положение и интересы групп с низкими доходами. Следующие примеры иллюстрируют, что это значит на практике.

- Проведите оценку влияния основных направлений европейской сельскохозяйственной политики с учетом фактора справедливости в отношении здоровья, для того чтобы проконтролировать, помогают они или препятствуют доступности здорового рациона питания для групп с низкими доходами. Некоторые компоненты Единой сельскохозяйственной политики (ЕСП) ЕС, например, являются непреодолимым препятствием для более здорового питания. В недавнем анализе влияния ЕСП на здоровье, проведенном шведским Национальным институтом общественного здравоохранения, были сделаны выводы о том, что такая политика «препятствует достижениям в изменении образа жизни, которые сокращают риск ожирения, коронарной болезни сердца, диабета второго типа, рака и социальных и медицинских проблем, связанных с потреблением алкоголя, – т.е. болезней, которые приводят к 70% всех случаев смерти в регионе ЕС» [National Institute of Public Health, 2003]. Это происходит в связи с тем, что ЕСП ограничивает потребление фруктов и овощей в группах с низкими доходами путем увеличения цен, в то же время стимулируя потребление молочных жиров. Таким образом, проведя оценку, следует разработать план действий по обеспечению более здорового рациона пита-

ния, с тем чтобы его рассмотрели ответственные политические и профессиональные структуры. Принятые или непринятые решения следует периодически пересматривать, анализировать и делать достоянием СМИ для точного освещения как здоровых, так и нездоровых направлений политики.

- Разработайте национальные стратегии, направленные на достижение справедливости и облегчение доступа к более здоровому рациону питания и увеличению возможности для ежедневной физической активности в свободное время. Осуществление этих стратегий должно включать периодические оценки распространенности нездорового режима питания и отсутствия физической активности в свободное время, а также показателей недостаточности питания и ожирения в социально-экономических группах. Особые усилия следует предпринять для выявления причин этих усиливающихся тенденций в отношении ожирения среди населения вообще и групп с низкими доходами в частности.
- Сотрудничайте с пищевой промышленностью и предприятиями-поставщиками для улучшения качества произведенной пищи.
- Обеспечьте бесплатные школьные завтраки хорошего качества и ограничьте доступность менее здоровой пищи и сладостей в зданиях школ.
- Увеличьте наличие и доступность фруктов и овощей, а также других продуктов с низким содержанием жиров – особенно в районах с низкими доходами. Усиьте финансовую поддержку семьям с детьми, имеющим низкие доходы, чтобы они смогли выбрать более здоровый рацион питания.
- Разработайте программы санитарного просвещения по здоровому режиму питания, ориентированные на специфические целевые группы. Эта деятельность должна проводиться структурными изменениями, способствующими изменению рациона питания. Так, например, профессиональный союз в Швеции инициировал такую программу для водителей грузовиков. В дополнение к информированию водителей и членов их семей, программа включает обеспечение альтернативных блюд в пунктах питания, часто посещаемых водителями, на основных дорогах [Dahlgren, 1997].
- Введите или укрепите строгие правила по контролю направленной на детей рекламы и продвижения пищевых продуктов, которые считаются менее полезными (продукты и сладости, содержащие много жиров, сахара или соли, либо и того и другого).
- Обеспечьте приоритетность общественных инвестиций в рекреационные объекты в неблагополучных районах. Способствуйте деятельности по реконструкции площадок для игр детей дошкольного и школьного возраста, для того чтобы они вызвали желание играть, двигаться и проводить свободное время на воздухе. Также особое внимание должно быть уделено интересам детей, страдающих ожирением.
- Осуществляйте мониторинг достижений, периодически производя расчет величины общественных инвестиций или субсидий на душу населения, вложенных или предоставленных для развития рекреационных объектов в наиболее благоприятных и менее привилегированных районах. Что касается физической активности, составляйте обзоры, показывающие использование объектов в менее привилегированных районах с учетом социальных причин и уже существующих привычек.



**ЧАСТЬ С.
РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
НАПРАВЛЕННЫХ НА ДОСТИЖЕНИЕ
СПРАВЕДЛИВОСТИ**

Стратегии по уменьшению разрывов в отношении здоровья

Стратегии по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья должны рассматриваться как неотъемлемая часть политики и программ развития здравоохранения в интересах населения. Всегда следует учитывать социальный подтекст этой общей политики, так же как возрастные и гендерные характеристики. Необходимо также учитывать общие требования, когда разрабатываются, воплощаются в жизнь и оцениваются стратегии по уменьшению социального неравенства. Такие общие требования должны включать следующее:

- наличие соответствующих описательных данных в отношении масштаба и тенденций социального неравенства в отношении здоровья и его основных детерминантов;
- наличие четких задач и целей, направленных на достижение справедливости и непосредственно связанных с политикой, действиями и финансовыми ресурсами, необходимыми для их осуществления;
- реалистическая оценка возможностей и ограничений с особым вниманием к внешним нездоровым политическим действиям, приводящим к неравенству в отношении здоровья;
- соответствующая организация осуществления политических мер, включая эффективные механизмы межсекторального сотрудничества и координации на национальном и местном уровнях.

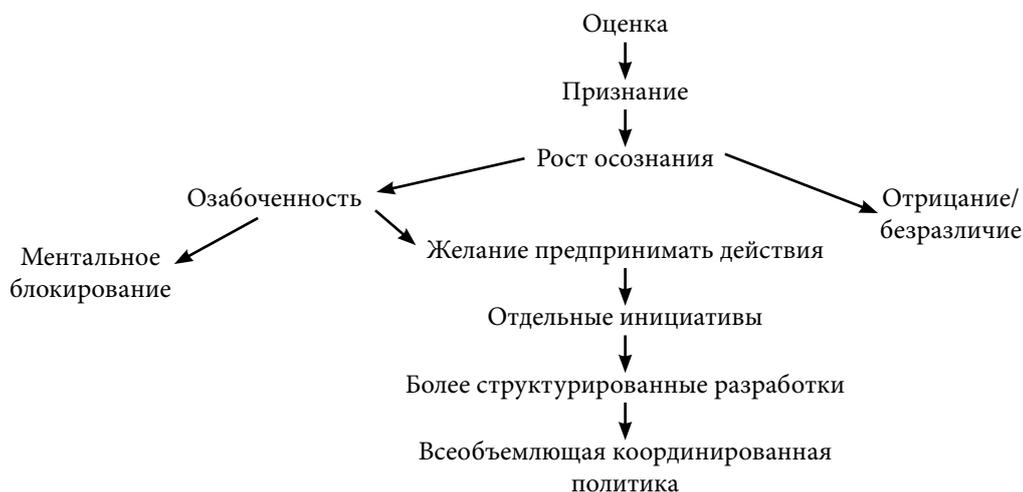
В настоящее время многие экономические и коммерческие направления политики, имеющие значительное влияние на здоровье, не анализируются с точки зрения перспектив здравоохранения. Для исправления ситуации следует дополнительно рекомендовать, чтобы все политические действия и программы, которые, вероятно, будут иметь значительное положительное или отрицательное воздействие на здоровье, всегда бы оценивались с точки зрения здравоохранения. По возможности такие оценки воздействия на здоровье должны описывать влияние на здоровье с учетом гендерных различий и принадлежности к социально-экономической группе.

