



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

---

**Европейский региональный комитет**  
Шестьдесят первая сессия

EUR/RC61/Inf.Doc./5

**Баку, Азербайджан, 12–15 сентября 2011 г.**

2 августа 2011 г.

Пункт 6(а) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Предварительный второй доклад о  
социальных детерминантах здоровья и  
различиях в состоянии здоровья населения  
Европейского региона ВОЗ**

## Содержание

	стр.
Предисловие .....	iv
Авторский коллектив .....	v
Резюме .....	vii
1. Краткое описание доклада.....	1
1.1 Введение .....	1
1.2 Цели обзора .....	2
1.3 Стратегический контекст .....	3
2. Состояние здоровья населения и социальные детерминанты здоровья в Европейском регионе ВОЗ.....	5
2.1 Ситуация со здоровьем населения и неравенством в отношении здоровья .....	5
2.2 Тенденции .....	9
2.3 Социальный градиент внутри страны .....	10
2.4 Концептуальная модель.....	12
2.5 Применение концептуальной модели для анализа тенденций, наблюдаемых в Европейском регионе ВОЗ .....	18
3. Европейский обзор социальных детерминант здоровья и различий в состоянии здоровья населения .....	22
3.1 Структура обзора и методологический подход.....	22
3.2 Целевые группы .....	22
3.3 Деятельность .....	23
3.3.1 Перспективные практические методы и опыт стран .....	23
3.3.2 Консультации .....	23
3.3.3 Неравенства в отношении здоровья: анализ будущих тенденций .....	23
4. Темы, возникающие в процессе работы.....	25
4.1 Новые размышления на эти темы.....	25
4.2 Основные темы и вопросы .....	25
4.2.1 Основные понятия .....	25
4.2.2 Деятельность организаций и процессы управления .....	30
4.2.3 Стратегии и действия .....	31
4.2.4 Более широкие повестки дня .....	33
4.2.5 Экономические вопросы .....	34
Использованные источники информации.....	35
Приложение 1. Основные выводы, сформулированные на первом этапе подготовки обзора .....	40
Приложение 2. Обзор систем, процессов и условий, влияющих на эффективность мер по улучшению социальных детерминант здоровья .....	41
Приложение 3. Резюме промежуточных докладов целевых групп .....	59

© Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

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

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

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

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

## Предисловие

Сокращение неравенства в отношении здоровья имеет огромное значение для всего Европейского региона и эта цель занимает центральное место в программе деятельности Европейского регионального бюро ВОЗ. Поэтому почти сразу после моего вступления в должность Регионального директора в 2010 г. я предложила проф. Michael Marmot возглавить работу по проведению аналитического обзора социальных детерминант здоровья и различий в состоянии здоровья населения Европейского региона ВОЗ.

Этот обзор окажет поддержку работе по реализации новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020. В частности, он позволит активизировать усилия по уменьшению и затем устранению социальной несправедливости в отношении здоровья посредством разработки стратегий, которые можно будет успешно внедрять в странах с низким, средним и высоким уровнем доходов. Основное внимание в этом обзоре уделяется наилучшим методам и опыту решения вопросов, связанных с социальными детерминантами здоровья и несправедливостью в отношении здоровья в Регионе, а также путям их максимально широкого внедрения в практику. Иными словами одной из основных целей обзора является выявление того, какие именно практические подходы наиболее эффективны и каким образом они могут быть реализованы в самых разнообразных условиях Европейского региона.

Здоровье – это важный и уникальный ресурс всех стран Европейского региона, как в настоящее время, так и в перспективе на будущее. Более того, оно является ресурсом, который необходимо постоянно развивать, который очень важен для стран Региона и который поможет им более скоординировано и энергично преодолевать нынешние экономические и социальные трудности.

Можем ли мы повысить эффективность наших усилий по укреплению здоровья населения Европейского региона? Можем ли мы уменьшить несправедливость в отношении здоровья путем улучшения состояния здоровья наименее защищенных слоев нашего населения и устранения социальных различий в области здоровья? Можем ли мы благодаря нашим усилиям по укреплению здоровья населения внести дополнительный вклад в социальное, экономическое и человеческое развитие наших стран, наших регионов и наших городов? Я твердо верю, что это в наших силах.

Представленные фактические данные и выявленные практические подходы в сочетании с углубленным обсуждением различных аспектов реализации рекомендаций обзора в конкретных условиях наших 53 государств-членов, несомненно, помогут добиться прогресса в воплощении результатов научной работы в конкретные стратегии и действия. Я надеюсь и рассчитываю на успех наших усилий в преодолении разрыва в показателях здоровья населения в рамках всего Региона.

В этом предварительном втором докладе уже анализируется ряд ключевых аспектов в этой области, включая следующие: акцент на реализации всех имеющихся ресурсов здоровья, борьба с факторами риска, повышающими степень уязвимости людей, и необходимость общеправительственного подхода к решению рассматриваемой проблемы.

Я призываю вас внимательно ознакомиться с этим докладом и представить свои комментарии и отзывы. Лично я очень рада видеть прогресс, описанный в докладе, и мне будет очень интересно ознакомиться с заключительным докладом о проведенном обзоре и с его выводами и рекомендациями на шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, которая состоится на Мальте, в 2012 г.

Zsuzsanna Jakab, Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

## **Авторский коллектив**

### **Председатель**

Профессор сэра Michael Marmot, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

### **Старшие советники**

Профессор Guillem Lopez Casasnovas, Университет Помпеу Фабра, Барселона, Испания

Профессор Zsuzsa Ferge, Университет имени Лóранда Ётвёша и Академия наук Венгрии, Будапешт, Венгрия

Профессор Пола Kickbusch, Институт международных исследований и развития, Женева, Швейцария

Профессор Johan Mackenbach, Университет им. Эразма Роттердамского, Нидерланды

Профессор Тилек Мейманалиев, Исполнительный директор проекта по борьбе со СПИДом в Центральной Азии, Бишкек, Кыргызстан

Профессор Amartya Sen, Гарвардский университет, Кембридж, Соединенные Штаты Америки

Болат Садыков, Ответственный секретарь Министерства здравоохранения, Казахстан

Профессор Владимир Стародубов, заместитель министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Профессор Tomris Turmen, Медицинская школа Университета Анкары, Турция

Профессор Denny Vågerö, Стокгольмский университет, Швеция

Профессор Barbro Westerholm, член парламента, Стокгольм, Швеция

Профессор Margaret Whitehead, Ливерпульский университет, Соединенное Королевство

### **Члены группы старших советников в силу занимаемой должности**

Доктор Agis Tsouros, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Д-р Roberto Bertolini, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Michael Hubel, DG SANCO, Европейская Комиссия

### **Секретариат в Университетском колледже Лондона**

Д-р Jessica Allen

Д-р Ruth Bell

Ellen Bloomer

Профессор Peter Goldblatt

### **Секретариат в Европейском региональном бюро ВОЗ**

Christine Brown

Д-р Johanna Hanefeld

Åsa Nihlén

Д-р Piroska Ostlin

Sarah Simpson

Isabel Yordi

### **Председатели целевых групп – тематических целевых групп (ТЦГ) и комплексных целевых групп (КЦГ)**

#### ***ТЦГ-1: раннее детство, образование и семья***

Naomi Eisenstadt, Оксфордский университет, Соединенное Королевство

Профессор Alan Dyson, Университет Манчестера, Соединенное Королевство

***ТЦГ-2: занятость и условия труда, в том числе вопросы, относящиеся к профессиональной принадлежности, безработице и трудящимся-мигрантам***

Профессор Johannes Siegrist, Университет Дюссельдорфа, Германия

***ТЦГ-3: неблагоприятные условия жизни, социальное отчуждение и уязвимость***

Профессор Jennie Popay, Университет Ланкастера, Соединенное Королевство

***ТЦГ-4: ВВП, налогообложение, доходы и благосостояние***

Профессор Olle Lundberg, Стокгольмский университет, Швеция

***ТЦГ-5: устойчивость и сообщества***

Anna Coote, Фонд New Economics, Лондон, Соединенное Королевство

***ТЦГ-6: профилактика и лечение болезней***

Профессор Witold Zatonski, Мемориальный центр рака и институт онкологии имени Марии Склодовской-Кюри, Варшава, Польша

Доктор Gauden Galea, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

***ТЦГ-7: гендерные вопросы***

Профессор Maria Kopp, Университет им. Земмельвейса, Будапешт, Венгрия

***ТЦГ-8: люди старшего возраста***

Профессор Emily Grundy, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

***КЦГ-1: экономика***

Профессор Marc Suhrcke, Университет Восточной Англии, Норидж, Великобритания

***КЦГ-2: системы стратегического управления и реализации***

Д-р Erio Ziglio, Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, Венеция, Италия

Сэр Harry Burns, главный государственный санитарный врач Шотландии, Эдинбург, Соединенное Королевство

***КЦГ-3: глобальные факторы***

Профессор Ronald Labonte, Университет Оттавы, Канада

***КЦГ-4: справедливость, равенство и права человека***

Профессор Karien Stronks, Амстердамский университет, Нидерланды

***КЦГ-5: методы измерения и целевые показатели***

Профессор Martin Bobak, Университетский колледж Лондона, Соединенное Королевство

Доктор Claudia Stein, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания



## Резюме

Социальная справедливость – это вопрос жизни и смерти. Она влияет на образ жизни людей, на предрасположенность к болезням и на риск преждевременной смерти.

Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/gkn\\_lee\\_al.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf), по состоянию на 10 июля 2011 г.).

Как внутри стран Европейского региона и между ними существуют значительные неравенства<sup>1</sup> в отношении здоровья. Различия между странами Региона по такому показателю, как ожидаемая продолжительность жизни, составляют 20 лет для мужчин и 12 лет для женщин. Внутри стран показатели состояния здоровья и ожидаемой продолжительности жизни во многом определяются социально-экономическим положением людей в соответствии с формулой «чем ниже социальное положение человека, тем хуже его здоровье». Неравенства в отношении здоровья оказывают негативное влияние на всех – за исключением лиц, находящихся на самых высоких социальных и экономических уровнях.

Большинство неравенств в отношении здоровья неравенства могут быть предотвращены с помощью рациональных средств и работа в данном направлении - это вопрос социальной справедливости. Увековечение неравенств в отношении здоровья совершенно недопустимо. Действия по уменьшению таких неравенств должны быть приоритетом для Европейского региона ВОЗ, и именно поэтому директор Европейского регионального бюро ВОЗ инициировала проведение обзора социальных детерминант здоровья и различий в состоянии здоровья населения Европейского региона.

### Прогресс с 2010 г.

В этом предварительном втором докладе излагаются те подходы к решению проблемы несправедливости в отношении здоровья, которые были сформулированы в ходе работы, проделанной ВОЗ в рамках данного обзора в период с опубликования в сентябре 2010 г. предварительного первого доклада о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона ВОЗ. В настоящем докладе дается более подробное описание некоторых из наблюдаемых в Регионе неравенств, которые были отмечены в первом докладе.

К числу наиболее важных рассмотренных моментов относятся следующие:

- используемый в аналитическом обзоре концептуальный подход к причинам несправедливости в отношении здоровья, а также к стратегиям и процессам, необходимым для устранения этих причин;
- анализ последних тенденций, наблюдаемых в Европейском регионе ВОЗ;

---

<sup>1</sup> В рамках настоящего документа под «неравенством» подразумеваются систематические различия в состоянии здоровья или в социальных условиях жизни. Когда эти неравенства могут быть предотвращены с помощью рациональных средств, то в соответствии с выводами Комиссии по социальным детерминантам здоровья в докладе используется термин "несправедливость".

- работа тематических и комплексных целевых групп по определению тех ключевых тем и вопросов, анализ которых ляжет в основу рекомендаций, которые будут выработаны участниками аналитического обзора;
- новые идеи и концепции о той роли, которую ВОЗ, министры и министерства здравоохранения и другие важные структуры могут играть в обеспечении справедливости в отношении здоровья для нынешних и будущих поколений, способствуя развитию более справедливого и устойчивого общества;
- вклад, который данный анализ вносит в более широкую глобальную работу, относящуюся к социальным детерминантам здоровья, и в реализацию новой европейской политики здравоохранения – Здоровье-2020.

## Контекст

Неравенства в отношении здоровья - явление не новое; новым в этом вопросе является лишь рост знаний об их причинах и об успешных и неудачных мерах по их устранению. Данный аналитический обзор основан на предыдущих обзорах несправедливости в отношении здоровья и особенно на обзоре Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья. В выводах заключительного доклада Комиссии (Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения) отмечается, что для достижения справедливости в отношении здоровья необходимы действия, направленные на улучшение как условий, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, и на улучшение структурных факторов, определяющих эти условия, и что эти действия должны осуществляться на глобальном, региональном, национальном и местном уровнях. Согласно выводам Комиссии плохое состояние здоровья – это не просто результат невезения или отсутствия надлежащей медицинской помощи, а следствие нездорового сочетания плохих социальных стратегий и программ, несправедливых экономических механизмов и стратегий, а также непреднамеренных и непредвиденных негативных последствий политики в других областях. Причины несправедливости в отношении здоровья включают неравенства по следующим аспектам: условия жизни в раннем детстве, уровень образования, возможности трудоустройства, уровень социального обеспечения и здравоохранения, уровень доходов, места и условия проживания мужчин, женщин и детей, а также, нормы и ценности общества - в том числе в вопросах гендерного равенства и этнической принадлежности. Все эти факторы являются социальными детерминантами здоровья.

Для уменьшения несправедливости в отношении здоровья необходимо сократить неравенства в вышеуказанных детерминантах. Об огромной важности данной задачи свидетельствуют как существенные социальные и экономические издержки для отдельных лиц и общества в целом, связанные с этой проблемой, так и тот факт, что социальные факторы, которые приводят к несправедливым неравенствам в отношении здоровья, сами по себе оказывают негативное влияние и на благополучие отдельных групп и общества в целом, и на уровень социальной сплоченности и экономического развития. Равное право на здоровье – это важнейший принцип и он будет более подробно рассмотрен в нижеследующих разделах данного доклада.

Главная цель Комиссии по социальным детерминантам здоровья заключалась в создании глобального движения в этой области. Весьма отрадно, что имеющиеся данные убедительно свидетельствуют о том, что это глобальное движение набирает силу. Среди достигнутых успехов можно назвать следующие: в соответствии с резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения, ВОЗ и правительство Бразилии занимаются организацией Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья, которая состоится в Рио-де-Жанейро, Бразилия, в октябре 2011 г.; многие национальные правительства приступили к реализации соответствующих инициатив; организации



гражданского общества и академические институты прилагают целенаправленные усилия для улучшения социальных детерминант здоровья; на местном уровне уже имеются многочисленные примеры согласованной работы в этом направлении.

Приняв решение о проведении данного аналитического обзора, Европейский регион ВОЗ поставил вопросы, касающиеся социальных детерминант и справедливости в отношении здоровья в центр своей работы в сфере общественного здравоохранения. Результаты обзора, равно как и результаты сопутствующего исследования по вопросам стратегического руководства здравоохранением в 21 веке будут учтены при реализации новой политики здравоохранения для Европейского региона (Здоровье-2020). Выводы и рекомендации обзора будут иметь глобальное значение, так как многие из проблем несправедливости в отношении здоровья, наблюдающиеся в мире, характерны и для Европейского региона.

На огромную актуальность такого аналитического обзора указывает множество причин, включая необходимость решения серьезных проблем со здоровьем населения.

- Различия в состоянии здоровья населения в Европейском регионе продолжают оставаться недопустимо большими. В частности, не существует никаких объективных биологических или генетических причин того 20-летнего различия в ожидаемой продолжительности жизни, который имеется между странами Региона.
- Внутри стран наблюдаются большие, и в некоторых случаях, растущие неравенства в отношении здоровья, что, в частности, объясняется тем фактом, что хотя улучшение социальных условий жизни и способствует улучшению здоровья, польза от этого распределяется неравномерно.
- Глобальный экономический спад оказывает огромное влияние на здоровье и благополучие населения и, скорее всего, он будет способствовать углублению несправедливости в отношении здоровья. Последствия мирового экономического спада, так же как и последствия стихийных бедствий наиболее остро ощущаются людьми, которые уже находятся в уязвимом и неблагоприятном положении.
- В связи с старением населения во всем Европейском регионе возрастает спрос на медико-социальные услуги, что требует концентрации наших усилий на поддержании высокого уровня здоровья и благополучия людей на протяжении всей жизни. Это особо указывает на необходимость принятия мер, направленных на повышение справедливости в отношении здоровья и благополучия на всех этапах жизни людей, а также на своевременное и адекватное решение гендерных вопросов, касающихся их здоровья и выживания.
- Для эффективного решения проблем, связанных с высокими (и неравномерно распределенными) уровнями заболеваемости и смертности во многих частях Региона, также необходимо оказывать необходимое воздействие на социальные детерминанты здоровья.
- Общества и глобальные организации должны принимать меры для противодействия изменению климата и быстрому истощению природных ресурсов, что может привести к катастрофическим последствиям для здоровья – особенно когда речь идет о людях, уже находящихся в самом неблагоприятном положении. Что касается дальнейшего развития различных социальных и экономических механизмов в Европейском регионе, то формула "бизнес как обычно" уже неприемлема. Напротив, назрела необходимость направить все наши усилия на достижение экологической справедливости и справедливости в отношении здоровья.

Доводы в пользу принятия немедленных мер в равной степени убедительны.

- Проанализировав глобальный опыт, Комиссия по социальным детерминантам здоровья дала описание того, что можно сделать для улучшения справедливости в отношении здоровья, однако, ее рекомендации должны быть изложены так, чтобы они были пригодны для всех многочисленных и разнообразных стран Европейского региона.
- В этой связи следует отметить тот факт, что рекомендации авторов возглавляемого проф. Marmot аналитического обзора неравенств в отношении здоровья в Англии, который был проведен по поручению правительства Соединенного Королевства, в настоящее время реализуются во всех странах, входящих в состав Королевства. Сейчас очень важно извлечь уроки из работы, проделанной в Соединенном Королевстве, обобщить данные о работе, проводящейся в Дании, Венгрии, Литве, Норвегии, Польше, Республике Молдова, Шотландии, Сербии, Словении, Испании, Швеции и других странах, осуществить сводный анализ всех сведений, извлечь из них соответствующие выводы и применять их в масштабах всего Европейского региона. Опыт всех стран Региона будет должным образом учитываться как в ходе проведения обзора, так и при формировании его выводов и рекомендаций.
- На субнациональном уровне также имеются хорошие примеры эффективных действий. Так, например, работа, проводимая в рамках европейской сети здоровых городов ВОЗ, показывает, что действия на местах помогают улучшить там ситуацию. Такие города, как Мальме (Швеция) и такие регионы, как Мурска Собота (Словения) и Кошице (Словакия), разрабатывают и внедряют многосекторальные и комплексные планы по улучшению социальных детерминант здоровья с привлечением всех заинтересованных сторон. По мере появления новых фактических данных авторы обзора будут использовать их в своей работе.
- Действия на местном уровне, наиболее приближенном к жизни и опыту людей - это ключ к улучшению социальных детерминант здоровья. Тем не менее, такие действия часто ограничиваются национальными и глобальными экономическими структурами и такими факторами, как сложившийся характер взаимоотношений различных органов власти. Поэтому эти действия – если они не выходят за пределы местного уровня - ограничены в своем воздействии на влиятельные структуры и на модели распределения власти, денег и ресурсов, что, конечно же, способствует сохранению несправедливости в отношении здоровья в обществе. Исходя из вышеуказанного, можно сделать вывод, что согласованный, многоуровневый подход – это неотъемлемая составляющая процесса разработки, осуществления и оценки политики. Такой подход – необходимое условие для обеспечения достаточного уровня согласованности, масштабности и интенсивности действий, способных устранить проблему социального градиента здоровья.
- целенаправленные воздействия на социальные детерминанты здоровья также способствуют созданию других социальных благ, таких как благополучие, повышение уровня образования, снижение уровня преступности, повышение стабильности сообществ, сбалансированное и устойчивое развитие и повышение социальной сплоченности и интеграции. Например, навыки, приобретенные ребенком к первому классу школы, оказывают решающее влияние на самооценку, мотивированность и способность устанавливать и поддерживать дружеские отношения, а также на уровень его здоровья и благополучия в последующие годы. Таким образом, работа по улучшению социальных детерминант здоровья показывает, что инвестиции в повышение уровня справедливости в отношении здоровья могут непосредственно способствовать достижению других отраслевых и правительственных целей и задач и что мнение о том, что здравоохранение является исключительно расходной статьей государственного бюджета, является ошибочным.

## **Лидерство в интересах здоровья**

Имеющиеся факты очевидны: работа по сокращению несправедливости и повышению справедливости в отношении здоровья должна основываться на участии всех звеньев и уровней государства и общества, включая систему здравоохранения вместе со всеми заинтересованными сторонами и секторами внутри данной системы и за ее пределами. Это является и необходимым условием и хорошей возможностью для обеспечения надлежащего руководства деятельностью по улучшению здоровья населения, которая должна рассматриваться как общая и совместная приоритетная задача на национальном и местном уровнях. В сопутствующем исследовании по вопросам управления здравоохранением в 21 веке отмечается, что "министры здравоохранения, постоянные секретари, статс-секретари и другие руководители высшего звена играют ключевую роль в эффективном управлении здравоохранением, принимая участие в соответствующих инновационных процессах управления в рамках государственного аппарата." В этом контексте ВОЗ, министры здравоохранения и более широкое медицинское сообщество играют ключевую роль в мобилизации требований населения жить в более справедливом и устойчивом обществе, которое будет способствовать повышению справедливости в отношении здоровья для нынешних и будущих поколений.

Для выполнения этой задачи нужно работать в следующих четырех направлениях.

Во-первых, мы должны выступать в качестве защитников интересов здравоохранения, так как состояние здоровья населения и уровень неравенства в отношении здоровья – это надежные индикаторы того, насколько хорошо функционирует то или иное общество. Исходя из этой точки зрения, каждый социальный сектор является также и сектором здравоохранения, потому что он оказывает большое влияние на здоровье и благополучие людей. Призывая к действиям по повышению справедливости в отношении здоровья, министры здравоохранения не только способствуют сокращению несправедливости в этой области, но и принимают участие в такой этически важной деятельности, как создание справедливого общества, которое обеспечивает удовлетворение потребностей всех людей, особенно тех групп населения, которые находятся в наиболее неблагоприятном и бесправном положении.

Во-вторых, многое должно быть сделано в рамках системы здравоохранения, чтобы поставить больший акцент на следующих основных функциях общественного здравоохранения: укрепление здоровья, профилактика заболеваний, межведомственное сотрудничество и обеспечение справедливого доступа к медицинской помощи.

В-третьих, министерства здравоохранения, ВОЗ и другие структуры в сфере здравоохранения должны играть активную роль в расширении объема наилучших имеющихся фактических данных и знаний об эффективных мерах уменьшения неравенств в отношении здоровья; в мониторинге последствий действий, предпринимаемых всеми другими секторами; а также в использовании имеющейся аналитической информации в целях укрепления систем и общего потенциала, позволяющих улучшать здоровье населения и повышать уровень справедливости в отношении здоровья.

В-четвертых, необходимо учитывать соответствующие глобальные аспекты. Политические, социальные и экономические стратегии имеют транснациональные последствия. Европейские стратегии влияют на справедливое распределение показателей здоровья между странами и внутри стран как в Европейском регионе, так и за его пределами, в частности, за счет воздействия на политику Европейской комиссии, сообщества доноров и международных организаций и фондов. Выступая по вопросам международной политики, руководители здравоохранения должны указывать на необходимость того, чтобы при анализе причин несправедливости в отношении здоровья учитывались все соответствующие социальные детерминанты. По мнению Комиссии по

социальным детерминантам здоровья, справедливость в отношении здоровья должна быть центральной составляющей процесса формирования всех стратегий.

## **Концептуальные подходы**

Рекомендации обзора, скорее всего, будут основываться на анализе нижеследующих тем и вопросов, которые целевые группы смогли выявить в ходе предварительного рассмотрения имеющихся данных.

### **Ключевые понятия**

Ключевые понятия, которыми оперируют участники обзора, включают следующее.

- Центральными понятиями используемого концептуального подхода являются "активы и пассивы", связанные с социальными детерминантами здоровья.
- Между социальной интеграцией и сплоченностью, с одной стороны, и социальными детерминантами здоровья и несправедливостью в отношении здоровья, с другой, имеется определенная зависимость.
- Уязвимость, несправедливость и стремительные социальные и экономические изменения – это взаимосвязанные явления.
- В вопросах повышения справедливости в отношении здоровья следует основываться на уважительном отношении к правам человека.
- Необходимо определить характер взаимосвязей между уровнем благополучия различных групп населения и неравенствами в отношении здоровья.
- Социальный градиент здоровья должен быть снижен за счет уменьшения несправедливых неравенств в обществе, и для достижения этой цели должны приниматься соответствующие конкретные меры.
- С учетом вышеуказанного следует продолжить работу по дальнейшему развитию такого подхода, как всеобщий, но в тоже время пропорциональный охват населения (пропорциональный универсализм).
- Согласованные действия необходимы на протяжении всей жизни и во всех секторах, влияющих на социальные детерминанты здоровья.
- Одной из актуальных проблем, по-прежнему является гендерное неравенство, лежащее в основе неравномерного распределения рисков и возможностей для мужчин и женщин на протяжении всей жизни. Эта проблема характерна для всех стран Региона, но в некоторых из них она является особенно серьезной.
- Обзор в основном посвящен социально отчужденным группам населения, но проблему социального отчуждения более целесообразно рассматривать как процесс, не ставя акцента на том, кто именно входит в эти группы, а кто нет.
- Анализ проблемы социального отчуждения как динамического процесса облегчит поиск оптимальных путей уменьшения социального градиента здоровья с должным учетом степени уязвимости конкретных групп населения.

## **Вопросы, связанные с деятельностью различных организаций и с процессами управления**

Основные моменты

- В дополнение к традиционным мероприятиям, проводимым соответствующими организациями, огромное значение имеет активное сотрудничество с семьями и местными сообществами.
- Данный обзор позволит более четко определить те уровни, на которых должны проводиться соответствующие стратегические преобразования и практические меры.
- Роль частного сектора имеет большое значение, но слишком часто ей не уделяется должного внимания, и это является серьезной проблемой.

## **Стратегии и практические действия**

Основные моменты, касающиеся стратегий и принимаемых мер, заключаются в следующем.

- Некоторые стратегии и действия несомненно усугубляют несправедливость в отношении здоровья.
- Стратегии будут оцениваться на предмет их влияния на социальный градиент здоровья.
- Во всех странах Европейского региона следует определить меры и действия, наиболее подходящие для их конкретных условий.
- Следует разработать классификацию различных видов действий и стратегий, которые требуются для уменьшения несправедливых неравенств в отношении здоровья.
- Любые практические действия следует предпринимать с учетом демографических особенностей, относящихся к проблеме неравенства в отношении здоровья.

## **Более широкая повестка дня**

Ключевые моменты, связанные с более широкими процессами, включают следующее.

- Роль глобальных процессов и их влияния.
- Необходимость установления связей с повесткой дня, относящейся к изменению климата и повышению экологической устойчивости.
- Расширение прав и возможностей гражданского общества.

## **Экономические аспекты**

Ключевые моменты в этой области включают следующее.

- Необходимость фактических данных о социальных и экономических издержках, связанных с несправедливостью в отношении здоровья.
- Необходимость количественной оценки экономических затрат и выгод, связанных с работой по улучшению социальных детерминант здоровья.
- Необходимость корректировки основных бюджетов и инвестиционных инструментов таким образом, чтобы в них предусматривались целенаправленные воздействия на социальные детерминанты здоровья.

## **Краткое содержание второго предварительного доклада**

В данном докладе обобщены данные о масштабах неравенств в отношении здоровья между странами Европейского региона и внутри их, а также о самых последних тенденциях, наблюдаемых в этой области. В нем также приведены основные концептуальные положения, которыми участники обзора пользуются при описании социальных детерминант здоровья в Регионе, при выработке рекомендаций по уменьшению несправедливости в отношении здоровья и при анализе последних тенденций, наблюдаемых в Регионе.

Кроме того, в настоящем документе дается описание: структуры обзора; подхода, используемого при выработке рекомендаций; а также действий, которые будут предприняты для проверки и усовершенствования этих рекомендаций, таких, например, как анализ конкретных примеров и консультации.

Обзор основывается на информации, получаемой от 13 целевых групп (8 тематических и 5 комплексных), которые анализируют существующие знания и предлагают эффективные стратегии действий в ключевых областях, касающихся здоровья. Каждая тематическая группа рассматривает одну или несколько ключевых социальных детерминант здоровья в Европейском регионе и/или ключевые этапы жизненного цикла, а каждая комплексная группа занимается вопросами, которые рассматриваются несколькими тематическими группами. В настоящем докладе описываются задачи каждой из этих групп и все уже сделанные ими предложения и рекомендации.

Доклад завершается обзором тем и вопросов, которые по мнению участников обзора подлежат тщательному анализу.

## 1. Краткое описание доклада

### 1.1 Введение

Разделяя общую озабоченность по поводу неравенств в отношении здоровья во всем Европейском регионе и стремясь к тому, чтобы вопросы, относящиеся к справедливости и социальным детерминантам здоровья, занимали центральное место в новой европейской политике здравоохранения – Здоровье-2020, директор Европейского регионального бюро ВОЗ Zsuzsanna Jakab поручила группе ученых провести Европейской обзор социальных детерминант здоровья и различий в состоянии здоровья населения. В своей работе участники обзора руководствуются принципом социальной справедливости и преследуют цель обобщить наилучшие фактические данные, которые помогут обеспечить более эффективную реализацию стратегий, направленных на улучшение социальных детерминант здоровья во всех государствах-членах Европейского региона. Обзор основывается на результатах работы Комиссии по социальным детерминантам здоровья (1), а его цель заключается в дальнейшем развитии рекомендаций этой комиссии, так чтобы они отражали самые разнообразные социальные и экономические условия, наблюдающиеся в Европейском регионе, и чтобы они могли применяться во всех странах. ВОЗ создала Комиссию по социальным детерминантам здоровья в духе социальной справедливости и с признанием того факта, что неравенства в отношении здоровья внутри и между странами во многом предотвратимы. Отправная точка для работы Комиссии по социальным детерминантам здоровья заключалась в том, что наблюдаемая на глобальном уровне разница в ожидаемой продолжительности жизни населения различных стран, составляющая свыше 40 лет, и огромные социальные различия в состоянии здоровья различных групп населения внутри стран являются несправедливыми.

Комиссия по социальным детерминантам здоровья пришла к выводу, что основная причина несправедливости в отношении здоровья – это нездоровое сочетание неэффективных социальных стратегий и программ, несправедливых экономических механизмов и плохой политики. В число социальных детерминант здоровья входят: несправедливое распределение власти, денег и других ресурсов, а также очень различные условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют.

Несмотря на общий высокий уровень благосостояния в Европейском регионе, в нем наблюдаются огромные неравенства в отношении здоровья. Так, например, различие по показателю ожидаемой продолжительности жизни при рождении между странами Региона с самыми высокими и самыми низкими его значениями в среднем составляет 16 лет. Применительно к мужчинам и женщинам это различие составляет соответственно 20 и 12 лет. Более того даже страны с аналогичным уровнем благосостояния и развития, существенно отличаются друг от друга с точки зрения ожидаемой продолжительности жизни. Внутри стран также наблюдаются значительные различия по этому показателю. Люди, находящиеся на более высоком социально-экономическом уровне, имеют лучшее здоровье и живут дольше, чем люди на более низком социально-экономическом уровне. Группы, наиболее серьезно пострадавшие в результате процессов социального отчуждения, такие как цыгане и трудящиеся-мигранты, находятся в особенно плохом положении с точки зрения состояния здоровья. Социальные и медицинские проблемы, стоящие перед Регионом, огромны, но, как показывают фактические данные, их можно успешно решать.

Комиссия по социальным детерминантам здоровья обобщила имеющиеся данные об этих детерминантах и разработала рекомендации по действиям, необходимым для устранения

несправедливости в отношении здоровья внутри и между странами. Поскольку задачи, стоящие перед Комиссией, имели глобальные масштабы, для применения ее рекомендаций в конкретных условиях требуется большая и детальная работа. Одним из примеров такой работы был обзор неравенств в отношении здоровья, который был проведен в Англии по поручению правительства Соединенного Королевства (2). Задачи этого обзора, участие в котором приняли эксперты, руководители высшего звена, практические врачи и защитники интересов здоровья, заключались в следующем: проанализировать и использовать новые фактические данные, собранные в ходе работы Комиссии по социальным детерминантам здоровья; разработать соответствующие стратегии; оказать содействие реализации выводов и рекомендаций Комиссии. Доклад по обзору был опубликован в 2010 г. под названием *Fair society, healthy lives* (2). Авторы этого обзора пришли к выводу, что соблюдение принципа справедливости при принятии всех решений и на всех уровнях правительства будет способствовать улучшению здоровья населения и снижению неравенства в отношении здоровья. Выводы и рекомендации, сделанные в этом обзоре, охватывают шесть областей, касающихся всех основных социальных детерминант здоровья, и они реализуются на местном и региональном уровнях во всей Англии, а также учитываются при разработке и реализации соответствующих стратегий в Северной Ирландии, Шотландии и Уэльсе. В недавнем «белом» правительственном документе Англии о здоровье населения (3) отмечается, что правительство страны осознает необходимость улучшения социальных детерминант здоровья и принимает в качестве одного из методов достижения этой цели комплексный подход, охватывающий все этапы жизни человека, который изложен в публикации *Fair society, healthy lives* (Справедливое общество – это здоровая жизнь (неофиц. перевод).

## 1.2 Цели обзора

Обзор основывается на наилучших имеющихся фактических данных, которые применимы к Европейскому региону. На основе этих данных участники обзора предлагают эффективные мероприятия, механизмы управления и стратегии, которые могут быть реализованы на региональном, национальном и местном уровнях и которые позволят сократить неравенство в отношении здоровья путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Еще одной ключевой целью обзора является поддержка работы по совершенствованию знаний, потенциала и систем управления в целях повышения справедливости в отношении здоровья во всем Регионе. Что касается определения масштабов проблемы, применения фактических данных на практике и осуществления мер, масштабы, диапазон и интенсивность которых обеспечивают их эффективность, то на данный момент и между странами, и внутри их наблюдается неравномерность прогресса в этом направлении. Такие различия существуют даже между странами с аналогичными условиями развития и системами управления. Исходя из этого, можно сделать вывод, что на них можно оказать нужное воздействие и что прогресс в этой области вполне достижим.

В предварительном втором докладе излагаются подходы к решению проблемы несправедливости в отношении здоровья, которые были выявлены в ходе работы, проделанной после того, как ВОЗ опубликовала в сентябре 2010 г. предварительный первый доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ (приложение 1).



### 1.3 Стратегический контекст

Результаты обзора будут использованы при реализации новой европейской политики здравоохранения (Здоровье-2020), которая является концептуальной основой для реализации полного потенциала здоровья населения в Европейском регионе ВОЗ. Участники обзора разработают рекомендации по реализации соответствующих стратегических мер в рамках всего Европейского региона

Запланированные цели политики Здоровье-2020:

- улучшить здоровье населения Европейского региона;
- повысить справедливость в отношении здоровья и ускорить прогресс в реализации права на здоровье для всех групп населения;
- сделать охрану здоровья делом, которым занимается все общество в целом;
- повысить – на региональном и глобальном уровнях – осведомленность и активность людей в вопросах охраны здоровья и улучшения детерминант здоровья, а также
- поддерживать дальнейшее развитие предложенных решений, инструментов, фактических данных, руководств и партнерств, которые помогают министерствам здравоохранения, совместно с другими заинтересованными сторонами, создавать национальные стратегии, службы и механизмы управления, обеспечивающие равную реализацию потенциала здоровья всех членов общества.

Здоровье-2020 – это совместная инициатива, которая осуществляется государствами-членами и учреждениями здравоохранения в целях повышения уровня фактических данных, опыта и действий, относящихся к укреплению здоровья жителей Европейского региона. Главная задача этой политики – улучшить к следующему десятилетию здоровье людей, путем осуществления целого комплекса стратегических мер на местном, областном и национальном уровнях, а также на уровне всего Европейского региона ВОЗ. Здоровье-2020 будет содействовать развитию и повышению ценности уже имеющихся стратегических инструментов ВОЗ и ее партнеров, включая Таллинскую хартию «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» (5), и опубликованное в 2009 г. коммюнике Европейской комиссии «Солидарность в области здравоохранения» (6). Более подробное описание этих инструментов дается в Приложение 2.

Обзор социальных детерминант здоровья и различий в состоянии здоровья населения Европейского региона ВОЗ -- это пример выполнения обязательств, изложенных в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA62.14 «Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья» (7). Эта резолюция поддерживает выводы Комиссии по социальным детерминантам здоровья, активное участие в разработке которых приняли европейские государства-члены и целый ряд партнеров. Результаты настоящего обзора будут также использованы при подготовке и проведении Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья, которая состоится в Рио-де-Жанейро, Бразилия, в октябре 2011 г.

Участники обзора работают в тесном сотрудничестве с Европейской комиссией, что будет содействовать реализации их рекомендаций в Европейском Союзе (ЕС) и в странах-кандидатах в ЕС, а также в рамках международных организаций, работающих в Европейском регионе. Хотя обзор не сосредоточивается только на ЕС, в нем рассматривается то влияние, которое более широкие социальные и экономические стратегии и действия ЕС оказывают на решении проблемы несправедливости в отношении здоровья на глобальном уровне, в странах ЕС и в соседних странах. На этапе

консультирования донорские организации и другие международные организации и фонды также примут участие в подготовке обзора.