Схема действий в Европе

Делая обзор того, что в настоящее время происходит в Европе, следует рассмотреть схему действий по преодолению социального неравенства в отношении здоровья (рис. 5). В одной части схемы находятся страны, которые не оценивают и даже не осознают, что социальные различия существуют в их пределах. Без оценки неравенство (что удобно) остается невидимым. В некоторых европейских странах существует сложная для восприятия информация и системы мониторинга, которые выявляют различия в отношении здоровья, но информация не доходит до общества и находится в соответствующей части схемы (до «признания»). В других странах информация публикуется, но уровень ее осознания очень низок, так как деятельность по ее обнародованию минимальна. В некоторых странах, осознающих проблему, может иметь место ее отрицание или безразличие и, таким образом, тоже отсутствуют попытки предпринимать действия. Другие страны проявляют озабоченность, осознавая неравенство в отношении здоровья, существующее в их пределах, особенно те страны, которые гордятся тем, что создали справедливое общество. Тем не менее такая озабоченность способствует ментальному блокированию в некоторых странах в ответ на сложность проблемы, и они уступают призывам провести дополнительные исследования, перед тем как начать действовать. Однако признаки движения альтернативным путем усиливаются, и некоторые страны начали, хотя и постепенно, но действовать. На противоположной части схемы ряд стран продвинулись в сторону скоординированной национальной стратегии по решению проблемы [Whitehead, 1998].

Несмотря на то что в ряде мест достигнут впечатляющий прогресс, ни одна европейская страна не достигла стадии всеобъемлющей скоординированной политики. Более того некоторые страны двигались в противоположном направлении, реагируя на изменения внутреннего политического климата. Разнообразный европейский опыт действительно продемонстрировал, чего можно достичь, имея серьезные обязательства действовать. Страны Европейского региона обладают потенциалом учиться друг у друга, включая постановку целей и оценку преимуществ и недостатков различных стратегий, как показано ниже.

Рис. 5. Схема действий, касающихся неравенства в отношении здоровья



Источник: Whitehead [1998].

Часто существует значительный разрыв между политическими заявлениями по уменьшению социального неравенства в отношении здоровья и действиями, необходимыми для достижения этой цели. Для выявления основных причин такого разрыва проведено очень мало глубоких аналитических исследований. Тем не менее стоит проанализировать перечисленные ниже препятствия и возможности.

- **Отсутствие политической воли.** Политические заверения уменьшить социальное неравенство в отношении здоровья могут оказаться не подкрепленными соответствующей политической волей братья за детерминанты этого неравенства. То, насколько различные политические партии принимают или отвергают возможные политические действия, например представленные в этом докладе, может служить тестом политической воли. В политическом демократическом процессе могут быть предприняты специальные усилия по освещению и обсуждению альтернативных политических действий, влияющих на различные детерминанты здоровья.
- **Отсутствие знаний.** Даже при наличии политической воли часто не хватает действительно оперативных стратегий, чтобы связать цели политики с действиями. Без представления необходимых действий по улучшению ситуации политические обязательства могут постепенно

исчезнуть, так как маловероятно, что политические деятели будут продолжать отдавать проблеме высокий приоритет. Некоторые исследователи считают существующие знания неполными и требуют *абсолютно точных* данных, до того как дать какие-либо советы. Их ответом, вероятно, будет просьба о дополнительных средствах на исследования, а не обеспечение по возможности лучшей информацией в данной ситуации. Приемлемые факты и полученный опыт могут также остаться неизвестными, так как они представлены только в научных журналах, изложены академическим языком и являются либо недоступными, либо малопонятными для неспециалистов. Политические резюме результатов исследований и полученного опыта помогут найти точки соприкосновения между политическими деятелями и исследователями и увеличить возможности перевести цели политики в действия.

- **Отсутствие финансовых ресурсов.** Политику, направленную на достижение справедливости в отношении здоровья, обычно представляют и обсуждают таким образом, что она может быть осуществлена без каких-либо дополнительных финансовых ресурсов. Так как это редко имеет место, она может постепенно исчезнуть с повестки дня, когда рассматриваются вопросы бюджета и людских ресурсов на национальном и местном уровнях. При представлении такой политики следует оценить финансовые и людские ресурсы и поставить цели, соответствующие имеющимся ресурсам. В этом отношении инвестирование в здравоохранение и другие вмешательства в социально-экономическое развитие являются одним и тем же.
- **Отсутствие координационной и управленческой структуры.** В многосекторальной политике и программах здравоохранения иногда отсутствует координационная и поддерживающая структура управления как на национальном, так и на местном уровне. В этом случае приобретает приоритетное значение вопрос ее создания, предусматривающий сильное политическое руководство, осуществляемое специальным министром по вопросам здоровья населения (помимо министра здравоохранения), сильный национальный институт общественного здравоохранения и местные многосекторальные органы здравоохранения. Управленческие и координационные функции, разработанные для осуществления многосекторальной средовой политики, могут стать полезным опытом при организации усилий по укреплению этих функций с целью осуществления политики, направленной на достижение справедливости в отношении здоровья.

- **Отсутствие признания своей ответственности.** Даже если будут приняты попытки включить здравоохранение в другие сектора по осуществлению политики, оно все равно будет рассматриваться как исключительно медицинская проблема, а не как вопрос социальной и экономической политики и действий. Четко прописанные обязанности всех вовлеченных организаций, связанных с определенными детерминантами здоровья, могут помочь решить эту проблему. Также поможет формулирование специфических краткосрочных и долгосрочных целей, которые направлены на здоровье и специфические детерминанты здоровья, нацеленные на достижение справедливости.
- **Отсутствие анализа и оценки политики.** Политика здравоохранения, направленная на достижение справедливости, редко подвергается оценке и поэтому не имеет серьезных последствий для тех, кто отвечает за ее осуществление. Более того, важные социальные и экономические стратегии и программы могут планироваться и осуществляться без какой-либо оценки их влияния на здоровье. В настоящее время все большее число стран устраняют эти недостатки с помощью периодического анализа политики здравоохранения и оценки ее влияния на неравенство в отношении здоровья.

Постановка целей, направленных на достижение справедливости в отношении здоровья

Право на достижение наивысшего потенциала физического и психического здоровья является правом человека, подтвержденным почти всеми странами. Состояние здоровья более богатых групп может быть использовано как показатель существующего уровня здоровья, которого можно достичь в данной стране. В этом отношении специфические цели, направленные на достижение справедливости в отношении здоровья, которые указывают на степень, до которой могут быть уменьшены различия в отношении здоровья в течение определенного периода времени, должны дополнять цели для населения в целом. Среднесрочные цели в отношении здоровья для населения в целом не могут охватить понятие здоровья, связанное с правами человека, так как их можно достичь даже в том случае, если не произойдет никаких улучшений в отношении бедных и различия в состоянии здоровья будут увеличиваться.

Европейское региональное бюро ВОЗ было пионером в постановке такой цели, направленной на достижение справедливости в отношении здоровья, заявив, что самой главной целью стратегии достижения здоровья для всех, провозглашенной в начале 1980 г., является «сокращение на 25% различий в состоянии здоровья населения различных стран и групп в пределах стран к 2000 г. путем повышения уровня здоровья жителей стран и групп, находящихся в наиболее неблагоприятном положении» [WHO Regional Office for Europe, 1985].