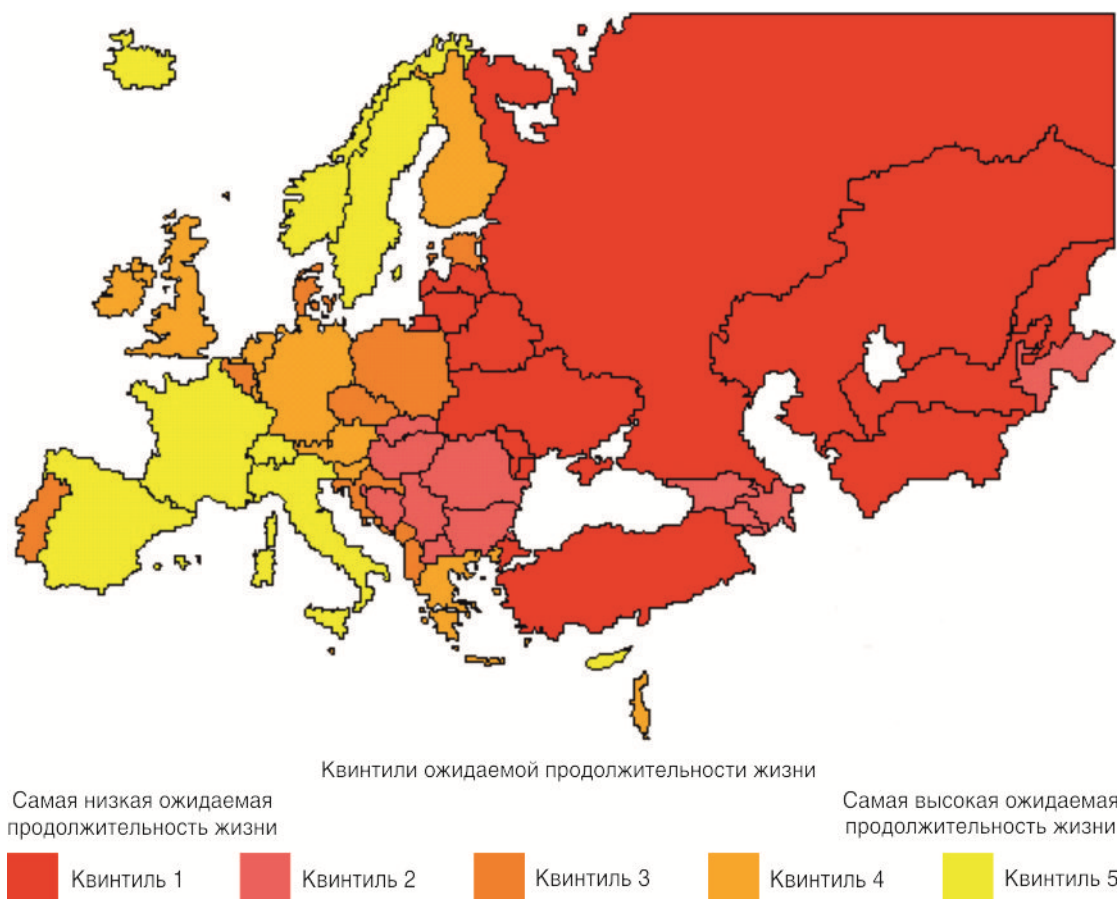
Что касается методов измерения прогресса, то в настоящее время уже наблюдается тенденция к переходу от практики использования узких экономических показателей к практике измерения общего уровня социальных услуг и благополучия. Комиссия по измерению основных показателей экономической деятельности и социального прогресса, созданная президентом Франции Nicolas Sarkozy и возглавляемая Joseph Stiglitz, подчеркнула необходимость измерения социального прогресса не с помощью узких экономических показателей, а прежде всего путем оценки уровня благополучия населения (8). ЕС и Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) также занимаются разработкой показателей благополучия населения, а несколько стран провели консультации по показателям социального прогресса, в рамках которых было указано на целесообразность того, чтобы при их разработке учитывались различные аспекты жизни, относящиеся к социальному неравенству. Плохое состояние здоровья и неравенство в отношении здоровья – это четкие критерии оценки конечных результатов деятельности и они соответствуют рекомендации Комиссии относительно того, чтобы при измерении основных показателей экономической деятельности и социального прогресса (8) использовались методы, позволяющие учитывать уровень благополучия населения. В настоящем обзоре рассматриваются не только вопросы здоровья, но и вопросы благополучия и анализируются как взаимосвязи между благополучием и здоровьем, так и преимущества и недостатки использования показателей благополучия.

## 2. Состояние здоровья населения и социальные детерминанты здоровья в Европейском регионе ВОЗ

### 2.1 Ситуация со здоровьем населения и неравенством в отношении здоровья

Хотя общее состояние здоровья населения и улучшилось, во всем Регионе наблюдается значительное неравенство в отношении здоровья. В частности, общая разница в показателях ожидаемой продолжительности жизни между странами составляет около 16 лет (рис. 1). Более того, при включении в сравнительный анализ гендерных и других неравенств внутри стран различия в этих показателях будут даже еще более выраженными.

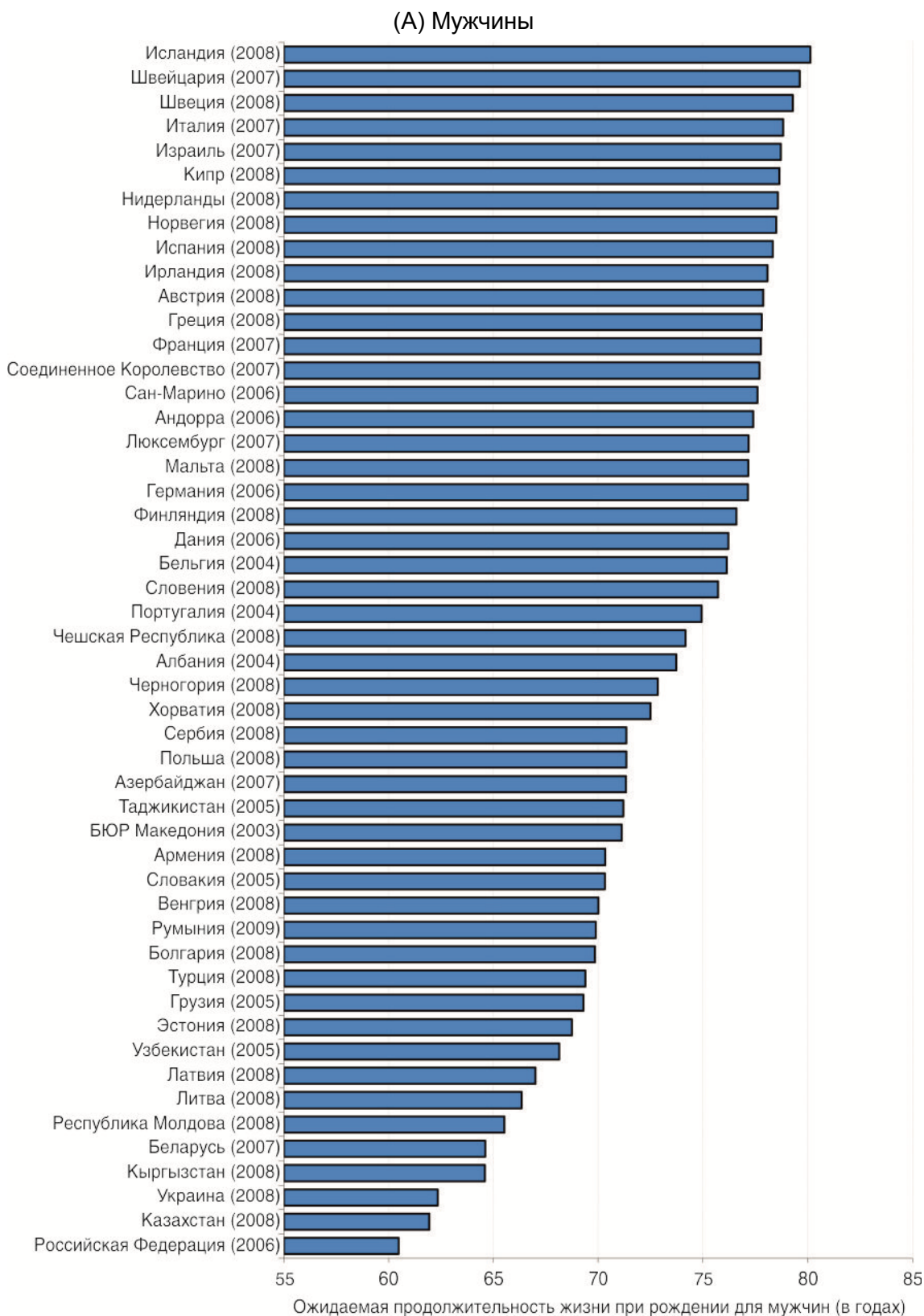
Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в годах в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 или последний год, по которому имеются данные,



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" [онлайновая база данных] (9).

Согласно рис. 2 показатели ОПЖ мужчин и женщин в различных странах существенно варьируются – с крайними значениями, составляющими соответственно 20 и 12 лет. Ожидаемая продолжительность жизни среди мужчин примерно на 4-7 лет меньше, чем среди женщин в большинстве стран Региона, но в Беларуси, Литве, России и Украине она на 12 лет меньше, чем среди женщин, а в Латвии даже на 13. В противоположность этому, в Таджикистане ожидаемая продолжительность жизни женщин в сравнении с мужчинами всего лишь на один год больше.

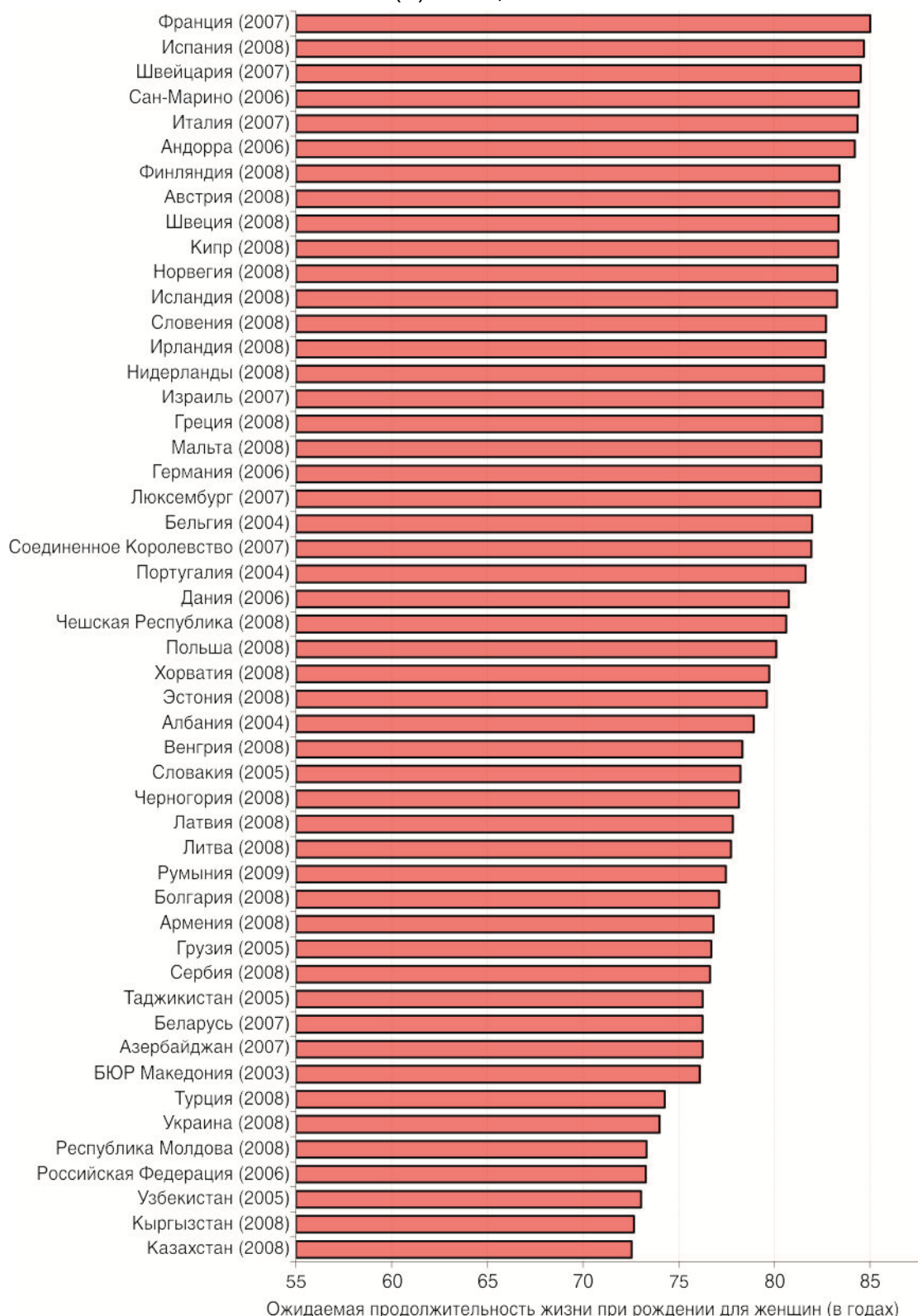
Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в разбивке по полу)  
в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 или последний год, по которому  
имеются данные.



БЮР Македония: бывшая югославская Республика Македония.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" [онлайновая база данных] (9).

(Б) Женщины

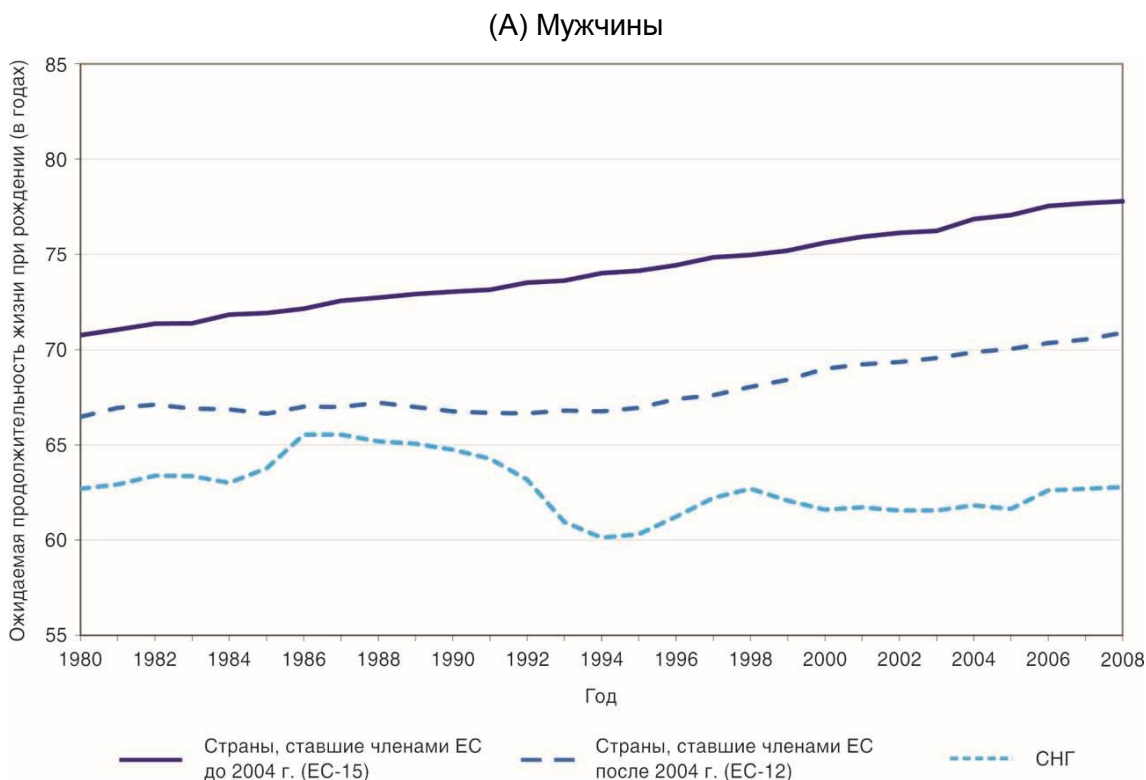


БЮР Македония: бывшая югославская Республика Македония.

Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех" [онлайновая база данных] (9).

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в странах Центральной и Восточной Европы и в странах Содружества Независимых Государств (СНГ)<sup>2</sup> ниже, чем в странах западной части Региона (рис. 1). По последним данным Европейской базы данных “Здоровье для всех” (9), ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении была на 4,3 года ниже в 12 странах, которые присоединились к ЕС после мая 2004 г. (ЕС-12), в сравнении с 15 странами, которые были членами ЕС до мая 2004 г. (ЕС-15) (рис. 3), в то время как разница по этому показателю между странами СНГ и ЕС-15 составила 9,7 лет. Соответствующие различия для мужчин были более чем на 50% выше, чем для женщин, составив соответственно 6,9 и 15,0 лет.

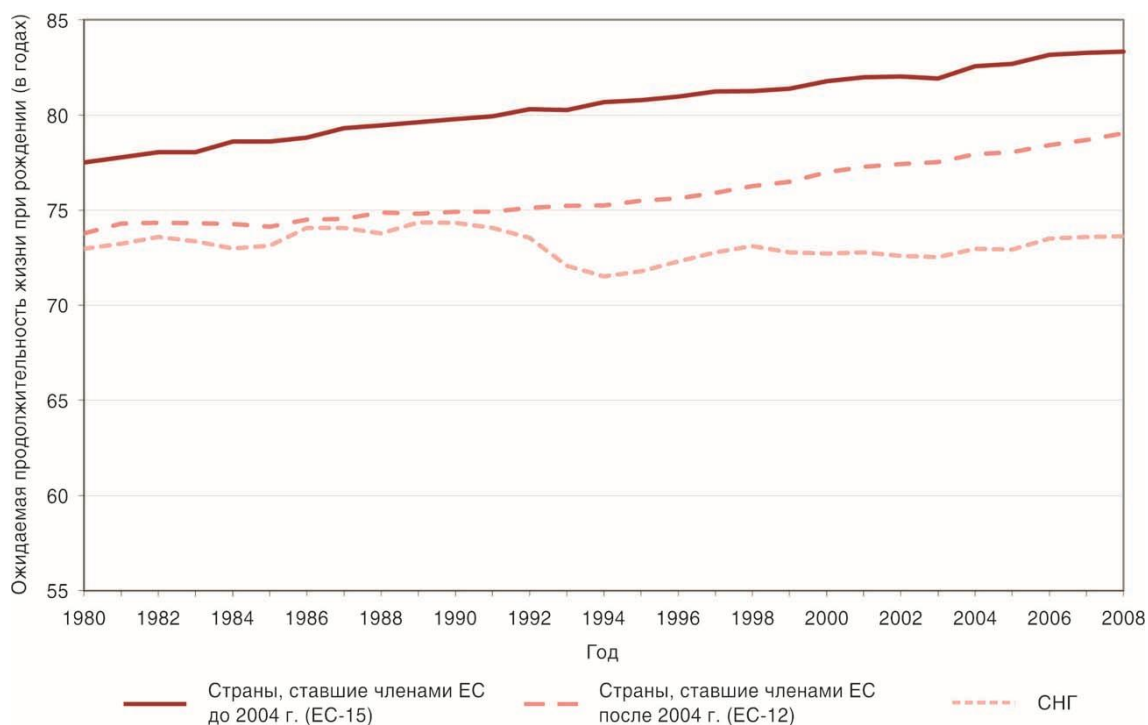
Рис. 3. Тенденции ожидаемой продолжительности жизни в ЕС-15, ЕС-12 и СНГ, 1980-2008 гг.



Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” [онлайн база данных] (9).

<sup>2</sup> На момент сбора данных в состав СНГ входили Республика Азербайджан, Республика Армения, Республика Беларусь, Грузия, Республика Казахстан, Кыргызская республика, Республика Молдова, Российская Федерация, Республика Таджикистан, Туркменистан, Республика Узбекистан и Украина.

(Б) Женщины



Источник: Европейская база данных “Здоровье для всех” [онлайновая база данных] (9).

## 2.2 Тенденции

С течением времени различия между восточной и западной частью Европейского региона подвергались изменениям (10). Рис. 3 показывает, что различия между ними не всегда были так велики, как в последние 20-30 лет. Если рассматривать период 1980-2008 гг., то особенно значительный рост различий в показателях имел место с 1981 по 1994 год. Так, за эти 13 лет различия в ожидаемой продолжительности жизни женщин между ЕС-12 и ЕС-15 выросли с 3,7 до 5,4 лет, а мужчин – с 4,3 до 7,3 лет. В странах СНГ эти различия увеличились с 5,4 до 9,2 лет для женщин и с 8,1 до 13,9 лет для мужчин. После 1994 г. эти различия в ЕС-12 немного уменьшились, а в СНГ немного увеличились.