Это оказалось важной неосуществимой целью, которая придавала задаче достижения справедливости в отношении здоровья видимость правдоподобия, даже если национальные правительства пытались отвергать или игнорировать существующее социальное неравенство в отношении здоровья в своих странах [Whitehead, Scott-Samuel & Dahlgren, 1998]. Тем не менее в действительности эта цель не была достигнута, так как разрывы в отношении здоровья увеличились почти, если не во всех, европейских странах.

Цель достижения справедливости в отношении здоровья была в дальнейшем развита в стратегии Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье-21». Она еще раз подтвердила, что разрывы в ожидаемой продолжительности жизни между социально-экономическими группами должны быть сокращены не менее чем на 25% и что социально-экономические условия, приводящие к неблагоприятным последствиям для здоровья, – особенно различия в доходах, незначительное продвижение в области образования и ограниченный доступ к рынку труда – должны быть улучшены. В дополнение к этому цели стратегии предлагают значительное сокращение доли населения, живущего в бедности.

В настоящее время большинство стран Европы проводят политику здравоохранения, предусматривающую уменьшение неравенства в отношении здоровья [Judge et al., 2005]. Однако все еще слишком мало примеров, когда цели, определенные количественно и направленные на достижение справедливости, подкрепляются специальными стратегиями и финансовыми ресурсами. Таким образом, в операционном смысле уменьшению значительного и поддающегося изменению неравенства как одному из наиболее важных показателей благосостояния человека редко придается значение.

Тем не менее имеются указания на то, что вопросы достижения справедливости в отношении здоровья могут быть более приоритетными в повестке дня всё большего числа стран и некоторых международных организаций

помимо ВОЗ. Просчитанные и вполне достижимые цели, направленные на достижение справедливости в отношении здоровья, существуют, например, в Финляндии, Нидерландах и Соединенном Королевстве. Определенные количественно цели, направленные на достижение справедливости, одобрены также на местных уровнях, даже если не существуют национальные цели, направленные на достижение справедливости в отношении здоровья. Такая ситуация наблюдается в Испании, где в баскском регионе, например, поставлена цель уменьшить социальное неравенство в отношении смертности, вызванной болезнями сердечно-сосудистой системы, с 39% в 2002 г. до 30% к 2010 г. [Judge et al., 2005]. Неравенство в отношении здоровья было также выбрано в 2005 г. в качестве одной из двух основных тем по вопросам здравоохранения, в период председательства в ЕС Соединенного Королевства. На Саммите ЕС по преодолению несправедливости в отношении здоровья в октябре 2005 г. всем государствам-членам ЕС было рекомендовано рассмотреть принятие целей, касающихся справедливости, направленных на выравнивание социального градиента в отношении здоровья [Judge et al., 2006]. Было также отмечено, что попытки реализовать такие цели помогут выполнить одну из стратегических задач ЕС – способствовать созданию внутренне взаимосвязанного общества [Judge et al., 2005:40].

Практические рекомендации по постановке национальных целей

Следующие принципы следует учитывать при постановке национальных целей.

- Целью всегда должно быть *восходящее выравнивание* уровней здоровья путем улучшения здоровья наиболее неблагополучных слоев населения и никогда – *нисходящее выравнивание*, т.е. ухудшение здоровья представителей групп, находящихся в наиболее благоприятном положении.
- Для уменьшения разрывов в состоянии здоровья улучшение здоровья *в большей степени* должно наблюдаться в группах, находящихся в неблагоприятном положении, чем в привилегированных группах. Уменьшение социального неравенства в отношении здоровья будет способствовать *сокращению разрывов*. Поэтому цели достижения справедливости должны быть выражены не только как улучшение здоровья неблагополучных групп, а в плане абсолютных и относительных различий между группами с высокими и низкими доходами. Соединенное Королевство демонстрирует то, как следует формулировать такую национальную цель, направленную на достижение справедливости в отношении здоровья: «Начиная с детей в воз-

расте до 1 года к 2010 г. сократить не менее чем на 10% разрывы в показателях смертности между рутинными группами и группами физического труда в Англии и населения в целом по сравнению с базовым уровнем 1997–1999 гг.» [British Department of Health, 2003].

- Неравенство в отношении здоровья существует не только между наиболее и наименее привилегированными группами общества, но также весьма типично для групп со средними и высокими доходами. Такое неравенство может быть описано как социальный градиент. Очень незначительное количество стран все еще должны ставить цели, направленные на достижение справедливости в отношении здоровья, для устранения этого социального градиента – например, чтобы ожидаемая продолжительность жизни при рождении была одинаковой во всех социальных группах.
- Все цели, направленные на достижение справедливости в отношении здоровья, должны быть основаны на анализе основных детерминантов, влияющих на существующее неравенство. Таким образом, необходимы специальные усилия для оценки потенциального влияния различных политических стратегий и действий, связанных с этими детерминантами, для определения, какие изменения необходимы для достижения поставленных целей, направленных на достижение справедливости в отношении здоровья.

Основные типы стратегий

Стратегии, используемые для осуществления различных направлений политики здравоохранения, нацеленных на справедливость, различаются в зависимости от типа проблемы здравоохранения, но все они должны быть основаны на подходе, учитывающем социальные детерминанты. Принимая во внимание такой подход, можно выделить 5 типов стратегий: стратегии интегрированных детерминантов здоровья, стратегии, направленные на специфические болезни, подход с точки зрения окружающей среды, стратегии, направленные на общины и стратегии, направленные на специфические группы.

1. Стратегии интегрированных детерминантов здоровья

Одной из наиболее эффективных стратегий является интегрирование задач, ориентированных на справедливость в отношении здоровья, в существующие социальные и экономические и программы, касающиеся экономического развития, налогообложения, занятости, образования, жилищной политики, социальной защиты, транспорта, служб здравоохранения и пр. Включение в такие программы, влияющие на справедливость в отношении здоровья, вопроса о детерминантах здоровья, будет большим успехом.

Ключевыми вопросами, на которые следует ответить в процессе интегрирования в стратегии вышеперечисленных задач, будут следующими: как такая политика или программа влияет на здоровье различных половозрастных социальных групп? что можно сделать для оптимизации положительного влияния на здоровье населения в целом и неблагополучных групп в частности?

Чтобы ответить на эти вопросы, приоритет следует отдать разработке и использованию анализа различных влияний на справедливость в отношении здоровья. Специальные усилия потребуются для того, чтобы определить влияние на здоровье нездоровых коммерческих курсов политики и других политических действий, усиливающих социальное неравенство в отношении здоровья. Оценка влияний, касающихся справедливости в отношении здоровья, как и анализ влияния окружающей среды, безусловно должна стать частью любой оценки общественных и коммерческих курсов политики и программ, которые, вероятно, могут иметь положительное или отрицательное влияние на здоровье. Возможно, будет необходимо сделать такой анализ влияний на здоровье обязательным с помощью закона или нормативного регулирования.

2. Стратегии, направленные на специфические болезни

Когда требуется скоординированная система специфических действий, обычно выбирают нацеленный на отдельную болезнь подход. Так борются с инфекционными заболеваниями вроде ВИЧ/СПИД, туберкулезом и тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС), предотвращают самоубийства. Затем принимаются за детерминанты этих специфических болезней. Преимуществом этого подхода по сравнению с интегрированным подходом, описанным выше, являются более тесная связь с медициной и вмешательства, направленные на конкретную болезнь. Специалисты в различных областях медицины более вероятно будут участвовать в программах лечения специфических болезней, чем в стратегиях, сфокусированных на более широких социальных детерминантах вне сферы их обычной деятельности.

Подход, направленный на специфические болезни, рискует ограничить перспективу факторами нижнего слоя, которые не носят ключевого характера, такими, как высокое артериальное давление и высокий уровень холестерина в крови, и не будет способствовать выявлению «причин, стоящих за причинами». Когда подход, направленный на болезни, применяется в от-

ношении таких неинфекционных заболеваний, как сердечно-сосудистые болезни и рак, вероятен риск дублирования стратегий в отношении таких факторов риска, как потребление табака, алкоголя и нездоровый рацион питания, поскольку эти факторы риска являются причинами многих болезней, включая рак и сердечно-сосудистые заболевания. Разработки одной только программы борьбы с потреблением табака, имеющей отношение к каждой из многих болезней, причиной которых является потребление табака, явно недостаточно. Программа, ориентированная на медицину и направленная на специфические болезни, может также уделять меньше внимания вопросам справедливости в отношении здоровья, если эксперты по заболеванию не придают большого значения социальному подтексту определенной проблемы здоровья.

Однако иногда скоординированный систематический подход, сфокусированный на специфическом заболевании, является эффективным для мобилизации общественных действий. Таким образом, специальные усилия следует предпринять для того, чтобы соединить такие стратегии с политической и программами, сфокусированными на социальных и экономических детерминантах здоровья, – тогда можно избежать риска дублирования и слишком узкой нацеленности только на факторы риска нижнего слоя.

3. Подход, направленный на окружающую среду

Подход, направленный на окружающую среду (средовые условия) может быть определен в зависимости от места действия (например, рабочие места, школы, больницы) или географического района (например, город или община). Такой подход давно используется по преодолению факторов риска на рабочих местах. Он сфокусирован на всех основных детерминантах здоровья на определенном рабочем месте, а не только на единственном факторе риска. Такой подход также применяется, особенно ВОЗ, и в другом средовом окружении – например, в школах и больницах, в которых проводятся программы, способствующие укреплению здоровья (Healthy Schools and Healthy Hospitals). Но с точки зрения справедливости в отношении здоровья эти программы нередко бывают слабыми. Поэтому в рамках такого подхода необходимо идентифицировать детерминанты социального неравенства в отношении здоровья. Особые усилия следует предпринять для осуществления стратегий, направленных на окружающую среду, в неблагополучных общинах. Примеры действий при подходе, направленном на окружающую среду, приведены в разделе по образованию (с. 62–63) и разделе по производственной среде (с. 59–60).

Предотвращение травм относится к подходу, направленному на окружающую среду, и действительно, много сделано для предотвращения несчастных случаев на дорогах и на рабочем месте, особенно в Западной Европе. Тем не менее травмам дома придают незначительное внимание, хотя дом – это важная среда обитания с точки зрения места для получения травмы и потенциального применения профилактических мер. В Восточной Европе проблема травм, приводящих к смерти и инвалидности, обостряется, и разрывы в отношении здоровья увеличиваются: жители стран Региона с низкими и средними доходами в 3,6 раза вероятнее умрут от травм, чем жители высокодоходных стран Европы [Sethi et al., 2006a]. В европейских странах именно более бедные и неблагополучные слои населения подвержены наибольшему риску несчастных случаев и травм, что делает предотвращение травм важным вопросом для тех, кто занимается вопросами преодоления несправедливости в отношении здоровья. Практические рекомендации того, что можно сделать в отношении травм и насилия в различных средовых условиях, представлены в недавнем докладе ВОЗ ЕВРО [Sethi et al., 2006b].

Стратегии, направленные на общины, во многих аспектах схожи со стратегиями, направленным на окружающую среду, но являются более широкими, так как сфокусированы на определенном географическом регионе, городе или части города. ВОЗ способствует разработке таких стратегий, включая «Безопасные общины» и «Здоровые города». Подход, направленный на общины, имеет много преимуществ – т.е. люди, живущие в общине, имеют естественный интерес обеспечить возможности для более здоровой жизни в собственной общине или городе. Это может также стимулировать политический интерес и способствовать демократическому диалогу, касающемуся определенных вопросов здравоохранения. Опыт местных программ по окружающей среде, например деятельность, инициированная как продолжение глобальной и национальной политики в отношении окружающей среды, также демонстрирует возможности подхода, направленного на общины.

Стратегии, направленные на общины, также сопряжены с некоторым риском. С точки зрения справедливости в отношении здоровья существует риск полагаться в развитии здравоохранения в основном (или только) на подход, направленный на общины, в то время как требуется проведение более широкой политики. Существует также риск, что задачи по достижению справедливости в отношении здоровья будут ограничены лишь программами, направленными на общины, если интересы более богатых групп (которые принимают более активное участие в программах), будут отличаться от потребностей менее активных и менее способных к выражению

своих интересов неблагополучных индивидуумов и семей. Поэтому важно, чтобы подход, направленный на общины, стал программой, позволяющей выиграть всем по мере уменьшения неравенства в отношении здоровья в результате попыток улучшить здоровье в общине в целом. Это может потребовать дополнительных политических действий, сфокусированных на специфических детерминантах социального неравенства в отношении здоровья, как описано на с. 21–26.

Вопросы справедливости в отношении здоровья могут быть также интегрированы в городские обновленные программы в неблагополучных районах. Интересным примером такого подхода может служить инициатива – «Зоны здоровых действий» в Соединенном Королевстве, которая определяет зоны многосекторальных интенсивных действий, так как бремя проблем здравоохранения и уровня материальных лишений в них намного выше, чем в обычных. В этих районах используются дополнительные средства и усилия по улучшению здоровья с помощью стратегий взаимосвязанного развития общин и обновления района [Bauld & Judge, 2002]. Преимуществом такой программы является то, что хорошо скоординированные и всеобъемлющие вмешательства в неблагополучных районах имеют лучший шанс разорвать порочный круг плохого здоровья и плохого социально-экономического положения. Возможны и негативные последствия, с точки зрения справедливости в отношении здоровья. Их могут испытать как индивидуумы, так и семьи, живущие в неблагоприятных условиях и находящиеся вне зоны действия программ. Естественно, что они ничего не получают от работы программ и ими могут пренебречь, не смотря на то, что такие индивидуумы и семьи могут вместе составить намного большую часть населения, живущего в бедности, чем те кто живет в беднейших районах страны.

4. Стратегии, направленные на специфические группы

Подходы, направленные на специфические группы, могут включать основные группы населения, такие, как дети и пожилые люди, или маргинализированные группы, такие, как бездомные, и некоторые иммигранты с высоким риском плохого здоровья. Групповой подход широко распространен и подходит для охраны здоровья детей и подростков, а также пожилых людей. Стратегии, направленные на специфические группы, обычно объединяют со стратегиями детерминантов здоровья, в которых наивысший приоритет отдается детерминантам социального неравенства в отношении здоровья для определенной возрастной группы.