Эти изменения следует рассматривать в исторической перспективе. До Второй мировой войны страны восточной и западной частей Региона существенно отличались по состоянию здоровья населения. С 1945 и до середины 1960-х годов показатели смертности имели тенденцию к значительному снижению во всех частях Европейского региона, но особенно быстро они снижались в восточной части Региона – в основном благодаря успехам в таких областях, как борьба с инфекционными заболеваниями и улучшение гигиенических и жилищных условий. Поэтому в 1960-х годах различия в ожидаемой продолжительности жизни между странами центральной и восточной части Региона, с одной стороны, и странами западной части Региона, с другой, значительно сократились. Однако в период с начала 1970-х и до конца 1980-х годов показатели ожидаемой продолжительности жизни продолжали увеличиваться в западной части Региона, но стабилизировались или даже снизились в его восточной части – в основном из-за роста смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (11), что привело к возобновлению тенденции увеличения различий по этим показателям между восточной и западной частями Региона (10).

После падения коммунизма в 1989 году, приведшего к глубоким социальным изменениям, показатели ожидаемой продолжительности жизни между странами Центральной и Восточной Европы, с одной стороны, и странами Содружества Независимых Государств (СНГ), с другой, стали расходиться, что, скорее всего, отражает различные формы социального перехода к свободной рыночной экономике в странах СНГ и в странах Центральной и Восточной Европы (10,12,13). В результате этого тенденции изменений показателей ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в странах СНГ отстают от стран Центральной и Восточной Европы и стран западной части Региона. В частности, как показано на рис. 2, ОПЖ мужчин в пяти странах СНГ по прежнему равна 65 годам или меньше. Последние национальные показатели по Российской Федерации, которые пока что не включены в данные ВОЗ, показывают, что за последние несколько лет показатели ОПЖ в стране значительно улучшились, что, возможно, отражает стабилизацию политической, экономической и социальной жизни. Так, по самым последним данным за 2009 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла 62,8 лет для мужчин и 74,7 года для женщин.

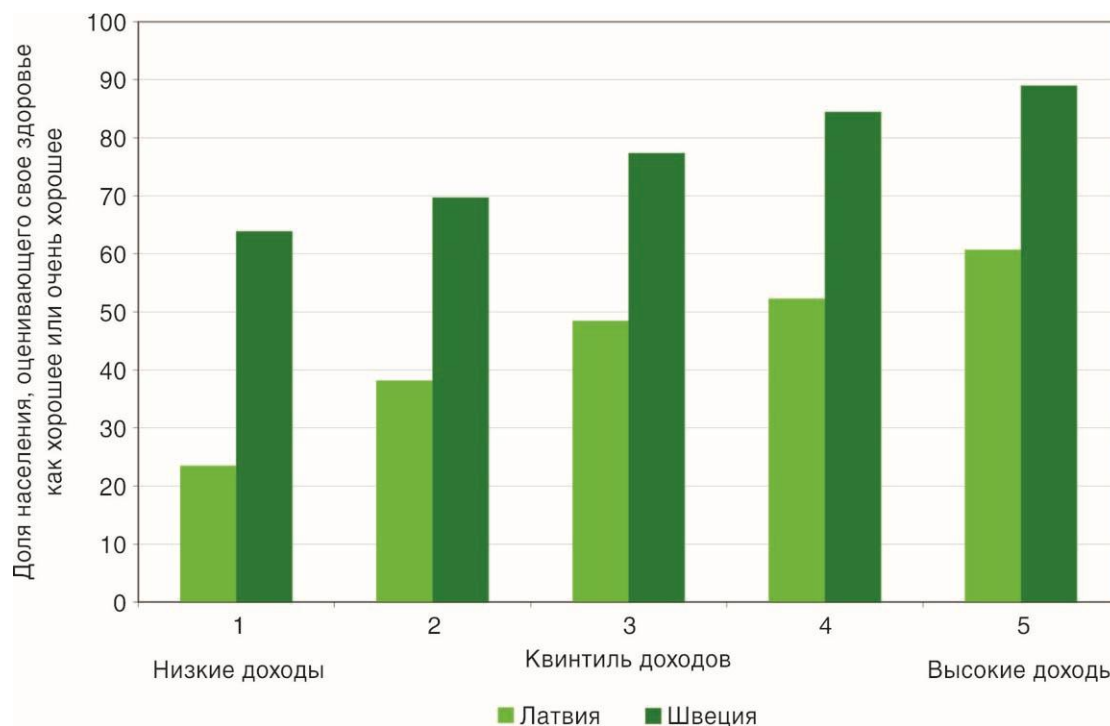
Колебания смертности, наблюдавшиеся в СНГ в 1990-е годы, были самыми выраженными среди всех стран, ведущих статистический учет. Рост смертности в первой половине 1990-х годов только в Российской Федерации ориентировочно составил около 3 млн дополнительных смертей выше долгосрочного уровня ожидаемой смертности (14).

### **2.3 Социальный градиент внутри страны**

В странах, по которым имеются данные о состоянии здоровья населения, наблюдается четкий градиент этого показателя в соответствии с такими социальными факторами, как уровень доходов, образование, социальное положение и занятость (15,16). Рис. 4 иллюстрирует это путем сравнения состояния здоровья (на основе самооценки) с уровнем образования в Латвии и Швеции.



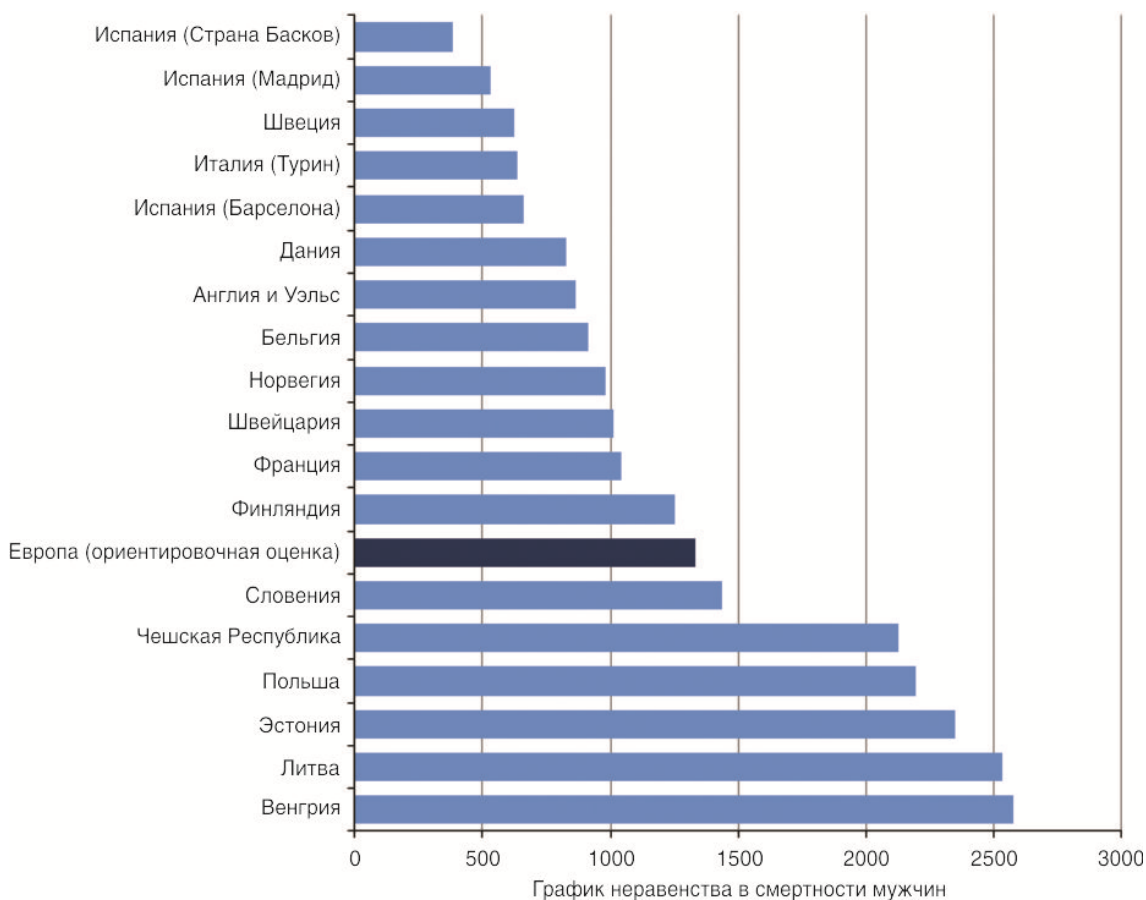
Рис. 4. Доля населения, оценивающего свое здоровье как хорошее или очень хорошее, по квинтилям домохозяйств с различным уровнем доходов в Латвии и Швеции, 2008 г.



*Источник:* личная переписка, Jonathan Bradshaw и Emese Mayhew, Йоркский университет, Соединенное Королевство, используя данные 2007 года из банка данных Европейского Союза «Статистика доходов и условий жизни» (EU-SILC) [онлайновая база данных] (17).

Несмотря на очень разные уровни самооценки здоровья в Латвии и Швеции, отражающие как различное восприятие здоровья в разных странах, так и различающиеся уровни признаков и симптомов нездоровья, в обеих странах наблюдается заметный градиент в самооценке состояния здоровья. Широкий спектр исследований (18,19) показал, что самооценка здоровья – это хороший прогностический показатель будущего состояния здоровья. Maskenbach и соавт. (20) провели систематическое сравнение градиентов показателей смертности среди мужчин и женщин с учетом образовательного уровня, используя для этой цели информацию, полученную проектом Eurothine в рамках исследования, охватившего 16 стран ЕС и Европейской ассоциации свободной торговли (ЕАСТ). Данные проекта указывают на значительные различия между этими странами в показателях смертности среди лиц с различным образовательным уровнем (рис. 5). Неравенство было самым большим в охваченных проектом странах Центральной и Восточной Европы и наименьшим в Италии, Испании и Швеции.

Рис. 5. Абсолютное неравенство (график неравенства) в смертности мужчин с учетом уровня образования в отдельных странах ЕС и ЕАСТ

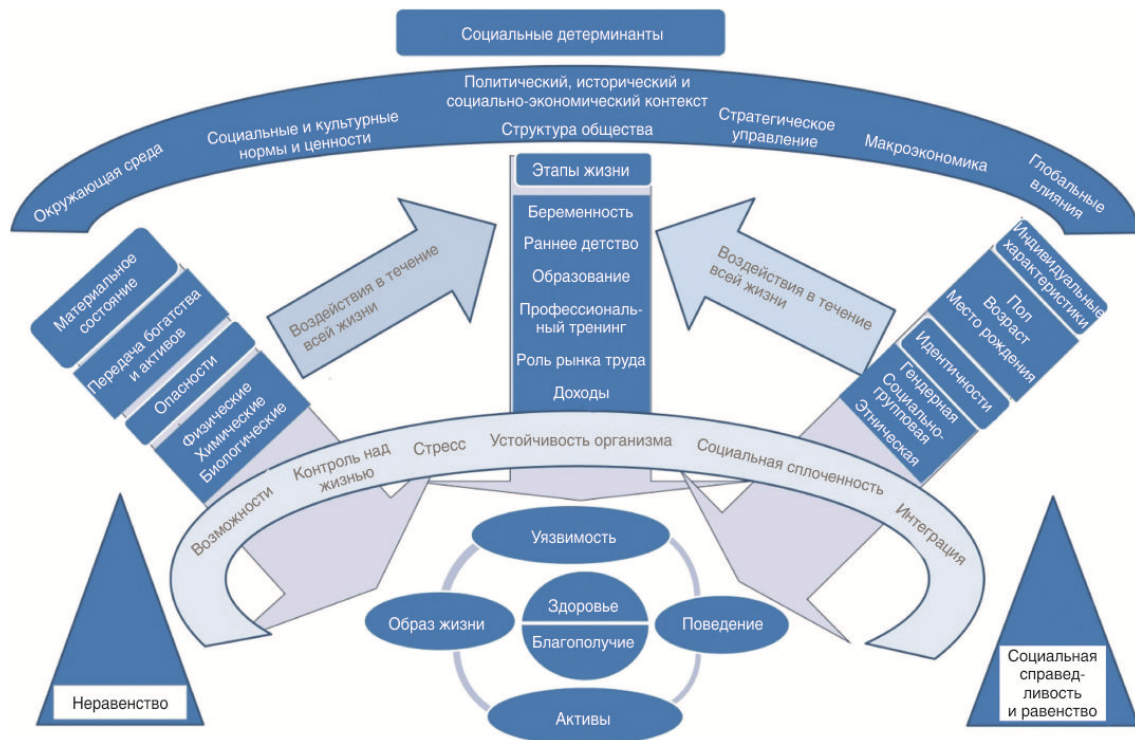


Источник: Mackenbach и соавт. (20).

## 2.4 Концептуальная модель

Социальные, экономические, политические, экологические и культурные факторы, формирующие здоровье во всем Европейском регионе и внутри его стран, известны как социальные детерминанты здоровья (1). В связи с проведением европейского аналитического обзора в настоящее время ведется работа по дальнейшему развитию концептуальной модели, которая была разработана для Комиссии по социальным детерминантам здоровья (1) в качестве методического инструмента, помогающего определить основные пути улучшения состояния здоровья населения, а также те стратегии и практические подходы, которые влияют на здоровье и которые можно скорректировать с целью уменьшения неравенства в этой области (Рис. 6).

Рис. 6. Социальные детерминанты здоровья



Эта концептуальная модель поможет странам углубить знания о характере и причинах неравенств в состоянии здоровья как между странами и обществами, так и в их рамках. Многие неравенства в отношении здоровья, наблюдаемые между странами, обусловлены социальными детерминантами здоровья, характерными для этих стран. Таким образом, можно утверждать, что страна, в которой не удовлетворяются человеческие потребности больших групп населения, будет иметь низкие показатели здоровья. В то же время следует помнить, что социальные детерминанты здоровья в отдельных странах подвергаются внешним воздействиям, связанным, например, с политическими и экономическими договоренностями, с торговлей и с международными отношениями. Некоторые элементы модели на рис. 6 (особенно более отдаленные воздействия) играют особенно важную роль в вопросах несправедливых неравенств в отношении здоровья между странами.

В этой модели приводится краткая информация о так называемых "первопричинах" плохого здоровья. В последние десятилетия многие меры общественного здравоохранения были сконцентрированы на ближайших причинах плохого состояния здоровья. Применительно к хроническим заболеваниям к ним относятся такие аспекты образа жизни, как курение, рацион питания, употребление алкоголя и степень физической активности. Как было указано Комиссией по социальным детерминантам здоровья (1) в широком смысле в основе этих первопричин лежат социальные, правовые и политические условия, в которых живут люди. На рис. 6 эти первопричины показаны в виде схемы. Для простоты на рисунке не показаны все возможные связи и петли обратной связи. Эти первопричины уходят своими корнями в общества, в которых отдельные лица, семьи и группы проживают и развиваются и которые могут различаться по своим структурам, механизмам управления, а также сложившимся нормам и ценностям. Такие характеристики обществ находятся под влиянием макроэкономических и других глобальных сил, которые действуют за пределами той или иной страны и

относятся к торговле, международной помощи, международным соглашениям и экологическим факторам, включая изменение климата.

Вышеуказанные социальные факторы и макропроцессы во многом определяют то, какие именно вредные или полезные для здоровья условия жизни влияют на людей на протяжении всей жизни, включая период внутриутробного развития и раннего детства, годы получения образования и участия в репродуктивных и трудовых отношениях, а также старший и преклонный возраст. Определенное влияние на людей также оказывают отношения между поколениями, которые, в частности, зависят от условий жизни матери и отца в период до зачатия ребенка. Различные факторы, влияющие на человека на каждом этапе жизни, могут помочь предотвратить или уменьшить вредные воздействия или более успешно противостоять им. Ряд факторов влияет на людей и их здоровье на протяжении всей жизни. Такие факторы можно классифицировать следующим образом:

- признаки, характеризующие каждого человека: возраст, пол, рост, масса тела, место рождения, а также условия жизни родителей в пренатальный период и в течение детства, включая уровень их доходов и образования и характер их занятости;
- идентичности и роли, которые общества и социальные институты приписывают людям в сферах жизни, относящихся к гендерным нормам и гендерным отношениям, сексуальности, этнической и национальной принадлежности и инвалидности;
- материальные и психосоциальные условия жизни – как те, которые люди имели с детства (например, социальные условия и материальное благосостояние и другие активы, передающиеся из поколения в поколение), так и те, которые они создали в течение своей жизни, (например, гарантированный доступ к пище и воде надлежащего качества, безопасность и наличие качественного жилья и т.д.);
- конкретные опасности, которым подвергаются люди во внутриутробном и последующих периодах жизни, в том числе риски, связанные с воздействием физических, химических и биологических веществ.

То, как другие люди воспринимают те или иные идентичности, часто приводит к таким проблемам, как уязвимость, социальная изоляция и дискриминация, которые испытывают такие, например, этнические группы, как цыгане. Отношения к идентичностям и социальным ролям людей, обусловленным половой принадлежностью и уровнем образования, в свою очередь взаимодействуют с биологическими характеристиками этих людей. Все вышеуказанное имеет ключевое значение для репродуктивного и сексуального здоровья, которое в значительной степени зависит от социальных условий. Некоторые причины различий в состоянии здоровья этих групп с различными идентичностями являются социально-экономическими. В этой связи важно понять, как именно половые (т.е. биологические) различия и гендерные (т.е. социальные) детерминанты здоровья соотносятся с различными тенденциями в состоянии здоровья мужчин и женщин.

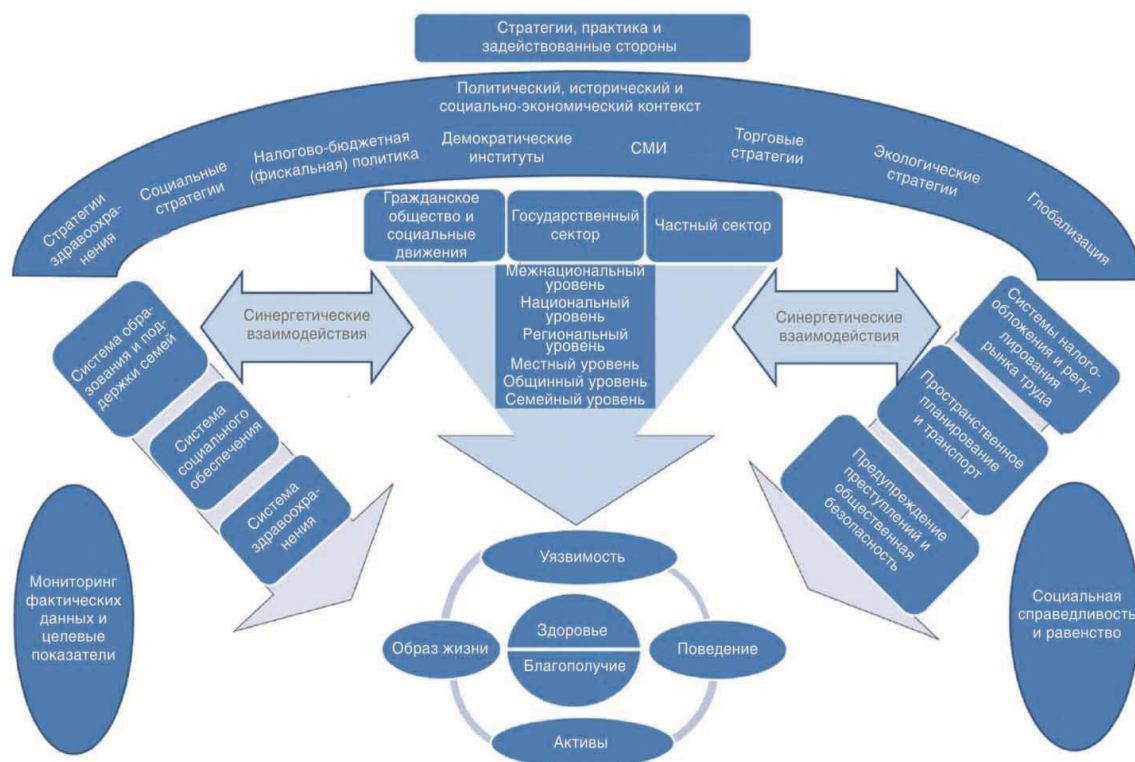
Такая схема причин и следствий поможет лучше понять характер взаимодействий между факторами, определяющими степень подверженности рискам, и факторами, определяющими степень уязвимости или напротив устойчивости людей, групп и общин при возникновении опасных ситуаций. С течением времени последствия этих взаимодействий накапливаются, приводя к формированию не только различных психосоциальных моделей поведения, но и различных социальных условий жизни семей, общин и социальных групп. Применительно к отдельному человеку это означает формирование различных уровней возможностей, умения контролировать ситуацию, подверженности стрессам и индивидуальной устойчивости к негативным воздействиям, а на уровне общин это означает формирование различных уровней социальной

сплоченности, социального капитала, интеграции и общей устойчивости к негативным воздействиям.