Такой тип стратегий для детей может, например, включать:

- бесплатные программы охраны здоровья матери и ребенка, оказывающие специальные услуги для того, чтобы вся целевая группа получила пользу от предложенных услуг;
- интенсивное информирование и поощрение отказа от курения во время беременности;
- пропаганду грудного вскармливания, которая в таких странах, как Соединенное Королевство, имеет обратный социальный градиент;
- раннее выявление соматических и психических проблем, а также программы для детей из менее привилегированных или бедных семей;
- создание поддерживающих сетей для одиноких матерей с ограниченными социальными контактами;
- поддержку семей с детьми, имеющих серьезные проблемы в связи, например, с финансовым кризисом или бедностью, длительной безработицей, социально-психологическими проблемами, насилием дома или чрезмерным потреблением алкоголя либо и тем и другим.

Пожилые люди являются еще одной специфической возрастной группой, которая помимо универсальной политики требует специального внимания, с тем чтобы уменьшить риск бедности. Политические действия включают увеличение пенсионных выплат и обеспечение координационных систем для служб здравоохранения и социальных служб. Эти действия должны обеспечивать адекватные специализированные медицинские и другие услуги для лиц с наиболее ограниченным доступом к соответствующей хорошей неформальной помощи.

Стратегии, направленные на специфические группы, могут также дополнять стратегии детерминантов здоровья (описанные выше), если они стремятся улучшить возможности выживания и более здоровой жизни для маргинализированных групп. Такие группы различаются от страны к стране, но могут включать бездомных, работников секс-индустрии и представителей этнических меньшинств, например цыган, подверженных большим по количеству и качеству факторам риска по сравнению с другими группами в стране, где они живут. Для того чтобы улучшить их шансы на возвращение к более здоровой жизни, необходимы стратегии, направленные на

специфические группы, в рамках которых обеспечивается ряд различных профилактических и лечебных мероприятий, касающихся жилищных вопросов, медицинского обслуживания и социальной поддержки помимо предоставления улучшенного доступа к службам здравоохранения хорошего качества и долгосрочной медицинской помощи, социальным службам и образованию [Ziglio et al., 2003].

Всегда следует оценивать риск возросшей стигматизации в стратегиях, сфокусированных на подгруппах населения. Стигматизация может быть уменьшена, если в рамках общей стратегии по улучшению здоровья и уменьшению социального неравенства в отношении здоровья будут предприняты специальные попытки улучшить положение специфических целевых групп. Особые усилия следует также предпринять для увеличения доступа к рутинным социальным и здравоохранительным службам. Ограниченный доступ к таким службам здравоохранения может иметь место в связи с отсутствием страхования здоровья. Это имеет место в случае цыган, живущих в Румынии, где 75% всего населения страны охвачено системой социального страхования по сравнению с 34% среди цыган.

При разработке стратегий, направленных на специфические группы и касающихся неблагополучных групп, стратегически важно идентифицировать и постараться усилить попытки сократить причины верхнего слоя, такие, как дискриминация в связи с социальной или этнической принадлежностью (или и той и другой), бедность и безработица. Следует устранять и непосредственные причины, вынуждающие людей жить на улице в связи с очень слабым положением на рынке жилья, подвергающемся все большей коммерциализации.

Поставить последнюю точку в стратегиях достижения здоровья для всех

Стратегии достижения здоровья для всех часто оборачиваются стратегиями *достижения здоровья не для всех* со значительным и возрастающим социальным неравенством в отношении здоровья. Предполагается, что стратегии, представленные в данном докладе, являются стратегиями достижения здоровья для всех. Их отличие от многих существующих стратегий здравоохранения заключается в специальном фокусировании на детерминантах социального неравенства в отношении здоровья. При наличии политической воли, которая будет способствовать более справедливому раз-

мещению ресурсов, и профессиональной компетентности существуют все основания надеяться, что стратегии восходящего выравнивания окажутся полезными не только для уменьшения социального неравенства в отношении здоровья, но и для успешного укрепления здоровья населения в целом. Выдвижение этой последней задачи на первое место – ключ к достижению *здоровья для всех*.

БИБЛИОГРАФИЯ

БИБЛИОГРАФИЯ

Acheson D et al. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office.

Alam A et al. (2005). *Growth, poverty and inequality: Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington, DC, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/complete-eca-poverty.pdf>, accessed 17 May 2006).

Anand S, Ravillion M (1993). Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives*, 7:133–150.

Andreev EM (2005). Quoted in: World Bank (2005). *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DyingTooYoung-full.pdf>, accessed 17 May 2006). (На русском языке: «Рано умирать...»: Проблемы высокого уровня заболеваемости и травм в Российской Федерации и пути их решения. Всемирный банк. Департамент развития человеческого потенциала. 2006.)

Atkinson A (1995). Is the welfare state necessarily an obstacle to economic growth? *European Economic Review*, 39:723–730.

Balabanova D, McKee M (2002). Access to health care in a system in transition: the case of Bulgaria. *International Journal of Health Planning & Management*, 17(4):377–395.

Bartley M (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48:333–337.

Bauld L, Judge K, eds (2002). *Learning from health action zones*. Chichester, Aeneas Press.

Berkman LF (2005). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57(3):245–254.

Berkman LF, Glass T (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press: 137–173.

Bobak M et al. (2004). Lifespan and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. *BMJ*, 329(7469):767.

Bosma H et al. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ*, 314(7080):558–565.

Boström G, Nykvist K (2004). *Levnadsvanor och hälsa [Lifestyles and health]*. Stockholm, National Institute of Public Health (Report 2004:48).

British Department of Health (1999). *Saving lives: our healthier nation*. London, The Stationary Office (Series number: CM 4386; http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4118614&chk=IpHfou, accessed 18 May 2006).

British Department of Health (2003). *Tackling health inequalities: a programme for action*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf>, accessed 18 May 2006).

British Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the programme of action*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/76/98/04117698.pdf>, accessed 18 May 2006).

Burns H (2005). *Tackling health inequalities*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/40/09/04124009.pdf> accessed 13 June 2006).

Burström B et al. (2003). Winners and losers in flexible labor markets: the fate of women with chronic illness in contrasting policy environments – Sweden and Britain. *International Journal of Health Services*, 33(2):199–217.

Carlson P (2001). Risk behaviour and self rated health in Russia: 1998. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:806–817.

Cavelaars AE, Kunst AE, Mackenbach JP (1997). Socio-economic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community: an international comparison. *Journal of Health Psychology*, 2:353–372.

Cavelaars AE et al. (1998). Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(4):219–227.

Chien TT et al. (2002). *Vietnam health report 2002*. Hanoi, Vietnam Ministry of Health: Medical Publishing House.

CIA (2006). *The World Factbook*. Washington, DC, Central Intelligence Agency (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/>, accessed 17 May 2006). (на русском языке: *Книга фактов ЦРУ*).

Cockerham WC (2000). Health lifestyles in Russia. *Social Science and Medicine*, 51(9):1313–1324.

Coker R et al. (2006). Risk factors for pulmonary tuberculosis in Russia: casecontrol study. *BMJ*, 332(7533):85–87.

Colhoun H, Prescott-Clarke P (1996). *Health survey for England 1994*. London, The Stationery Office.

Costa G et al. (2006). Italian case study. In: *Health for All? A critical study of policies in seven European countries*. Hogstedt C. Backhans M. Lundgren B. Moberg H. (eds). Stockholm, National Institute of Public Health (in press).

Dahlgren G (1996). *Sectoral approaches to poverty reduction: health*. A Report of the SIDA Task Force for Poverty Reduction. Stockholm, Swedish International Development Agency.

Dahlgren G (1997). Strategies for reducing social inequalities in health – visions and reality. In: Ollila E, Koivusalo M, Partonen T, eds. *Equity in health through public policy*. Helsinki, Finland, STAKES.

Dahlgren G (2003a). *Health and health care within the context of comprehensive strategies for poverty reduction – an international outlook*. Hanoi, Ministry of Health in Vietnam.

Dahlgren G (2003b). *Hälsopolitiska jämlikhetsstrategier – några utgångspunkter [Equity oriented strategies for health – some points of departure]*, Working paper, 8 August 2003. Stockholm, National Institute of Public Health.

Dahlgren G (2004). *The affordability ladder step by step – purpose, concepts and examples*, Working Paper. Liverpool, Affordability Ladder Programme, Department of Public Health, University of Liverpool.

Dahlgren G, Whitehead M (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414(2); [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 16 June 2006).

Dahlgren G, Whitehead M (1993). *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, Oxfordshire. London, King's Fund (mimeo).

De Vogli R, et al. (2005). Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialised countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 158-62.

Diderichsen F (2002). Income maintenance policies: determining their potential impact on socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 53–66.

Diderichsen F (2006). Danish case study. In: *Health for All? A critical study of policies in seven European countries*. Hogstedt C, Backhans M, Lundgren B, Moberg H. (eds). Stockholm, National Institute of Public Health (in press).

Diderichsen F, Dahlgren G, Vågerö D (1997). *Analysis of the proportion of the total disease burden caused by specific risk factors*. Stockholm, National Institute for Public Health.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health – from ethics to action*. New York, Oxford University Press.

Diderichsen F, Hallqvist J (1997). Trends in occupational mortality among middle-aged men in Sweden 1961–1990. *International Journal of Epidemiology*, 26(4):782–787.

Drever F, Whitehead M, eds (1997). *Health inequalities: decennial supplement*. London, The Stationary Office (DS Series No.15).

DTI (2001). *The UK fuel poverty strategy*. London, Department of Trade and Industry (DTI)/Department of Environment, Food and Rural Affairs (Defra) (<http://www.dti.gov.uk/files/fuel16495.pdf>, accessed 17 May 2006).

DTI (2004). *The UK fuel poverty strategy: 2nd annual progress report: 2004*. London, Department of Trade and Industry (DTI)/Department of Environment, Food and Rural Affairs (Defra) (http://www.defra.gov.uk/Environment/energy/fuelpov/pdf/fuelpov_2nocover.pdf, accessed 17 May 2006).

Duffy K (1998). *Opportunities and risk: trends in social exclusion in Europe*. Council of Europe Project on Human Dignity and Social Exclusion (HDSE). Strasbourg, Council of Europe.

- Economist (2006). Finance and economics: decoupled: companies' and countries' prosperity. *The Economist*, 378:75–76.
- Eriksson JG et al. (1999). Catch-up growth in childhood and death from coronary heart disease: longitudinal study. *BMJ*, 318(7181):427–431.
- Falkingham J (2001). Quoted in: Walters S, Suhrcke M (2005). *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1; http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf, accessed 18 May 2006).
- Falkingham J (2004). Poverty, out of pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine*, 58(2):247–258.
- Gilmore AB, McKee M, Rose R (2002). Determinants of and inequalities in self perceived health in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 55(12):2177–2188.
- Gilmore AB et al. (2001). Epidemiology of smoking in Ukraine 2000. *Preventive Medicine*, 33(5):453–461.
- Graham H (1996). Smoking prevalence among women in the European Community 1950–1990. *Social Science & Medicine*, 43:243–254.
- Graham H, ed. (2000). *Understanding health inequalities*. Buckingham, Open University Press: 1–21.
- Groenhof F et al. (1996). *Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Central and Eastern Europe: a comparison to some Western European countries*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus University.
- Guha S (1994). The importance of social intervention in England's mortality decline: the evidence reviewed. *Social History of Medicine*, 7(1):89–113.
- Hales S et al. (1999). National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income. *Lancet*, 354(9195):2047.
- Hart JT (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1(7696):405–412.
- Haut Comité de la santé Publique (1998). *La santé en France 1994-8 [Health in France, 1994-8]*. Paris, La Documentation Française.
- Health and Safety Executive (2004). *Interim update of the "Costs to Britain of workplace accidents and work-related ill-health"*. London, Health and Safety Executive, Economic Advisers Unit (<http://www.hse.gov.uk/statistics/pdf/costs.pdf>, accessed 18 May 2006).
- Health and Safety Executive (2005). *Health and safety statistics 2004/05*. London, Health and Safety Commission (<http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0405.pdf>, accessed 18 May 2006).
- Healy JD (2003). Excess winter mortality in Europe: a cross country analysis identifying key risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(10):784–789.
- Hemingway H, Kuper H, Marmot M (2003). Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: Yusuf S et al., eds. *Evidence based cardiology*, 2nd ed. London, BMJ Books: 181–218.

Hemmingsson T (1999). *Explanations of differences in alcoholism between social classes and occupation among Swedish men – a register based follow up study* [Doctoral thesis]. Stockholm, Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences, Division of Occupational Health.

Hemmingsson T et al. (1998). *Explanations in social class differences in alcoholism among young men*. *Social Science & Medicine*, 47(10):1399–1405.

Hewitt P (2005). *Tackling health inequalities*. Speech at the EU Summit, London, England, 17 October 2005 (http://www.dh.gov.uk/NewsHome/Speeches/SpeechesList/SpeechesArticle/fs/en?CONTENT_ID=4125537&chk=JmFtr, accessed 18 June 2006).

House JS, Landis KR, Umberson D (1988). Social relationships and health. *Science*, 241:540–545.

Ivaschenko O (2004). *Longevity in Russia's regions: do poverty and low public health spending kill?* Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research (UNU-WIDER) (UNU-WIDER Research Paper No. 2004/40; <http://www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2004/rp2004-040.pdf>, accessed 16 May 2006).

Jarvis MJ, Wardle J (1999). Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press: 240–255.

Judge K et al. (2005). *Health inequalities: a challenge for Europe*. An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU (http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf, accessed 31 May 2006).

Kälin W, Müller L, Wyttenbach J, eds (2004). *The face of human rights*. Baden, Switzerland, Lars Müller Publishers.

Kaplan G et al. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*, 312:999–1003.

Kawachi I, Kennedy B, Glass R (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8):1187–1193.

Kawachi et al. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9):1491–1498.

Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D (1996). Income distribution and mortality: cross-sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ*, 312:1004–1007.

Klocke A, Hurrelmann K (1995). *Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? [Poverty and health. How are children and adolescents affected?]* *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 2:138–151.

Klumbiene J et al. (2004). Sociodemographic and health behaviour factors associated with obesity in adult populations in Estonia, Finland and Lithuania. *European Journal of Public Health*, 14(4):390–394.

Korpi W, Palme J (1998). The paradox of redistribution and strategies for equality: welfare state institutions, inequality and poverty in the western countries. *American Sociological Review*, 63(5):661–687.