Накопление положительных и отрицательных влияний – это непрерывный процесс. Он приводит к формированию факторов, которые самым непосредственным образом влияют на здоровье и благополучие каждого человека, характеризуют отдельных людей и общины в любой момент времени, а также влияют на образ жизни и нормы поведения, которые люди принимают и которые распространены в общинах, в которых они живут. Причинно-следственные связи, проводящие к уязвимости и воздействию вредных факторов и предрасполагающие людей к нездоровому поведению и ухудшению здоровья, не распределяются равномерно. Все это приводит к несправедливости в отношении здоровья населения Европейского региона, которая отражается в различиях в состоянии здоровья между странами и в социальном градиенте здоровья между людьми, общинами и районами внутри стран.

Как описано выше, неравное распределение детерминант здоровья связано с политикой и историей стран и регионов, социально-экономической стратификацией общества и неравномерным распределением власти, престижа, денег и ресурсов внутри и между странами. Социальные институты могут играть роль в формировании такого неравного распределения путем дискриминации между людьми, группами и общинами в распределении жизненных возможностей, например, относящихся к образованию, трудоустройству и профессиональному и карьерному росту людей и зависящих от их индивидуальных характеристик, социальной идентичности и материального благосостояния. Это имеет важное влияние для последующего неравномерного накопления относительных социальных и экономических благ. Степень, в которой неравенства могут быть предотвращены в рамках общества или общины, зависит от уровня их устройства с точки зрения справедливости, которую можно охарактеризовать как коллективное восприятие таких понятий, как социальная справедливость, права человека и равенство. С концептуальной точки зрения в основе этого подхода лежит важный принцип расширения материальных, психологических и политических прав и возможностей всех членов общества. Наличие материальных ресурсов для обеспечения достойной жизни, чувство контроля над своей жизнью и наличие возможности принимать участие в политической жизни и в выработке важных решений – это необходимые предпосылки хорошего здоровья. Эти два противоречивые влияния – несправедливость, с одной стороны, и равенство и социальная справедливость, с другой – показаны на рис. 6 как противостоящие силы.

Рис. 7. Стратегии и практика



Политическая и историческая ситуация, стратегии и практическая деятельность, а также культурные и социальные нормы общества и правительства на всех уровнях различаются в разных странах и определяют условия, в которых функционируют социальные детерминанты. Стратегии, практика и нормы могут быть изменены и если делать это правильно, то такие изменения могут привести к сокращению неравенства в отношении здоровья и улучшению здоровья всех жителей страны, равно как и к большей социальной сплоченности и повышению уровня благополучия. В противном случае происходящие изменения могут привести к расширению неравенства и снижению уровня здоровья и благополучия населения. Причинные воздействия, формирующие здоровье каждого отдельного человека, являются сложными и длительными. Для успешной борьбы с несправедливостью в отношении здоровья необходимо участие всех государственных структур и низовых социальных движений, а также всех слоев общества. Кумулятивный эффект целенаправленных вмешательств в рамках всего общества приводит к кумулятивному снижению неравенства в отношении здоровья и к улучшению общего состояния здоровья населения в каждой стране.

Процессы и системы, которые должны быть согласованы, показаны на рис. 7. Напряженность между этими системами настолько высокая, что согласование соответствующих стратегий, процессов и движений в целях улучшения состояния здоровья является довольно трудной задачей. С организационной точки зрения, работа в этом направлении является очень сложной как в плане взаимодействия различных систем, как это показано на рис. 7, так и в плане взаимодействия различных уровней управления и практической деятельности - от транснациональных структур до местных общественных организаций. Кроме того, предпринимаемые в этой области усилия часто не отвечают общим интересам всех заинтересованных сторон. Так, например, независимо от других результатов, обеспечиваемых за счет совершенствования системы образования, более высокий общий образовательный уровень населения увеличивает конкуренцию за

рабочие места среднего и высокого уровня. Стратегии развития экономики и стратегии противодействия изменению климата могут противоречить друг другу. Участники обзора проанализируют различные способы эффективного взаимодействия всех систем и структур и выработают соответствующие рекомендации.

Как указано выше, процессы и стратегии, которые влияют на здоровье отдельных лиц, включают не только те, которые относятся непосредственно к здравоохранению, но и социальные, фискальные (налогово-бюджетные), торговые и экологические стратегии, а также процессы глобализации. На каждом уровне управления и практической деятельности вышеуказанные стратегии осуществляются в рамках систем, занимающихся вопросами образования, семьи, социального обеспечения, здравоохранения, налогообложения, трудового рынка, пространственного планирования, транспорта, борьбы с преступностью и общественной безопасности. Принятые стратегии должны реализовываться на всех уровнях как в рамках формальных государственных секторов, так и через общественные движения. Участие в этих стратегиях должны принимать как отдельные граждане, семьи и общины, так и соответствующие местные, региональные, национальные и международные учреждения. В деятельности на всех этих уровнях также должны принимать участие гражданское общество, общественные движения и частный сектор. Как указывалось ранее, в идеале любые действия должны осуществляться скоординировано, а не изолированно друг от друга.

Кроме того, необходимо обеспечить сотрудничество государственных и общественных систем и учреждений, отвечающих за реализацию стратегий и практических мероприятий. Местные сообщества, общественные организации и учреждения, затрагиваемые этими изменениями, также должны принимать участие в процессах изменения, которые должны осуществляться с максимальным вовлечением самих затрагиваемых граждан и сообществ, а не привноситься извне.

Деятельность других секторов, направленная на достижение своих собственных целей, например, в области образования, социального обеспечения и окружающей среды, часто влияет как на социальные детерминанты здоровья, так и на справедливость в отношении здоровья. Там, где их стратегии могут быть скоординированы, имеется возможность достижения синергии и целого ряда положительных результатов. Так, например, благодаря этому могут быть усилены стратегии и мероприятия как других министерств и ведомств, так и системы здравоохранения. Усилия, направленные на смягчение климатических изменений и сохранение природных ресурсов, также могут повлиять на здоровье. Примерами таких усилий могут послужить: содействие активным видам передвижения, создание большего количества открытых пространств и зеленых зон и более эффективная теплоизоляция жилых домов. Там, где это возможно, программы и стратегии в области окружающей среды и здравоохранения должны быть скоординированы. Аналогичным образом снижение уровня безработицы путем предоставления рабочих мест с хорошими условиями труда будет иметь многочисленные преимущества, включая уменьшение неравенства в отношении здоровья, улучшение социальной интеграции и сплоченности и сокращение бедности. Однако, такая деятельность может быть связана с серьезными проблемами в случаях, когда рабочих мест не хватает или когда они имеются только в предприятиях малого бизнеса. Кроме того, как указывалось ранее, процесс согласования стратегий является сложным, а между стратегиями и организациями, ответственными за их разработку и реализацию, часто возникают напряженные отношения. Тем не менее, содействие справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях – это главное условие улучшения ситуации в данной области.

При применении этих подходов, необходимо предпринять ряд предварительных шагов, используя при рассмотрении потребностей в реализации стратегий два методических

инструмента. Во-первых, метод оценки справедливости позволит гарантировать, что стратегии, в принципе, приводят к повышению справедливости в отношении здоровья и к улучшению его детерминант. Во-вторых, метод применения фактических данных облегчает понимание характера и масштабов социального градиента и позволяет отслеживать, измерять и интерпретировать любое снижение этого градиента и любого прогресса в достижении поставленных целей. Такой акцент на постоянный мониторинг фактических данных также позволяет в любое время скорректировать реализуемые стратегии для повышения их эффективности. Он также позволяет осуществлять аудит и оценку стратегий с точки зрения обеспечения справедливости в рамках всех стратегий, а также оценивать разрыв между нынешним и идеальным уровнем справедливости в отношении здоровья.

## **2.5 Применение концептуальной модели для анализа тенденций, наблюдаемых в Европейском регионе ВОЗ**

Экономические преобразования в странах Восточной Европы были связаны с рядом факторов, которые могут расширить несправедливость в отношении здоровья, и ухудшают общее состояние здоровья населения (21-23), а именно:

- первоначальное снижение валового внутреннего продукта (ВВП) до 50-85% от уровня 1989 г., что повлияло на 400 миллионов человек; показатели ВВП с трудом поднялись до прежних уровней только к 1999 г.;
- рост уровней бедности и неравенства, которые и сегодня остаются высокими;
- увеличение масштабов алкоголизма, курения и наркомании;
- перебои в работе систем общего медицинского обслуживания и педиатрической помощи;
- повышение безработицы от уровней близких к нулю до двузначных цифр;
- нарушение гарантий поддержания адекватных условий жизни.

Эти факторы лежат в основе ряда связанных с этой концептуальной моделью объяснений быстрых изменений уровней смертности и других показателей здоровья, которые сопровождалось быстрым ростом социального неравенства в отношении здоровья во многих странах Европейского региона (24). В этой связи наиболее часто обсуждаются такие факторы поведения в отношении здоровья, как курение, потребление алкоголя и типичный рацион питания, а также социально-экономические и психологические факторы. Обе эти группы факторов согласуются с тем фактом, что большая часть различий в смертности между восточной, центральной и западной частями Европейского региона, а также между низшей и высшей социально-экономическими группами внутри стран объясняется главным образом такими причинами, как сердечно-сосудистые заболевания, травмы и насилие. По всей вероятности, поведение в отношении здоровья и социально-экономические и психологические факторы являются одной из важных составляющих обеих этих причин смерти.

Нижеследующее обсуждение иллюстрирует важность отдаленных воздействий, таких как образ жизни, на тенденции ухудшения состояния здоровья населения. Измерение величины этих воздействий способствует пониманию таких тенденций. Подход, которым участники обзора пользуются в соответствии с вышеописанной концептуальной моделью, заключается в том, чтобы рассматривать эти связанные с образом жизни причины неравенства в отношении здоровья как первопричины или "причины причин". Это особенно важно при рассмотрении стратегий устранения таких причин. Принцип учета социальных детерминант здоровья имеет важное значение в реализации мер,



направленных на устранение основных причин несправедливости в отношении здоровья внутри и между странами.

Несчастные случаи, травмы и насилие могут играть важную роль в странах с развивающейся экономикой и в странах, переживших переходный период, связанный с дерегулированием экономики, особенно если в результате этого были ослаблены законы, относящиеся к безопасности и охране здоровья. Например, в Литве зарегистрирован один из самых высоких уровней валового национального дохода на душу населения в Центральной и Восточной Европе и СНГ. В 2005 г. она занимала четвертое место среди этих стран. Однако, несмотря на снижение показателей смертности, граждане Литвы по-прежнему подвергаются высокому риску смерти от внешних причин - без учета летальных исходов, связанных с воздействием дыма, огня и пламени (9); в последние годы Литва занимает в Европейском регионе ВОЗ первое место по смертности от дорожно-транспортных происшествий, второе место по смертности от всех несчастных случаев на транспорте и третье место по смертности от случайного утопления. Насилие также остается одной из основных причин смертности в этой стране.

В течение ряда лет курение, высокий уровень потребления алкоголя и неправильное питание были широко распространенными явлениями в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ. По результатам косвенной оценки, проведенной в 1990 г., около 30% всех смертей среди мужчин и около 4% всех смертей среди женщин в России были связаны с табаком. Среди мужчин и женщин в возрасте 35-69 лет эти показатели составили соответственно 42% и 7% (25). Учитывая отсутствие какого-либо снижения уровней курения среди мужчин и их увеличение среди женщин (26), удельный вес курения как причины смертности среди женщин в странах СНГ, по-видимому, возрастет еще больше. Что касается распространенности курения среди различных групп населения Центральной и Восточной Европы, то здесь наблюдается обратный социальный градиент (более высокая распространенность курения имеет место среди людей с более низким социальным статусом), который наиболее выражен среди мужчин (26-28). Это, вероятно, является одной из причин социального градиента в отношении здоровья (29, 30). Среди женщин роль курения является менее последовательной и выраженной, а степень вклада курения в неравенство в отношении здоровья, вероятно, зависит от того на каком этапе эпидемиологического перехода (т.е. изменения структуры заболеваемости и смертности в сторону повышения хронической патологии) находится та или иная страна.

Аналогичным образом потребление алкоголя было связано с высокой смертностью в Центральной и Восточной Европе и СНГ (31, 32). Кроме того, злоупотребление алкоголем, особенно среди мужчин, по-видимому, внесло существенный вклад в колебания смертности, имевшие место в период экономических преобразований в этих странах (33, 34). Тем не менее, характер социального распределения уровней потребления алкоголя в странах Центральной и Восточной Европы и в странах СНГ ((35-37) – равно как и во многих странах западной части Европейского региона (38) – не является последовательным. Потребление алкоголя является одной из причин социального градиента смертности среди мужчин в Финляндии и Швеции (39, 40), но его роль в других странах еще предстоит уточнить. Так, например, такие показатели, как частота употребления большого количества алкоголя за короткий период времени и общий объем потребления алкоголя за год, различаются как внутри стран, так и между ними и поэтому уровни здоровья также могут различаться. Кроме того, алкоголь вносит значительный вклад в гендерные различия. Употребление алкоголя является, в частности, одной из важных причин гендерных различий в продолжительности жизни во многих странах, особенно в восточной части Европейского региона. Уровень употребления алкоголя также во многом определяет характер сексуального поведения мужчин и женщин (41) и семейного и сексуального насилия в отношении женщин (42).

Высокие показатели ожирения были распространенным явлением в Центральной и Восточной Европе и СНГ – особенно среди женщин (43). Как и в случае других видов поведения, связь между социальным статусом и ожирением зависит от того, на каком этапе изменений в структуре питания находится то или иное общество (44). Так, например, первоначально ожирение наиболее распространено среди богатых и образованных людей, потому что они первыми принимают новый образ жизни, начинают использовать новые технологии и могут позволить себе перейти на более дорогой рацион питания с высоким содержанием животного жира. Однако, как это наблюдается в странах с высоким уровнем доходов – и в последнее время во многих странах со средним уровнем доходов – социальный градиент распространенности ожирения изменяется в связи с ростом доступности высококалорийных, но бедных питательными веществами продуктов и со временем ожирение начинает ассоциироваться с бедностью и низким социальным статусом (45, 46). Такой сдвиг произошел в Западной Европе, в Центральной и Восточной Европе и в СНГ. В 1980-х и в начале 1990-х годов образовательный градиент распространенности ожирения среди мужчин в странах Центральной и Восточной Европе был аналогичен таковому в странах с низкими доходами (43). Однако к середине 2000-х годов этот градиент среди мужчин в Центральной и Восточной Европе стал таким же, как и в странах с высокими доходами, а среди мужчин в странах СНГ, по-видимому, не наблюдается четкого образовательного градиента распространенности ожирения (47). Учитывая зависимость, которая существует между степенью и направленностью социальных градиентов распространенности курения, ожирения и неправильного питания, а также этап эпидемиологического перехода, на котором находится каждая конкретная страна, влияние образа здоровья на степень несправедливости в отношении здоровья в любой период времени будет, вероятно, отличаться от страны к стране.

Как указывалось ранее, большое количество фактических данных также указывает на то, что социально-экономические факторы влияют на долгосрочные и краткосрочные тенденции смертности в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ (47-52). В отдельных странах и в западной, и в восточной частях Европейского региона социально-экономический статус граждан тесно связан с такими психосоциальными факторами, как воспринимаемый контроль над обстоятельствами, депрессия, стресс на работе, низкое доверие и отсутствие социальных сетей. В ряде перспективных исследований (31, 53-56) была показана связь между многими из этих факторов и смертностью и другими последствиями для здоровья и поэтому психосоциальные воздействия являются вероятным медиатором связи между социально-экономическим неблагополучием и нездоровьем. Однако число исследований, посвященных этому вопросу в Центральной и Восточной Европе и странах СНГ, является относительно небольшим, и для проведения надежной количественной оценки роли психосоциальных факторов в этих странах нужны дополнительные исследования.

Третья группа наиболее часто предлагаемых объяснений этих тенденций относится к системе здравоохранения, анализ роли которой связан со значительными трудностями. Например, большинство исследований опираются на классификацию причин смерти на две группы: те, которые считаются предотвратимыми при оказании адекватной медицинской помощи, и те, которые не могут быть предотвращены (57). Авторы ряда исследований предполагают, что степень доступа к эффективным медицинским услугам – это одна из причин таких явлений, как высокий уровень долгосрочной смертности в СНГ (58), особенно от ишемической болезни сердца (11,59); снижение смертности в Чехии после 1990 г. (60); и краткосрочные колебания смертности в Российской Федерации (61). В Центральной и Восточной Европе наблюдалась тенденция к увеличению неравенства в доступности медицинской помощи (62, 63) вследствие таких факторов, как используемые модели медицинского обслуживания, приемлемость медицинских услуг и их физическая и экономическая доступность, а также механизмы финансирования здравоохранения.

Ввиду того, что неравенства в доступности медицинской помощи в странах с высоким уровнем доходов были связаны с несправедливостью в отношении здоровья (64, 65), они также могут быть одной из причин неравенств в отношении здоровья внутри стран Центральной и Восточной Европы и стран СНГ. Различия в доступе к службам охраны материнства, включая дородовую помощь, наблюдающиеся во многих странах Европейского региона (42), оказывают огромное влияние на здоровье грудных детей и матерей и на раннее развитие ребенка.

Этот анализ иллюстрирует важность использования концептуальной модели, приведенной на рис. 6, при анализе динамики показателей, характеризующих глубокие различия в состоянии здоровья населения и несправедливость в отношении здоровья, которые наблюдаются в Европейском регионе. Состояние здоровья людей и социальные детерминанты здоровья внутри и между странами Европейского региона существенно различаются. Как было показано, эти различия взаимосвязаны с точки зрения временных тенденций, пространственного распределения и причинно-следственных связей. Соответствующие причинные факторы могут воздействовать как на все население, например, в период экономических преобразований в Центральной и Восточной Европе, так и на определенные социально-экономические группы или население отдельных географических районов. Они могут воздействовать как непосредственно на здоровье людей, так и опосредованно, например, через связанное со здоровьем поведение. Более того, на данный момент значительный объем фактических данных показывает, что социальные детерминанты воздействуют на здоровье на протяжении всей жизни, начиная с дородового периода, и что они имеют кумулятивный эффект. Таким образом, мы имеем дело с градуированной взаимосвязью социальных факторов, экономического положения и состояния здоровья населения как внутри, так и между странами. Отсюда следует, что величина и направление этих градиентов в решающей степени зависят от очень разнообразного опыта групп населения, в которых производится оценка состояния здоровья.

Из этого также следует, что при разработке стратегии уменьшения неравенств в отношении здоровья необходимо основываться на рассматриваемой здесь концептуальной модели и на подходе, ориентированном на все этапы жизни человека, а также четко определить то влияние, которое различные факторы, такие как пол, этническая принадлежность и инвалидность, оказывают на состояние здоровья людей.

## **3. Европейский обзор социальных детерминант здоровья и различий в состоянии здоровья населения**

### **3.1 Структура обзора и методологический подход**

Главная задача обзора – разработать стратегии действий, основанные на самых лучших и самых последних фактических данных. Для выполнения этой задачи 13 целевых групп оказывают информационную поддержку авторам обзора, прилагая все усилия для расширения существующих знаний и формулируя эффективные стратегии действий в ключевых областях, связанных со здоровьем. Каждая из восьми тематических целевых групп рассматривает одну или несколько из ключевых социальных детерминант здоровья населения Европейского региона и/или один или несколько из ключевых этапов жизни. Помимо этого, еще пять комплексных целевых групп занимаются вопросами, которые рассматриваются несколькими тематическими группами. Приложение 3 содержит более подробную информацию о целях и задачах каждой целевой группы. Методы их работы варьируются в зависимости от рассматриваемых вопросов. В состав участников каждой из этих групп входит председатель или два сопредседателя и ряд независимых членов, которые являются экспертами в вопросах, рассматриваемых группой.

### **3.2 Целевые группы**

В круг ведения восьми тематических целевых групп (ТЦГ) входит следующее:

1. раннее детство, образование и семья;
2. занятость и условия труда, в том числе вопросы, относящиеся к профессиональной принадлежности, безработице и трудящимся-мигрантам;
3. неблагоприятные условия жизни, социальное отчуждение и уязвимость;
4. ВВП, налогообложение, доходы и благосостояние;
5. устойчивость и сообщества;
6. профилактика и лечение болезней;
7. гендерные вопросы;
8. люди старшего возраста.

В круг ведения пяти комплексных целевых групп (КЦГ) входит следующее:

1. экономика;
2. системы стратегического управления и реализации;
3. глобальные факторы;
4. справедливость, равенство и права человека;
5. методы измерения и целевые показатели.

### **3.3 Деятельность**

Задача вышеуказанных групп и секретариата, оказывающего поддержку участникам обзора, заключается в том, чтобы на основе имеющихся фактических данных разработать четкие практические рекомендации по снижению неравенств в отношении здоровья, имеющихся в Европейском регионе. Эти рекомендации, варьирующиеся от самых общих и всеобъемлющих до более локальных и конкретных, охватывают политику во всех областях, относящихся к кругу ведения целевых групп, включая системы здравоохранения, методы измерения и способы стратегического управления.

В дополнение к работе целевых групп по сбору данных и разработке практических рекомендаций секретариат будет вести дополнительную работу, осуществляя поиск соответствующих практических примеров и подвергая их критической оценке.

#### **3.3.1 Перспективные практические методы и опыт стран**

Опыт стран и примеры перспективных практических подходов используются авторами обзора для иллюстрации основных стратегий и действий по уменьшению неравенств в отношении здоровья населения. Поэтому в заключительный доклад будет включен ряд примеров практических мер, принимаемых на местном, национальном и общеевропейском уровнях.

#### **3.3.2 Консультации**

На основе данного доклада и предварительных докладов целевых групп разрабатывается консультативный документ, который будет не только стимулировать обсуждение вопросов, относящихся к социальным детерминантам здоровья и к уменьшению несправедливости в отношении здоровья внутри и между странами Европейского региона, но и будет способствовать дальнейшему укреплению политической поддержки, стратегических союзов, а также уделению должного внимания социальным детерминантам здоровья в работе всех государственных и партнерских организаций. Этот процесс будет также связан с процессом консультирования по новой политике здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Благодаря такому консультированию и диалогу авторы обзора смогут учесть все разнообразие мнений и перспектив стран, что позволит повысить его актуальность с точки зрения улучшения здоровья всех групп населения в Европейском регионе. Кроме того, этот процесс должен непосредственно увеличить поддержку мерам по улучшению социальных детерминант здоровья и повышению справедливости в отношении здоровья на национальном и местном уровнях, а также способствовать апробации стратегий, разработанных в ходе обзора.

Целевые группы представят свои заключительные доклады в сентябре-декабре 2011 г., а затем - после консультирования с заинтересованными сторонами - будет подготовлен заключительный доклад по обзору, предназначенный для рассмотрения на шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2012 г.

#### **3.3.3 Неравенства в отношении здоровья: анализ будущих тенденций**

В заключительной части обзора будут рассмотрены вероятные будущие тенденции в неравенствах в отношении здоровья. Это будет сделано на основе имеющихся данных и с учетом соответствующих факторов, таких, например, как экономический спад и связанное с ним сокращение государственных расходов, а также иных факторов, способных повлиять на политику и стратегии на национальном и международном уровне и, следовательно, на социальные детерминанты здоровья. Демографическая статистика во

многих странах Европейского региона указывает на старение населения, и эта тенденция будет, по-видимому, продолжаться. При выработке рекомендаций следует учитывать как вышеуказанный факт, так и последствия изменения климата и необходимость мер по сокращению выбросов углекислого газа.

В этом разделе дается краткое описание ряда важнейших путей сокращения неравенств в отношении здоровья во всем Европейском регионе, а также основных факторов, препятствующих прогрессу в этой области. Последующая работа участников обзора, в том числе в рамках целевых групп и консультаций, будет основываться на этом первоначальном анализе и на имеющихся фактических данных и будет направлена на выработку эффективных способов создания и максимального использования необходимого потенциала и преодоления любых препятствий.

## **4. Темы, возникающие в процессе работы**

### **4.1 Новые размышления на эти темы**

В данном разделе рассматривается ряд тем, вытекающих из анализа, изложенного в предыдущих разделах, и работы целевых групп по выявлению всеобъемлющих и конкретных тем (таких, как обеспечение общеправительственного подхода и роль международных организаций и донорских учреждений). Там, где возможно, дается описание тем, возникших в ходе работы целевых групп. В разделе анализируется то, что может быть сделано для снижения финансовых и человеческих затрат (включая стоимость бездействия), связанных с несправедливостью в отношении здоровья во всем Европейском регионе, и предлагаются потенциальные методы оценки для разработки соответствующих мер с учетом всех затрат. В нем также изложены некоторые задачи и вызовы, связанные с различными аспектами несправедливости в отношении здоровья в странах с низким, средним и высоким уровнем доходов, и разъясняются пути их решения, предлагаемые участниками обзора.

### **4.2 Основные темы и вопросы**

Рекомендации обзора, скорее всего, будут основываться на результатах изучения нижеследующих тем и вопросов, которые были выявлены целевыми группами в ходе предварительного анализа имеющихся фактических данных.

#### **4.2.1 Основные понятия**

##### ***4.2.1.1 Суть предлагаемой концептуальной модели – это анализ позитивных и негативных факторов, связанных с социальными детерминантами здоровья***

Как описано в разделе 2.4, причинные факторы, обусловленные социальными детерминантами здоровья, могут подвергать отдельных граждан и социальные группы риску ухудшения здоровья. И наоборот, ряд других факторов способствуют повышению уровня возможностей, контроля над обстоятельствами и устойчивости отдельных лиц и общин, что позволяет им принимать активные меры для улучшения своего собственного здоровья и благополучия, как непосредственно, так и опосредованно, например, через оздоровление образа жизни.

##### ***4.2.1.2 Социальная интеграция и сплоченность связаны с социальными детерминантами здоровья и несправедливостью в отношении здоровья***

Степень социальной интеграции и сплоченности зависит от тех же социальных детерминант, что и здоровье, и поэтому они также могут играть роль социальных детерминант здоровья. Отсюда следует, что неравенства в социальных детерминантах здоровья тесно связаны с различными уровнями интеграции и сплоченности в Европейском регионе. Благодаря этому выводу легче соотносить рекомендации обзора с работой по решению более широких проблем, стоящих перед Регионом. Например, высокая безработица и неустойчивая занятость, ведущие к росту социальной незащищенности, общественных волнений, нетерпимости и расизма, вредны для здоровья, что указывает на дополнительную политическую значимость и актуальность работы по улучшению многих социальных детерминант здоровья. Все вышесказанное может быть полезным для министров здравоохранения, когда в рамках правительства они разъясняют важность работы в этом направлении, и для ЕС, ВОЗ и Организации Объединенных Наций, когда они согласовывают свои повестки дня.

#### **4.2.1.3 Уязвимость, несправедливость и стремительные социальные и экономические изменения – явления взаимосвязанные**

Уязвимость – это не врожденная характеристика людей, а продукт обстоятельств, в которых они рождаются, живут и работают. Особенно неблагоприятные сочетания обстоятельств могут оказать негативный эффект на всех людей, кроме лиц с самой высокой степенью устойчивости. Среди малоимущих групп населения это всегда приводило и приводит к повышению риска целого ряда негативных воздействий на их социальное благополучие и здоровье. Однако в периоды радикальных социальных, политических и технологических перемен общее воздействие неблагоприятных обстоятельств может привести к быстрому увеличению уязвимости многих других людей, которые ранее, возможно, жили в относительно благополучных и безопасных условиях. Ниже приведены примеры негативных факторов, которые сейчас становятся все более распространенными.

- Неустойчивый характер многих видов занятости, включая сезонные работы, работу по временным контрактам и неформальные или незаконные виды деятельности.
- Неустойчивые виды занятости, которые появляются в условиях, характеризующихся дерегулированием и либерализацией рынка труда, реализацией новых экономических стратегий и ростом глобальной конкуренции. Существуют различные виды такой занятости, в том числе субподряд, маргинальные формы индивидуальной трудовой деятельности, фрилансерство и другие подобные типы временных контрактов.
- Процессы организационного сокращения и реструктуризации часто приводят к нестабильности рабочих мест и появлению чувства трудовой незащищенности.
- Чувство трудовой незащищенности усиливается, когда эти негарантированные виды занятости связаны с частыми периодами краткосрочной безработицы или с периодом длительной безработицы. Отсутствие адекватных и соответствующих форм социального обеспечения усугубляет последствия безработицы.
- Нелегальная миграция приводит к формированию чувства незащищенности, особенно когда она связана с экономическими лишениями, нарушениями прав человека или социальными волнениями.
- Статус беженца также может быть связан с формированием чувства незащищенности, особенно когда отношение к беженцам в принимающей стране можно охарактеризовать как смешанное или в основном враждебное.
- Люди и группы людей становятся незащищенными и уязвимыми, когда они становятся жертвами негативных и/или стигматизирующих отношений, которые могут быстро изменяться и усиливаться в период экономической нестабильности. Например, в результате быстрого усиления негативных отношений к цыганам возросла их уязвимость с точки зрения социального отчуждения. В свою очередь это привело к уменьшению их возможностей в плане трудоустройства, доступа к службам здравоохранения и образования и проживания в некоторых географических районах.
- Увеличение скорости и сложности процессов формирования и распространения тех или иных отношений (частично, но не исключительно в результате технологических изменений и стремительной глобализации идей) может очень быстро увеличить степень уязвимости отдельных лиц и групп населения.
- Быстро меняющиеся возможности социального обеспечения населения ведут к увеличению незащищенности, что сопровождается меньшей степенью определенности в отношении возможностей и широты систем социальной поддержки. Такие быстрые изменения усугубляют растущую уязвимость групп



людей, нуждающихся в поддержке. Кроме того, в результате быстрых преобразований в системах социальной поддержки, по-видимому, повысятся уровни стрессов, тревожных расстройств и других проблем с психическим здоровьем.

В условиях быстрых преобразований становится труднее реализовывать меры по снижению уязвимости таких групп населения, как женщины, подвергающиеся насилию в семье. Кроме того, следует помнить о постоянных изменениях, касающихся как характера уязвимости, так и групп людей, которые становятся более или менее уязвимыми, а также о том, что и сами системы социальной поддержки быстро изменяются.

Эта тема безусловно связана с такой всеобъемлющей темой, как социальная сплоченность и интеграция.

#### *4.2.1.4 А Использование подхода, основанного на правах человека - это необходимое условие повышения справедливости в отношении здоровья*

Oldring & Jerbi (66) обсудили целый ряд вопросов, связанных с правами человека и здоровьем.

Сегодня все шире признаются связи, существующие между здоровьем и широким спектром прав человека, включая право на наивысший достижимый уровень здоровья. Общеизвестно, что стратегии, программы и практическая деятельность могут оказывать непосредственное влияние на реализацию прав человека, и что неуважительное отношение к этим правам может иметь серьезные последствия для здоровья. Защита прав человека признается в качестве основного средства защиты общественного здоровья.

Право на здоровье означает, что правительства должны обеспечивать условия, при которых каждый человек может быть максимально здоровым. Подход к охране здоровья, основанный на правах человека, важен не только для формирования целей и желаемых результатов, но и для организации деятельности, направленной на их достижение. При формировании политики здравоохранения следует руководствоваться международными стандартами прав человека и стремиться к развитию потенциала руководителей высшего звена, чтобы они могли успешно выполнять свои обязательства и обеспечивать всех людей средствами и возможностями эффективно отстаивать и реализовывать свои права. Ликвидация всех форм дискриминации лежит в основе подхода, который основан на правах человека и одной из основных составляющих которого является обеспечение гендерного равенства при осуществлении любых стратегий. На всех этапах разработки и реализации стратегий особое внимание нужно уделять таким стандартам и принципам в области прав человека, как участие, равенство, отсутствие дискриминации, прозрачность и подотчетность.

Принципы прав человека и действия по повышению справедливости в отношении здоровья должны усиливать друг друга. Право на здоровье дополняет концепцию справедливости в отношении здоровья, так как из признания этого права вытекает необходимость принятия мер, направленных на то, чтобы каждый человек мог в максимальной степени реализовать свой потенциал здоровья. Более того, такие принципы прав человека, как недискриминация и равенство, усиливают концептуальную основу справедливости в отношении здоровья для тех общественных групп, низкий уровень здоровья которых связан с более широкими аспектами уязвимости.

#### ***4.2.1.5 Взаимосвязь между уровнем благополучия и неравенствами в отношении здоровья***

Нужно обсудить взаимосвязь между благополучием и неравенствами в отношении здоровья, чтобы выяснить следует ли при разработке рекомендаций в рамках данного обзора уделять особое внимание вопросам благополучия. Некоторые группы с плохим состоянием здоровья оценивают свое благополучие как хорошее, что, в частности, связано с неоднородными ожиданиями относительно качества здоровья среди различных групп населения и обществ. Это свидетельствует о том, что в ряде случаев результаты самооценки благополучия трудно использовать в качестве надежных показателей – особенно для сравнения социальных классов и государств. В настоящее время ведется работа по разработке систематических показателей благополучия, которые могут помочь преодолеть эти трудности, по крайней мере частично. Авторы обзора проведут оценку этих показателей и с учетом ее результатов подготовят набор индикаторов и ряд целевых показателей, относящихся к неравенствам в состоянии здоровья.

#### ***4.2.1.6 Уменьшение социального градиента здоровья за счет как общих мер по сокращению неравенств в обществе, так и целенаправленных действий по сглаживанию социального градиента***

Центральное внимание в обзоре уделяется таким аспектам, как целенаправленное уменьшение несправедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья. Участники обзора, по-видимому, предложат объединить два ключевых подхода. Первый подход направлен на уменьшение социального неравенства в обществе и на создание условий для эффективных действий по сглаживанию социального градиента здоровья. Второй подход будет заключаться в проведении конкретных мероприятий, направленных на то, чтобы уровень здоровья всех граждан в максимальной степени соответствовал уровню, регистрируемому среди самых здоровых групп населения.

#### ***4.2.1.7 Дальнейшее развитие подхода пропорционального универсализма***

В связи с необходимостью оказания людям помощи в преодолении бедности, авторы продолжают развитие концепции пропорционального универсализма, которая гарантирует более оптимальный подход к разработке, внедрению и мониторингу мер, направленных на достижение цели сокращения неравенства.

#### ***4.2.1.8 Согласованные действия необходимы на протяжении всей жизни и во всех секторах, влияющих на социальные детерминанты здоровья***

Как показывает предлагаемая концептуальная модель, социальные детерминанты здоровья тесно взаимосвязаны и действуют на протяжении всей жизни и из поколения в поколение. Несправедливость в отношении здоровья не может быть уменьшена с помощью какого-либо одного инструмента или в течение короткого периода времени. Это требует согласованного воздействия на различные детерминанты на всех этапах жизни людей с помощью мер, принимаемых различными секторами и учреждениями в сотрудничестве с общинами. Как явствует из названия доклада Комиссии по социальным детерминантам здоровья (1), задача состоит в том, чтобы "ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения».

*4.2.1.9 Обеспечение гендерного равенства имеет большое значение для населения всех стран, так как от этого во многом зависят и риски, которым подвергаются мужчины и женщины на протяжении всей жизни, и возможности, которыми они располагают; в ряде стран Региона данный вопрос является особенно актуальным*

Гендерные нормы и отношения влияют как на подверженность рискам, так и на возможности для укрепления здоровья и женщин, и мужчин. Социальные ценности и отчетливо различающиеся гендерные идентичности, предназначенные для мужчин и женщин, могут приводить к дискриминации и отрицательно влиять на поведение. Таким образом, вопросы гендерного равенства влияют на другие детерминанты здоровья на протяжении всей жизни, а степень этого влияния может различаться от общества к обществу.

Действия в сфере гендерного неравенства должны приниматься во всех обществах, но наибольшая потребность в них имеется там, где связанные с этим различия в состоянии здоровья являются несправедливыми, предотвратимыми и могут быть устранены.

*4.2.1.10 Обзор посвящен социально-исключенным группам населения, но проблему социального отчуждения более целесообразно рассматривать как процесс, вместо постановки акцента на том, кто именно входит в эти группы, а кто нет*

Анализ социально-экономического неблагополучия, социального исключения и уязвимости как определенных процессов, а не как неблагоприятных ситуаций, в которых оказались определенные группы населения, позволит более эффективно выявлять ключевые характеристики действий со стороны государственных органов и других субъектов, которые могут оказать негативное или положительное влияние на эти процессы и, следовательно, увеличить или уменьшить несправедливость в отношении здоровья. Это должно позволить участникам обзора создать концептуальный механизм для выявления принципов эффективной деятельности по снижению социального отчуждения и любых связанных с этим несправедливостей в отношении здоровья.

*4.2.1.11 Анализ проблемы социального отчуждения как процесса может помочь облегчить поиск оптимальных путей решения проблемы социального градиента здоровья с учетом степени уязвимости конкретных групп населения*

В соответствии с определением, принятым сетью знаний по вопросам социального отчуждения, созданной Комиссией по социальным детерминантам здоровья (67), социальное отчуждение может рассматривать как комплекс динамических, многомерных процессов, в основе которых лежат взаимодействующие на всех уровнях неравноправные властные отношения в экономических, политических, социальных и культурных сферах. В результате этих процессов формируется континуум социальных взаимодействий, включая явления социального включения и исключения, приводящие к неравному доступу к ресурсам, возможностям и правам, а также к социальному градиенту в несправедливости в отношении здоровья.