- Kunst AE (1997). *Cross national comparisons of socioeconomic differences in mortality* [PhD thesis]. Rotterdam, Erasmus University.
- Kyprianou M (2005). Facing up to health inequalities in Europe. *Presentation at EU Summit: Tackling health inequalities: governing for health, London, England, 17–18 October 2005*.
- Lang T, Ducimetiere P (1995). Premature cardiovascular mortality in France: divergent evolution between social categories from 1970 to 1990. *International Journal of Epidemiology*, 24(2):331–339.
- Leinsalu M, Vagero D, Kunst A (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 32:1081–1087.
- Lewis M (2000). *Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?* Washington DC, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, World Bank.
- Lindholm L, Burström B, Diderichsen F (2002). Class differences in the social consequences of illness? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:188–192.
- Link BG, Phelan J (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: 80–94.
- Link BG, Phelan J (1996). Understanding sociodemographic differences in health – the role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, 86(4):471–473.
- Ljung R et al. (2005). Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:92–100.
- Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health – an empirical analysis. *Social Science & Medicine*, 32(4):385–393.
- Lynch JW, Kaplan GA (1997). Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *Journal of Health Psychology*, 2:297–314.
- Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, 44(6):809–819.
- Lynch J et al. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*, 320(7243):1200–1204.
- Lynch J et al. (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet*, 358(9277):194–200.
- Mackenbach JP (1996). The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(11):1207–1213.
- Mackenbach JP (2003). An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands. *International Journal of Health Services*, 33(3):523–542.
- Mackenbach JP (2005). *Health inequalities: Europe in profile*. An independent expert report commissioned by and published under the auspices of the United Kingdom Presidency of the European Union, October 2005 (http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI_EU_Profile,0.pdf, accessed 16 May 2006).

Mackenbach J, Stronks K, Kunst A (1989). The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Social Science & Medicine*, 29(3):369–376.

Mackenbach JP et al. (2002). Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview. In: Mackenbach JP, Bakker MJ, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 3–24.

Mäkelä P, Valkonen T, Martelin T (1997). Contribution of deaths related to alcohol use of socio-economic variation in mortality: register based follow up study. *BMJ*, 315(7102):211–216.

Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.

Marmot M, Bobak M (2000). International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ*, 321: 1124–8.

Marmot M, Wilkinson RG (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*, 322(7296):1233–1236.

Marmot M et al. (1997a). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350(9073):235–239.

Marmot M et al. (1997b). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44:901–910.

McIsaac SJ, Wilkinson RG (1997). Income distribution and cause-specific mortality. *European Journal of Public Health*, 7(1):45–53.

McKeown T (1976). *The modern rise of population*. London, Edward Arnold. Mesrine A (1999). Les différences de mortalité par milieu social restent fortes [Differences in mortality according to social class are still important]. *Données Sociales*, 228–235.

Mielck A, Graham H, Bremberg S (2002). Children, an important target group for reduction of socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 144–168.

Mitterand F (1995). Speech at the Social Summit in Copenhagen 1995. As quoted in: Jonsson S (2001). *Världens Centrum: En essä om globalisering [The centre of the world: an essay about globalization]*. Stockholm, Nordstedts Förlag (in Swedish). (на русском языке: Выступление Ф.Миттерана на Всемирной встрече на высшем уровне в интересах социального развития в Копенгагене, 1995).

Montgomery SM et al. (1996). Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50:415–422.

National Board of Health and Social Welfare (2001). *Health in Sweden – Sweden's Public Health Report 2001*. Stockholm, National Board of Health and Social Welfare (<http://www.sos.se/fulltext/111/2001-111-2/summary.htm>, accessed 18 May 2006).

National Board of Health and Social Welfare (2002). *Vårdens värde [The value of care]*. Stockholm, National Board of Health and Social Welfare.

National Board of Health and Social Welfare (2005). *Sweden's Public Health Report 2005*. Stockholm, National Board of Health and Social Welfare.

National Institute of Public Health (2003). *Folkhälsoaspekter på EU:s gemensamma jordbrukspolitik (CAP)* [Public health aspects on the Common Agricultural Policy (CAP) of the European Union]. Sandviken, Sweden, National Institute of Public Health.

National Institute of Public Health (2005). *Folkhälsopolitisk Rapport 2005* [Public Health Policy Report 2005]. Stockholm, National Institute of Public Health.

NOBUS (National Survey of Household Welfare and Program Participation) Survey (2003). *2003 Round of the National Survey of Household Welfare and Program Participation (for Russia)*. Moscow, Federal State Statistics Service: 97.

Palme J (2004). EU, skatterna och socialförsäkringarna [European Union, taxes and social welfare systems]. In: Gustavson S, Oxelhielm L, Wahl N, eds. *EU skatterna och välfärden. [European Union, taxes and welfare]*. Stockholm, Santeus Förlag (in Swedish).

Peto R et al. (2004). *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.

Pikhart H et al. (2001). Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:624–630.

Platt S et al. (2002). Smoking policies. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge.

Pomerlau J, McKee M (2003). Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries [website]. London, European Centre on Health of Societies in Transition (http://www.llh.at/publications/02_uk_1_04.pdf, accessed 19 May 2006).

Power C, Matthews S (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet*, 350:1584–1585.

Putin V (2005). *Russian President Putin Delivers State of the Nation Address*. Kremlin, April 25 2005. (www.fas.org/irp/news/2005/04/putin042505.html, accessed 8 June 2006). (На русском языке: В.В. Путин. Послание Федеральному Собранию Российской Федерации. http://www.kremlin.ru/appears/2006/05/10/1357_type63372type63374type82634_105546.shtml)

Raphael D (2001). From increasing poverty to societal disintegration. How economic inequality affects the health of individuals and communities. In: Armstrong H, Armstrong P, Coburn D, eds. *The political economy of health and health care in Canada*. Toronto, Oxford University Press.

Regidor E, Gutierrez-Fisac JL, Rodriguez C (1955). Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish Provinces. *Social Science & Medicine*, 41(6):801–807.

Ross H (2004). The economics of tobacco and tobacco control. In: European Union ASPECT Consortium. *Tobacco or health in the European Union: past, present and future*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities: 69–98 (http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf, accessed 19 May 2006).

Russian Ministry of Public Health (1997). *Towards a healthy Russia: policies and strategies for the prevention of cardiovascular and other noncommunicable diseases within the context of public*

health reform in Russia. Moscow, Ministry of Public Health. As reported in: World Bank (2005). Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation. Washington, DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DyingTooYoung-full.pdf>, accessed 17 May 2006). (На русском языке: К здоровой России. Политика и стратегия профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения в России. – М., 1997).

Sen A (1995). The political economy of targeting. In: van de Walle D, Nead K, eds. *Public spending and the poor*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press: 11–24.

Sen A (2000). *Development as freedom*. New York, Random House, Inc. (на русском языке: А.Сен. Развитие как свобода. – М.: Новое издательство, 2004. – (Библиотека фонда «Либеральная миссия»).

Sen A (2001). Economic progress and health. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press: 333–345.

Sethi D et al. (2006a). Reducing inequalities from injuries in Europe. *Lancet*, published online June 26, 2006 DOI:10.1016/S0140-6736(06)68895-8.

Sethi D et al. (2006b). *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (in press).

Skrabski A et al. (2004). Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(4):340–345.

Stronks K et al. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 18:653–674.

Suhrcke M et al. (2005). *Economic consequences of non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Copenhagen, Who Regional Office for Europe: 36. (На русском языке: Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Summerfield C, Gill B (2005). *Social trends No. 35*. London: Palgrave Macmillan.

Szilágyi T (2004). Economic impact of smoking and tobacco control in Hungary, Budapest. GKI, Economic Research Institute.

Szreter S (1988). The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850–1914: a re-interpretation of the role of public health. *Social History of Medicine*, 1:1–37.