## **4.2.2 Деятельность организаций и процессы управления**

### **4.2.2.1 В дополнение к традиционным мероприятиям, проводимым соответствующими организациями, огромное значение имеет активное сотрудничество с семьями и местными сообществами**

Согласно выводам многих целевых групп традиционные мероприятия, проводимые соответствующими организациями, не всегда являются достаточно успешными в случаях, когда местные сообщества не включаются в процессы их разработки, осуществления и оценки. Для улучшения ситуации в этой области нужны более творческие подходы к организации и проведению совместных вмешательств на уровне семьи и общины с должным анализом их обоснованности.

- Некоторые мероприятия, организованные и управляемые общинами, можно проиллюстрировать примерами из стран СНГ, в которых, в частности, при поддержке учреждений по оказанию помощи функционируют местные общественные группы.
- Любые стратегии и действия следует конкретизировать. Кроме того, необходимо провести анализ того, как можно расширить любые мероприятия, проводимые на уровне семей и общин.
- Имеющиеся фактические данные ясно показывают, что при проведении традиционных мероприятий недостаточное внимание уделялось позициям и мнениям населения, на которое они были направлены. Это не обязательно означает, что общины и добровольные группы должны заменить профессиональных работников и государственные службы и сами заниматься проведением соответствующих мероприятий, в том числе в сфере обслуживания. Однако они должны участвовать в их разработке и реализации - в партнерстве с профессиональными работниками и государственными службами. Вместе с соответствующими государственными и общественными органами они также должны принимать участие в мониторинге таких мероприятий и в их адаптации.
- Применительно ко многим традиционным организационным мероприятиям не имеется каких-либо фактических данных о том, что они не срабатывают, но не хватает убедительных данных об их эффективности. Мы также не располагаем какими-либо фактическими данными о последствиях замены традиционных государственных служб комплексом соответствующих мероприятий, проводимых на уровне общины. Такой подход может способствовать усилению социальной сплоченности и интеграции на местном уровне – в сравнении с обычными мероприятиями государственного сектора, но в тоже время он может подорвать сплоченность разных обществ. Это подчеркивает необходимость более тщательной оценки относительных достоинств обоих подходов.

### **4.2.2.2 Данный обзор позволит более четко определить те уровни, на которых должны осуществляться стратегические преобразования и практические действия**

Больше внимания следует уделять определению того, на каком уровне должны проводиться мероприятия – на уровне общины, на уровне родителей, семей, работодателей и работников или на уровне транснациональных и наднациональных организаций и неправительственных организаций.

#### ***4.2.2.3 Роль частного сектора имеет большое значение, но слишком часто ей не уделяется должного внимания и это является серьезной проблемой***

Ряд важных вопросов возникает в связи с маркетизацией общественных услуг, а также той ролью, которую частный сектор играет в предоставлении товаров и услуг, оказывающих положительное или негативное влияние на социальные детерминанты здоровья. Какие социальные и экономические издержки и выгоды связаны с увеличением этой роли, с дерегулированием в этой сфере и с другими рыночными механизмами? Там, где эта роль изменилась, привело ли это к расширению или уменьшению несправедливости в отношении здоровья и улучшению или ухудшению общего состояния здоровья? Если да, то какие именно процессы привели к такому воздействию на здоровье?

### **4.2.3 Стратегии и действия**

#### ***4.2.3.1 Некоторые стратегии и действия несомненно усугубляют несправедливость в отношении здоровья***

Авторы обзора должны не только проанализировать возможные методы уменьшения несправедливости в отношении здоровья, но и рассмотреть увеличивающийся объем фактических данных о том, какие стратегии усугубляют несправедливость в отношении здоровья и какие механизмы и меры не дают желаемых результатов. В частности, они должны рассмотреть как примеры отсутствия должного внимания к вопросам справедливости, так и примеры непредвиденного или неожиданного влияния осуществляемых стратегий на справедливость в отношении здоровья и на социальные детерминанты здоровья. Обзор должен включать анализ причин такого развития событий. Так, например, краткосрочные, маломасштабные стратегии, как правило, не дают желаемых результатов и они часто не основываются на наилучших имеющихся фактических данных, а проводятся ради краткосрочного политического выигрыша. Нынешняя финансовая ситуация в мире явно усугубляет неравенства в отношении здоровья и ограничивает возможности для их устранения. Ряд целевых групп анализируют потенциальные последствия этой ситуации как для здоровья населения, так и для стратегических рекомендаций, разрабатываемых в рамках обзора.

#### ***4.2.3.2 Будет проведена оценка того влияния на весь социальный градиент здоровья, которое оказывают различные стратегии***

Финансовые и социальные меры в этой области часто характеризуются узкой направленностью, ограниченностью во времени и ориентацией на отдельные группы населения, что уменьшает их потенциал в плане значительного изменения социального градиента. Например, при использовании концепции минимального социального обеспечения все внимание фокусируется на нижней части градиента без каких-либо попыток удовлетворения потребностей групп населения, представляющих среднюю часть градиента.

Эти подходы могут применяться в определенных обстоятельствах, но их эффективность, вероятно, будет ограничена и они могут просто замаскировать тот факт, что реализуемые стратегии сами являются одной из причин несправедливости в отношении здоровья. Это особенно наглядно, когда малоимущим группам населения предоставляются различные социальные услуги без принятия каких-либо конкретных мер по уменьшению бедности. Равным образом, очень мало изучено влияние большинства стратегических действий на различные части социального градиента – как с точки зрения их дифференцированного воздействия, так и с точки зрения их потенциального перераспределения.

#### ***4.2.3.3 Во всех странах Европейского региона следует определить меры и действия, наиболее подходящие для их конкретных условий***

Необходима дальнейшая работа, чтобы определить как в рамках обзора можно будет охватить очень различные ситуации, имеющие место в Европейском регионе. Целевые группы определили потенциально разные подходы и сейчас нужны дальнейшие обсуждения того, как это должно быть сделано. Один из согласованных подходов заключается в том, чтобы создать для восточной части Региона специальную сеть, члены которой рассмотрят ряд вопросов, которые не могут быть решены в рамках имеющихся целевых групп.

#### ***4.2.3.4 Следует разработать классификацию различных видов действий и стратегий, которые требуются для уменьшения несправедливых неравенств***

Для уменьшения несправедливости в отношении здоровья могут быть предприняты различные действия, в том числе в таких областях, как законодательство, регулирование, подписание соглашений заинтересованных сторон, изменение культурных норм, проведение конкретных мероприятий и программ, организационные изменения.

Уровни, на которые такие действия направлены или на которых они осуществляются, также изменяются, как это показано на рис. 7, и могут, например, включать правительственный или местный уровень, или уровень семьи и общины. Эта классификационная система нуждается в доработке, в частности, в том, что касается вопросов, относящихся к каждому уровню (семьи, общества, организации, правительства, международных отношений). При определении путей уменьшения несправедливости в отношении здоровья также необходимо использовать понятия логики и теории социальных изменений.

Определения, используемые для целей политики – такие, например, как социально-экономическое неблагополучие и социальное отчуждение – оказывают самое непосредственное влияние на разработку схемы проведения конкретных мероприятий. Это может изменить направленность таких мероприятий или ограничить их эффективность, так что в конечном итоге они будут менее успешными, чем можно было прогнозировать на основе теоретических умозаключений или результатов пилотных исследований. Тщательный анализ концепций, на которых базируются используемые определения, имеет большое значение в предотвращении такого риска. Данный вопрос нуждается в дополнительном изучении.

#### ***4.2.3.5 Любые действия по уменьшению неравенств в отношении здоровья следует предпринимать с учетом демографических особенностей населения***

Важно рассмотреть пути реализации мер, направленных на уменьшение уязвимости определенных демографических групп во всем Европейском регионе или в отдельных странах, например, в Российской Федерации, где в связи с кризисом здравоохранения эта проблема особенно актуальна. Необходимо признать, что принадлежность к определенной группе - например, на основе этнического, миграционного или гендерного статуса - не обязательно связана с преимуществами или недостатками, и что уязвимость конкретного человека часто зависит от конкретной ситуации и возрастает под влиянием других социальных детерминант.

При разработке и реализации стратегий необходимо учитывать особые потребности людей, связанные с их гендерной или этнической идентичностью, а также необходимость принятия мер по уменьшению несправедливости в отношении здоровья в случаях, когда она обусловлена теми или иными конкретными факторами. В последние 25-30 лет в

Европейском регионе изменилась ситуация в области воспроизводства населения. В частности, значительно уменьшилось количество детей, приходящихся на одну женщину. Существенные изменения также произошли в таких областях, как брак и партнерские отношения, структура семьи, права женщин и т.д. Это сказалось на показателях детской и материнской смертности и на состоянии здоровья населения в целом. В то же время следует помнить о том, что страны и социальные группы внутри стран находятся на совершенно разных стадиях этого переходного периода, что является одной из причин тех различий в степени несправедливости в отношении здоровья, которые сейчас наблюдаются в Европейском регионе как между странами, так и внутри них.

#### **4.2.4 Более широкие повестки дня**

##### **4.2.4.1 Влияние глобальных процессов и явлений**

Глобальные факторы, такие как экономический спад и миграционное давление, оказывают значительное влияние на социальные детерминанты здоровья в Европейском регионе. Феномен "секьюритизации" внешней политики, проявляющийся, в частности, в виде усиления мер по охране границ и защите экономических интересов – это хороший пример политики, которая имеет глобальные последствия, оказывающие влияние на справедливость в отношении здоровья в Европейском регионе.

Аналогичным образом, внешняя политика государств в Европейском регионе – особенно в таких областях, как торговля, развитие и оказание помощи – оказывает воздействие на другие страны мира, например, с точки зрения экономической и финансовой стабильности, управления миграцией, здравоохранения и обеспечения готовности к пандемии гриппа. Она оказывает как прямое влияние на справедливость в отношении здоровья в этих странах, так и косвенное (через механизмы обратной связи) влияние на здоровье населения и социальные детерминанты здоровья во всем Европейском регионе. Таким образом, усилия по повышению согласованности внешней политики стран Европейского региона и европейских транснациональных организаций, таких, как Европейская комиссия, Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе и Совет Европы, должны рассматриваться как один из важнейших приоритетов.

##### **4.2.4.2 Согласование повестки дня здравоохранения с повесткой дня по таким вопросам, как изменение климата и обеспечение экологической устойчивости**

Повестка дня по изменению климата и повестка дня по улучшению социальных детерминант здоровья связаны во многих отношениях. Очень важно найти общие причины неблагоприятных факторов и понять их различное воздействие на те или иные социальные группы, учитывая, что и разрушение окружающей среды и меры по защите природных ресурсов, включая меры по смягчению изменения климата, могут усугубить неравенства в отношении здоровья, в то время как другие меры, например, теплоизоляция домов, использование активных способов передвижения и создание зеленых зон, могут снизить их.

##### **4.2.4.3 Расширение прав и возможностей гражданского общества**

Гражданское общество играет важную роль в вышеуказанных и других подобных процессах. Так, например, в ходе фундаментальных преобразований, имевших место в странах восточной части Европейского региона, организации гражданского общества были главной движущей силой перехода от административно-командной к рыночной экономике и от авторитарной политической системы к демократии. Сейчас, через двадцать лет после начала преобразований, наблюдаются проблемы с финансированием

систем образования и здравоохранения, и гражданское общество должно оказать поддержку мерам по более равномерному распределению услуг. Ресурсы семей также должны быть мобилизованы для успешного решения имеющихся проблем со здоровьем. Для повышения справедливости в отношении здоровья необходимы согласованные действия государственных и частных секторов, а также гражданского общества и семей. Важнейшую роль в этой модели играет активность и адаптивность всех заинтересованных сторон.

#### **4.2.5 Экономические вопросы**

##### **4.2.5.1 Необходимость фактических данных о социальных и экономических издержках, связанных с несправедливостью в отношении здоровья**

Помимо тех издержек, связанных с несправедливостью в отношении здоровья, которые могут быть легко выражены в денежном эквиваленте, необходимо учитывать социальные издержки. Так, например, социальные неравенства (образовательное неравенство, безработица), как правило, приводят к ухудшению отношений к мигрантам и к социальным волнениям, что, в свою очередь, увеличивает несправедливость в отношении здоровья. Это создает значительные трудности в проведении количественной оценки неденежных издержек.

##### **4.2.5.2 Расчет экономических затрат и выгод от целенаправленного воздействия на социальные детерминанты**

При сравнении различных стратегий и мер руководителям высшего звена необходимо знать величину преимуществ, связанных с каждой из них. Нам, конечно же, хотелось бы иметь легко доступную информацию, позволяющую проводить достоверную оценку эффективности мер, направленных на улучшение социальных детерминант здоровья, и сравнивать их с другими видами вмешательств. Однако задача измерения выгод в едином эквиваленте связана с большими трудностями и поэтому в данной области испытывается острая нехватка высококачественной сопоставимой информации. Участники обзора проведут оценку как имеющейся информации, так и ее качества.

При отсутствии статистической информации о затратах и выгодах нужно дать качественное описание затрат и выгод, связанных с той или иной стратегией, а также указать какие именно сектора могут нести расходы или, напротив, получать выгоду.

При разработке рекомендаций, участникам обзора также необходимо рассмотреть потенциальные воздействия предлагаемых мероприятий, особенно если ставится цель их количественной оценки. Это трудная задача, но в обзоре будут указаны те типы фактических данных об эффективности каждого из рекомендуемых вмешательств, которые уже имеются.

Понимание взаимосвязи между справедливостью (т.е. распределением выгод от конкретного вмешательства) и эффективностью (т.е. суммарными и/или средними результатами вмешательства для населения в целом) имеет ключевое значение для принятия стратегических решений. Особенно важным в этой связи является выявление ситуаций, когда такие решения могут быть взаимодополняющими и способствовать повышению и справедливости, и эффективности. Тем не менее, во всех ситуациях, связанных с принятием компромиссных решений, хорошее понимание характера возможного компромисса позволит государственным органам и обществу принимать обоснованные решения на основе других критериев, таких, например, как социальная справедливость и другие качественные преимущества, связанные с повышением справедливости.



И наконец, в обзоре во всех возможных случаях будут определены потенциальные непреднамеренные последствия реализации рекомендаций, что позволит проводить более широкую оценку всего спектра возможных побочных эффектов рекомендуемых мер – как негативных, так и позитивных.

#### **4.2.5.2 Необходимость корректировки основных бюджетов и инвестиционных инструментов таким образом, чтобы в них предусматривались целенаправленные воздействия на социальные детерминанты здоровья**

Существующие бюджеты должны корректироваться с целью включения в них расходов на меры по уменьшению несправедливости в отношении здоровья. Например, очень важным приоритетом является выделение средств (в частности, из бюджета ЕС) на усиление социальной сплоченности и интеграции, особенно если имеются достаточно убедительные данные о том, что это также будет способствовать уменьшению несправедливости в отношении здоровья. Все аспекты финансирования и инвестирования, относящиеся к социальным детерминантам здоровья в Европейском регионе, должны быть изучены с целью выработки оптимальных финансовых механизмов повышения эффективности мер по уменьшению несправедливости в отношении здоровья. В нынешних финансовых и экономических условиях, характеризующихся ограниченными ресурсами и принятием мер по снижению расходов, нужны очень убедительные аргументы относительно эффективности этого вида деятельности.

## **Использованные источники информации**

1. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. ([http://www.who.int/publications/list/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08\\_1/ru/index.html](http://www.who.int/publications/list/WHO_IER_CSDH_08_1/ru/index.html), по состоянию на 10 июля 2011 г.).
2. Marmot Review Team. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010.* London, Marmot Review, 2010.
3. *Healthy lives, healthy people: our strategy for public health in England.* London, Department of Health, 2010.
4. Marmot M et al. Промежуточный отчет о социальных детерминантах и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 г. ([www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/124460/e94370R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/124460/e94370R.pdf), по состоянию на 10 июля 2011 г.).
5. *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (<http://www.euro.who.int/ru/who-we-are/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, по состоянию на 10 июля 2011 г.).
6. *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU.* Brussels, European Commission, 2009.

7. Всемирная ассамблея здравоохранения. Резолюция WHA62.14 «Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья». Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г. ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-ru-P2.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-ru-P2.pdf), по состоянию на 10 июля 2011 г.).
8. Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi J-P. *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Paris, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009.
9. Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 г. (<http://data.euro.who.int/hfadb>, по состоянию на 10 июля 2011 г.).
10. Bobak M, Marmot M. East-west health divide and its potential explanations: proposed research agenda. *British Medical Journal*, 1996, 312:421–425.
11. Bobak M, Marmot M. Coronary heart disease in central and eastern Europe and the former Soviet Union. In: Marmot M, Elliot P, eds. *Coronary heart disease epidemiology*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2005.
12. Billingsley S. *Casualties of turbulent economic transition. Premature mortality and foregone fertility in the post-communist countries* [doctoral dissertation]. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, 2009.
13. United Nations Children's Fund. *A decade of transition*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2001 (Regional Monitoring Report, No. 8).
14. Men T et al. Russian mortality trends for 1991–2001: analysis by cause and region. *British Medical Journal*, 2003, 327:964.
15. Kunst A. Describing socioeconomic inequalities in health in European countries: an overview of recent studies. *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, 2007, 55:3–11.
16. Mackenbach J et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:2468–2481.
17. European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [online database]. Brussels, Eurostat, 2011 ([http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu\\_silc](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc), accessed 10 July 2011).
18. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 1997, 38:21–37.
19. Burstrom B, Fredlund P. Self-rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2001, 55:836–840.
20. Mackenbach JP et al. Final Eurothine report. Rotterdam, Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam, 2008.
21. *Highlights on health in Lithuania*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/103560/E88740.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/103560/E88740.pdf), accessed 10 July 2011).
22. Easterlin RA. Lost in transition: life satisfaction on the road to capitalism. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 2009, 71:130–145.
23. Nemstov A. *A contemporary history of alcohol in Russia*. Huddinge, Södertörn University, 2011 Sodertorn (Academic Studies 2011;12).

24. Mladovsky P et al. *Health in the European Union. Trends and analysis*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009  
 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98391/E93348.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf), accessed 10 July 2011).
25. Peto R et al. *Mortality from smoking in developed countries 1950–2000: indirect estimates from national vital statistics*. Oxford, Oxford University Press, 1994.
26. Perlman F et al. Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy. *Tobacco Control*, 2007, 16:299–305.
27. Bobak M et al. Changes in smoking prevalence in Russia, 1996–2004. *Tobacco Control*, 2006, 15:131–135.
28. Pomerleau J et al. Determinants of smoking in eight countries of the former Soviet Union: results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study. *Addiction*, 2004, 99:1577–1585.
29. Van der Heyden JH et al. Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations. *Lung Cancer*, 2009, 63:322–330.
30. Hruby F et al. Socioeconomic indicators and risk of lung cancer in central and eastern Europe. *Central European Journal of Public Health*, 2009, 17:115–121.
31. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European Heart Journal*, 2006, 27:2763–2774.
32. Rehm J et al. Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:458–467.
33. Leon DA et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case–control study. *Lancet*, 2007, 369:2001–2009.
34. Zaridze D et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths. *Lancet*, 2009, 373:2201–2214.
35. Bobak M et al. Alcohol consumption in a national sample of the Russian population. *Addiction*, 1999, 94:857–866.
36. Pomerleau J et al. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries. *Alcohol and Alcoholism*, 2008, 43:351–359.
37. Dzurova D, Spilkova J, Pikhart H. Social inequalities in alcohol consumption in the Czech Republic: a multilevel analysis. *Health and Place*, 2010, 16:590–597.
38. Bloomfield K et al. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action “Gender, Culture and Alcohol Problems: a multi-national study”. *Alcohol and Alcoholism*, 2006, 41:26–36.
39. Hemstrom O. Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden. *European Journal of Public Health*, 2002, 12:254–262.
40. Makela P. Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*, 1999, 94:867–886.
41. Bellis M et al. Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: a cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*, 2008, 8(155).
42. Demographic and Health Surveys [web site]. Calverton, MD, MEASURE DHS, ICF MACRO, 2011 (<http://www.measuredhs.com/countries>, accessed 10 July 2011).