Tenconi MT et al. (1992). The relationship between education and risk factors for coronary heart disease. Epidemiological analysis from the nine communities study. The Research Group ATSOB43 of CNR. *European Journal of Epidemiology*, 8(6):763–769.

Townsend P (1979). *Poverty in the United Kingdom*. London, Penguin Books.

UNDP (2005). *Human Development Report 2005: international cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world*. New York, United Nations Development Programme (<http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>, accessed 17 May 2006). (На русском языке: Доклад

о развитии человека 2005. Международное сотрудничество на перепутье: Помощь, торговля и безопасность в мире неравенства. – М., Издательство «Весь Мир», 2005).

UNICEF (2001). *Money report no 8: a decade of transition* Florence, Italy, United Nations Children's Fund, Innocenti Research Centre (Regional Monitoring Report, No. 8 – 2001; <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/monee8/eng/index.html>, accessed 21 June 2006).

Vågerö D, Eriksson R (1997). Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*, 350(9076):516–518.

Vågerö D, Lundberg O (1995). Socioeconomic mortality differentials among adults in Sweden. In: Lopez AD, Casselli G, eds. *Adult mortality in developed countries: from description to explanation*. Oxford, Clarendon Press: 223–242.

Valkonen T (1992). Trends in regional and socio-economic mortality differentials in Finland. *International Journal of Health Sciences*, 3(3–4):157–166.

van de Mheen H, Reijneveld SA, Mackenbach JP (1996). Socioeconomic inequalities in perinatal and infant mortality from 1854 till 1990 in Amsterdam, The Netherlands. *European Journal of Public Health*, 6:166–174.

Wagstaff A, van Doorslaer E (2000). Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annual Review of Public Health*, 21:543–567.

Walberg P et al. (1998). Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ*, 317(7154):312–318.

Walters S, Suhrcke M (2005). *Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of recent literature*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Working paper 2005/1; http://www.euro.who.int/Document/SED/Socioecon_ineq.pdf, accessed 17 May 2006).

Wamala S et al. (2006). Dålig ekonomi stoppar sjuka från att söka läkare [Bad economy stops sick from seeking care]. *Dagens Nyheter*, 20 February 2006 (in Swedish).

Watkins K (2000). *Growth with equity is good for the poor*. Oxford, Oxfam (http://team.univ-paris1.fr/teamperso/DEA/Cursus/L3/Memoire/Growth_Inequality%20OXFAM.pdf, accessed 19 May 2006).

Welte R, König H-H, Leidel R (2000). Tobacco: the costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health*, 10:31–38.

Wennemo I (1993). Infant mortality, public policy and inequality – a comparison of 18 industrialised countries 1950–1985. *Sociology of Health and Illness*, 15(4):429–448.

Whitehead M (1990). *The concepts and principles of equality and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/RPD 414; http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf, accessed 17 May 2006).

Whitehead M (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly*, 76(3):469–492.

Whitehead M, Dahlgren G (2007). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 2)

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T (2001). Equity and health sector reform: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358 (9284): 833-836.

Whitehead M, Diderichsen F (2001). Social capital and health: tip-toeing through the minefield of evidence. *Lancet*, 358 (9277):165-166.

Whitehead M, Scott-Samuel A, Dahlgren G (1998). Setting targets to address inequalities in health. *Lancet*, 351(9111):1279-1282.

Whitehead M et al. (2004). Evidence for public health policy on inequalities: 2: assembling the evidence jigsaw. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(10):817-821.

WHO (1995). *World health report 1995. Bridging the gaps*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/whr/1995/WHR_1995.pdf, accessed 17 May 2006). (На русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 1995).

WHO (2002). *World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf, accessed 17 May 2006). (На русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2002: Снижение риска, укрепление здорового образа жизни).

WHO (2004). *Commission on social determinants of health: note by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization (document number: EB115/35).

WHO (2006a). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html, accessed 30 May 2006). (На русском языке: Бангкокская хартия укрепления здоровья в глобализованном мире).

WHO (2006b). *Global tuberculosis control: surveillance, planning financing: WHO report 2006*. Geneva, World Health Organization (document number: WHO/HTM/TB/2006.362; http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563141_eng.pdf, accessed 17 May 2006).

WHO Commission on Macroeconomics and Health (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization (<http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf>, accessed 13 June 2006). (На русском языке: Макроэкономика и здоровье: инвестирование в целях экономического развития. Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001).

WHO Regional Office for Europe (1985). *Targets for Health for All: targets in support of the European Regional Strategy for Health for All*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (1999). *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 6; <http://www.who.dk/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>, accessed 15 June 2006). (на русском языке: ЗДОРОВЬЕ-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999. –(Европейская серия № 6 «Здоровье для всех») <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs1205r.pdf>).

WHO Regional Office for Europe (2005a). *The European health report 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://>

www.euro.who.int/document/e87325.pdf, accessed 16 June 2006). (На русском языке: Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2005: Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005).

WHO Regional Office for Europe (2005b). *Investing in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2005c). *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 7; <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>, accessed 15 June 2006). (На русском языке: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: Обновление 2005 – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – (Европейская серия № 7 «Здоровье для всех»)

WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and the WHO Equity Team (2005). Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 83:948–953 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/12/948.pdf>, accessed 17 May 2006).

Wilkinson RG (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*, 304:165-68.

Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London, Routledge.

Wilkinson RG (2005). *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. London, Routledge.

Williams J (2004). *50 facts that should change the world*. Cambridge, United Kingdom, Icon Books Ltd. (Дж. Уильямс. 50 фактов, которые должны изменить мир. – М.: Гранд-Фаир, 2006).

World Bank (2002). *Growth challenges and government policies in Armenia*.

Washington, DC. World Bank.

World Bank (2004). *Russia poverty assessment*. Washington, DC, Europe and Central Asia, Human Development Department, World Bank.

World Bank (2005). *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC, Europe and Central Asia Human Development Department, World Bank (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/DyingTooYoungfull.pdf>, accessed 17 May 2006). (На русском языке: «Рано умирают...»: Проблемы высокого уровня заболеваемости и травм в Российской Федерации и пути их решения. Всемирный банк. Департамент развития человеческого потенциала. 2006.)

World Bank (2006). *World Development Report 2006: equity and development*. New York, Oxford University Press. As reported in: Anderson E, O'Neil T, eds. *A new equity agenda? Reflections on the 2006 World Development Report, the 2005 Human Development Report and the 2005 Report on the World Social Situation*. London. Overseas Development Institute (Working paper 265; http://www.odi.org.uk/publications/working_papers/wp265.pdf, accessed 15 June 2006). (На русском языке: Доклад о мировом развитии 2006: Справедливость и развитие. – М.: Издательство «Весь Мир», 2006).

World Economic Forum (2005). *The global competitiveness report 2005–2006*. Geneva, World Economic Forum (www.palgrave.com/worldeconomicforum, accessed 7 June 2006). (На русском языке: Доклад о конкурентноспособности в мире 2005-2006).

Ziglio E et al., eds (2003). *Health systems confront poverty*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Public Health Case Studies Series, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, accessed 16 May 2006). (на русском языке: Системы здравоохранения против бедности. – 2003 – Анализ конкретных ситуаций в сфере общественного здравоохранения. № 1).

Zoritch B, Roberts I, Oakley A (2005). Day care for pre-school children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4 (<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000564.html>, accessed 7 June 2006).