43. Molarius A et al. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA Project. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1260–1268.
44. Seidell JC. The nutrition transition and obesity in the developing world. *Seminars in Vascular Medicine*, 2005, 5:3–14.
45. Monteiro CA et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:940–946.
46. Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *Journal of Nutrition*, 2001, 131:871S–873S.
47. Pikhart H et al. Obesity and education in three countries of the central and eastern Europe: the HAPIEE study. *Central European Journal of Public Health*, 2007, 15:140–142.
48. Marmot M, Bobak M. International comparators and poverty and health in Europe. *British Medical Journal*, 2000, 321:1124–1128.
49. Cornia GA. *Labour market shocks, psychosocial stress and the transition's mortality crisis*. Helsinki, United Nations University and World Institute for Development, 1997.
50. Walberg P et al. Economic change, crime, and the Russian mortality crisis: a regional analysis. *British Medical Journal*, 1998, 317:31–318.
51. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, 2009, 373:399–407.
52. Bobak M, Marmot M. Social and economic changes and health in Europe east and west. *European Review*, 2005, 13:15–31.
53. Bosma H et al. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal*, 1997, 314:558–565.
54. Bosma H, Schrijvers C, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: cohort study. *British Medical Journal*, 1999, 319:1469–1470.
55. Seeman TE et al. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 1987, 126:714–723.
56. Hemingway H, Marmot M. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 1999, 318:1460–1467.
57. Rutstein DD et al. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *New England Journal of Medicine*, 1976, 294:582–588.
58. Boys RJ, Forster DP, Jozan P. Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care: the experience of eastern Europe. *British Medical Journal*, 1991, 303:879–883.
59. Bobak M, Hemingway H. Quality of acute coronary care in emerging economies. *Canadian Medical Association Journal*, 2009, 180:1190–1191.
60. Blazek J, Dzurova D. The decline of mortality in the Czech Republic during the transition: a counterfactual case study. In: Cornia GA, Paniccia R, eds. *The mortality crisis in transitional economies*. Oxford, Oxford University Press, 2000:303–327.
61. Andreev EM et al. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:437–446.

62. Szende A, Culyer AJ. The inequity of informal payments for health care: the case of Hungary. *Health Policy*, 2006, 75:262–271.
63. Couceiro M. *Healthcare reform in central and eastern Europe: from universalism to increasing inequality in access and financing*. Göteborg, International Sociological Association, 2010.
64. Wood E et al. Social inequalities in male mortality amenable to medical intervention in British Columbia. *Social Science and Medicine*, 1999, 48:1751–1758.
65. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 2006, 174:177–183.
66. Oldring L, Jerbi S. Advancing a human rights approach on the global health agenda. In: Clapham A, Robinson M, eds. *Realizing the right to health*. Zurich, Rüffer & Rub, 2009 (Swiss Human Rights Book, Vol. 3).
67. Popay J et al. *Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/final\\_reports/sekn\\_final%20report\\_042008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf), accessed 10 July 2011).

## Приложение 1. Основные выводы, сформулированные на первом этапе подготовки обзора

1. Внутри и между странами Европейского региона ВОЗ существуют большие неравенства в отношении здоровья. Опыт показывает, что большинство из них можно избежать с помощью рациональных средств и работа по уменьшению этих неравенств, связанных со значительными человеческими и экономическими потерями - это важный приоритет.
2. Чем ниже социальное положение человека, тем хуже его здоровье. Неравенства в отношении здоровья оказывают негативное влияние на всех – за исключением лиц, находящихся на самых высоких социальных и экономических уровнях.
3. Несправедливость в отношении здоровья связана с неравенствами в таких социальных детерминантах здоровья, как социальные стратегии и программы, экономические структуры и качество управления. Эти детерминанты во многом определяют неравенства в качестве жизни и в состоянии здоровья людей, которые связаны с различиями по таким параметрам, как условия раннего детства, образование, вид трудовой занятости и условия труда, уровни и характер распределения доходов, уровень социального обеспечения и здравоохранения, места и условия проживания.
4. Для уменьшения несправедливости в отношении здоровья необходимо, чтобы все ключевые государственные сектора принимали соответствующие меры. Министерства здравоохранения играют жизненно важную роль как в обеспечении должного вклада системы здравоохранения как в социальную и экономическую жизнь страны, так и в продвижении интересов здоровья при разработке планов, стратегий и действий в других секторах. Тем не менее, система здравоохранения не может уменьшить несправедливость в отношении здоровья без поддержки других ведомств и секторов.
5. Если не будут предприняты срочные меры, то предотвратимые различия в состоянии здоровья между странами и внутри стран будут увеличиваться. Эти меры должны быть систематическими и устойчивыми и они должны играть важную роль в борьбе с глобальным экономическим спадом, в распределении ресурсов и в разработке новой политики здравоохранения в Европейском регионе.
6. Для максимальной реализации потенциала здоровья всех жителей Региона необходимо расширить и стандартизировать воздействия на социальные детерминанты здоровья и принять меры для уменьшения несправедливости в отношении здоровья. Этот обзор внесет важный вклад в разработку новой европейской политики здравоохранения (применительно к социальным детерминантам здоровья) посредством:
  - оценки существующих знаний и фактических данных и выработки курса действий на общерегиональном, национальном и местном уровнях;
  - повышения осведомленности и потенциала в плане принятия и реализации эффективных решений;
  - повышения общего уровня осведомленности и активности руководителей и населения, основываясь на приверженности ВОЗ, ее партнеров и государств-членов в Европейском регионе.

## **Приложение 2. Обзор систем, процессов и условий, влияющих на эффективность мер по улучшению социальных детерминант здоровья**

### **1 Введение**

В настоящем приложении дается краткое описание некоторых из важнейших факторов, препятствующих уменьшению несправедливости в отношении здоровья в рамках Региона, а также возможностей, имеющихся в этой сфере. Последующая работа в ходе обзора, в том числе в рамках рабочих групп и консультаций, будет основываться на этом первоначальном анализе. В частности, авторы обзора разработают эффективные, научно обоснованные способы создания и максимизации возможностей и преодоления препятствий, чтобы в будущем соответствующие системы могли принимать более эффективные меры по уменьшению несправедливости в отношении здоровья.

### **2 Системы**

#### **2.1 Структуры стратегического управления**

Структуры стратегического управления (руководства) и их потенциал на международном, национальном и местном уровнях имеют решающее значение для способности Европейского региона обеспечивать эффективную разработку и реализацию политики по борьбе с несправедливостью в отношении здоровья. Страны Европейского региона существенно отличаются друг от друга в этом отношении и это значительно осложняет выработку межнациональных и региональных рекомендаций и указывает на необходимость более локальных мер, дополняющих всеобъемлющие региональные стратегии. Различные структуры управления создают трудности в сборе сопоставимых данных и в распространении и продвижении эффективных стратегий и практических подходов на межнациональном уровне. В 2011 г. выходит публикация ВОЗ, посвященная исследованию по вопросам стратегического управления в интересах здоровья в 21-м веке, которая послужит хорошим подспорьем как при проведении данного обзора, так и при реализации европейской политики Здоровье-2020. Авторы данного обзора проведут анализ наилучших форм руководства деятельностью, направленной на уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья, уделяя при этом особое внимание сотрудничеству между различными правительственными структурами и системами. Эффективное стратегическое управление играет важнейшую роль в уменьшении несправедливости в отношении здоровья во всем Регионе.

Недостаточные возможности в рамках организаций и систем, снижающие эффективность прилагаемых усилий, часто обусловлены следующими факторами: нехватка материальных ресурсов, усугубляемая в периоды экономических спадов; отсутствие соответствующих полномочий; определенный стиль стратегического управления, сложившийся под влиянием исторических и культурных особенностей той или иной страны. Таким образом, недостаточность и разрозненность эффективных действий по уменьшению несправедливости в отношении здоровья часто может быть связана с нехваткой опыта, потенциала и осведомленности, а не с сознательным нежеланием предпринимать какие-либо меры в этом направлении - хотя последнее также может иметь место.

Вовлечение граждан и их участие – это неотъемлемая часть стратегического управления. Демократизация, наличие демократических институтов и активное участие населения и гражданского общества – это важные факторы при проведении необходимых изменений.

Участники обзора проведут оценку перспективных направлений работы, в которых определенные стратегии, действия и системы позволили добиться успехов в уменьшении несправедливости в отношении здоровья даже в условиях ограниченных возможностей.

## **2.2 Действия на региональном, национальном и местном уровнях**

Стратегии, направленные на уменьшение несправедливости в отношении здоровья и на улучшение социальных детерминант здоровья, как правило, разрабатываются на национальном и наднациональном уровнях. Однако местные инициативы и инновации также имеют важнейшее значение в этой области. Кроме того, для обеспечения согласованности действий на различных уровнях управления необходимо укрепить соответствующий потенциал на субнациональном уровне, т.е. на уровне регионов и муниципалитетов. Местные учреждения наиболее приближены к населению, которое они обслуживают, и к уровню, на котором действия граждан могут быть наиболее эффективными, и поэтому они играют важную роль в вовлечении населения и в развитии демократии. Местные органы власти сталкиваются с рядом проблем при попытках снизить несправедливость в отношении здоровья, включая законодательные ограничения на их способность действовать, напряженность в отношениях между различными уровнями управления и различными местными органами власти и отсутствие потенциала и ресурсов. Один аспект, который требует особого внимания – это масштабы, направленность и интенсивность действий, необходимых для повышения справедливости в отношении здоровья, так как социальный градиент может быть существенно уменьшен только через действия, которые требуют переориентации бюджетного финансирования и принятия трудных политических решений. Для повышения общей согласованности действий системы управления в рамках страны необходимо улучшить согласованность управления на национальном, региональном и местном уровнях, а также на уровне всех заинтересованных сторон. В дополнение к рассмотрению вопросов стратегического управления созданные в рамках данного обзора целевые группы, занимающиеся вопросами управления и реализации и вопросами измерения и целевых показателей, проведут соответствующий анализ и выработают рекомендации, о том, как наилучшим образом обеспечить согласованность действий и достаточный потенциал на всех уровнях систем управления и реализации.

## **2.3 Системы здравоохранения**

Во всех ключевых государственных секторах необходимо принять меры по сокращению несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья. Хотя системы здравоохранения и не способны в одиночку уменьшить неравенства в отношении здоровья, они играют жизненно важную роль в развитии потенциала, который позволит уменьшить несправедливость в отношении здоровья, обеспечить равную доступность услуг, а также разъяснять важность и целесообразность включения мер по повышению справедливости в отношении здоровья в планы развития, стратегии и действия других секторов (см. ниже раздел о межсекторальных взаимодействиях). В условиях недостаточной демократизации в рамках систем здравоохранения, как правило, возникают проблемы с расширением прав и возможностей пациентов и населения в целом. В связи с преобладанием в этих системах чисто медицинских подходов, в них наблюдается лишь медленный прогресс в том, чтобы



создать для пользователей услуг (как отдельных пациентов, так и обслуживаемых сообществ) возможности принимать реальное участие в организации и предоставлении услуг. Системы здравоохранения – это, как правило, одна из самых иерархических государственных структур. Расширение прав и возможностей общественности в сфере здравоохранения имеет важнейшее значение. Кроме того, для оказания эффективных и результативных услуг необходимо принять меры для формирования более равноправных отношений между различными категориями медицинских работников. Целевая группа по вопросам профилактики и лечения и целевая группа по вопросам управления и реализации, функционирующие в рамках обзора, выработают рекомендации и предложения относительно потенциальной роли системы здравоохранения в решении проблемы несправедливости в отношении здоровья.

Одна из ключевых идей как Таллиннской хартии "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" (1), так и доклада Комиссии по социальным детерминантам здоровья (2) заключалась в том, что хорошо функционирующая система здравоохранения – это одно из важнейших условий улучшения здоровья и справедливости в отношении здоровья в любом обществе. Системы здравоохранения в Европейском регионе являются очень разнообразными, однако повышение эффективности их работы всегда будет способствовать сокращению неравенств в отношении здоровья между странами и между географическими районами или населенными пунктами. Тем не менее, можно и важно идти дальше и использовать системы здравоохранения в качестве организаций, способных внести существенный вклад в борьбу с социальной несправедливостью в отношении здоровья (3).

Одна из безусловных обязанностей системы здравоохранения заключается в устранение неравенств, связанных с доплатами за медицинские услуги, особенно когда речь идет о неофициальных платежах самих пациентов. Несправедливость в отношении здоровья усугубляется, когда уязвимые граждане не обращаются за необходимой медицинской помощью из-за ее стоимости и/или из-за страха разорения в связи с высокими уровнями личных платежей за медицинские услуги. В странах, не имеющих системы всеобщего медицинского обслуживания населения, финансируемой за счет общих налогов или обязательного всеобщего медицинского страхования, по-видимому, чаще наблюдаются более выраженные неравенства в отношении здоровья и им труднее решить эту проблему (2). Хотя в Таллиннской хартии (1) и не указан какой-либо единый подход к финансированию здравоохранения, в ней говорится, что каждая страна должна обеспечить «распределение бремени финансирования в соответствии с материальными возможностями людей».

Некоторые страны Европейского региона с низким уровнем доходов, включая Армению, Азербайджан, Грузию и Таджикистан, были сильно ограничены в своих расходах на здравоохранение в течение 1990-х годов, в результате чего повысился уровень личных платежей за медицинские услуги и, следовательно, увеличились неравенства в отношении здоровья (4). В ряде мест даже в отсутствие официальной системы оплаты медицинских услуг в случае обращения за медицинской помощью пациенты оплачивают ее неофициально. Благодаря недавним реформам здравоохранения в некоторых странах восточной части Европейского региона, таких как Кыргызстан и Республика Молдова (4), удалось уменьшить неэффективность системы здравоохранения, унаследованной от СССР. Однако между странами наблюдаются значительные различия как в степени прогресса, так и в результатах проведенных реформ. Следует отметить, что некоторые страны стали в большей мере полагаться на частные, а не на государственные службы медицинской помощи (5).

Системы здравоохранения также имеют возможность навести порядок в собственном доме (6). В частности, это может включать дальнейшее развитие усилий системы

здравоохранения по устранению неравенств в отношении здоровья. Например, при финансировании системы здравоохранения можно основываться на принципе солидарности в целях обеспечения всеобщего доступа к медицинской помощи, с тем чтобы медицинские услуги были бесплатными и предоставлялись по потребности, а не в зависимости от платежеспособности конкретного больного. Еще одна важная функция системы здравоохранения по отношению к несправедливости в отношении здоровья заключается в улучшении социальных детерминант здоровья, например, путем разработки рекомендаций по оказанию медицинской помощи определенным этническим группам (с выделением соответствующих ресурсов), и в принятии мер для того, чтобы при организации медицинской помощи оценивался и учитывался уровень грамотности населения в вопросах здоровья.

Наведение порядка в собственном доме также предполагает проведение оценки неравенств в отношении здоровья среди работников здравоохранения, которые зачастую составляют значительную часть населения (около 1 млн. человек в одной только Англии), и принятие мер по их устранению.

Министерства здравоохранения играют важную роль как в активном продвижении принципа справедливости в отношении здоровья, так и в разъяснении важности включения в политику других секторов мер по повышению такой справедливости. Последние данные показывают, что сохранение в межсекторальной повестке дня такого вопроса, как повышение справедливости в отношении здоровья, имеет особенно важное значение в период экономического спада.

## **2.4 Международные учреждения**

На международном уровне, деятельность многих учреждений, включая ЕС, ВОЗ, Совет Европы и неправительственные организации, влияет на уровень неравенств в отношении здоровья в Европейском регионе. Придание большего внимания неравенствам в отношении здоровья и социальным детерминантам здоровья, особенно в рамках ЕС и ВОЗ, – это позитивное явление, благодаря которому уже достигнуты определенные успехи, описание которых приводится ниже.

В процессах стратегического управления здравоохранением в рамках Европейского региона принимают участие и другие международные организации, такие как Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), национальные агентства по развитию, такие как Агентство США по международному развитию и Департамент Соединенного Королевства по международному развитию, Международный валютный фонд, Всемирный банк и неправительственные организации, такие как Oxfam и Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Чтобы избежать дублирования деятельности и подчеркнуть эффективность скоординированных действий, необходимо провести оценку влияния и потенциальной роли этих учреждений. Совместная деятельность повышает эффективность и потенциал каждого участвующего учреждения, хорошим примером чего является тесное сотрудничество ЕС и ВОЗ в отношении Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, Международных медико-санитарных правил и работы Комиссии по социальным детерминантам здоровья.

## **2.5 Неправительственные организации**

Распределение неправительственных организаций по Европейскому региону является неравномерным – они наиболее многочисленны и активны в западной части Региона.

Созданные из участников обзора целевые группы проведут оценку роли и потенциального влияния вышеуказанных и других аналогичных структур во всем Регионе и на основании полученных данных разработают рекомендации о том, как они более эффективно могут повысить справедливость в отношении здоровья посредством уменьшения неравенств в отношении социальных детерминант здоровья.

## **3 Процессы**

### **3.1 Межсекторальное сотрудничество**

Для устранения несправедливости в отношении здоровья и неравенства в социальных детерминантах здоровья нужны согласованные и эффективные действия целого ряда секторов и отраслей, занимающихся такими вопросами, как развитие детей в ранние годы, занятость, налогообложение, социальное обеспечение, жилищная политика, окружающая среда, транспорт и здравоохранение. Механизмы для дальнейших межсекторальных действий были укреплены благодаря принятию на европейском и глобальном уровнях ряда стратегических документов, включая рамочный документ ЕС по учету интересов здоровья во всех стратегиях (2006 г.); доклад Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (2008 г.) (2); резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA62. 14 «Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья» (7); и Таллинскую хартию (2008 г.) (1).

Страны Европейского региона широко различаются по характеру и степени использования межсекторальных механизмов для решения проблем общественного здравоохранения. В большинстве официальных документов и стратегий по вопросам здравоохранения указывается на важность работы с другими секторами, а во многих из них также указывается на существование различного рода групп или комитетов по межсекторальному или совместному планированию. В то же время, практическая эффективность этих подходов колеблется в широких пределах. Эта вариабельность эффективности межсекторальных механизмов планирования отражает дефицит знаний и человеческих ресурсов, а также фрагментацию институциональных механизмов, которые имеют решающее значение для успеха. В этой связи важно признать существенную роль маломасштабных инновационных мероприятий, проводимых в рамках межсекторального сотрудничества, при условии, что они имеют потенциал практического и широкого их использования для решения крупномасштабных задач.

Межсекторальные взаимодействия практически невозможны, когда планируемые конечные результаты деятельности секторов не обнародуются и определяются, главным образом, узковедомственными интересами. Синергетические взаимодействия секторов более вероятны, когда такие результаты сформулированы прозрачно и могут быть использованы для повышения уровня подотчетности секторов. Это позволит: (а) оценить то воздействие, которое политика других секторов, оказывает на здоровье населения; (б) разрабатывать и реализовывать согласованные действия по реализации приоритетов в области здравоохранения; (в) обеспечить выделение большего объема ресурсов и формирование более эффективной политики по улучшению социальных детерминант здоровья. Целевые группы по вопросам справедливости, равенства и прав человека, методов измерения и целевых показателей проанализируют имеющиеся возможности и разработают предложения о проведении соответствующих мер, которые будут рассмотрены в рамках общего обзора.

Ниже приводится ряд объяснений существующих расхождений и несогласованности секторальных и межсекторальных подходов и стратегий.

### **3.2 Недостаточное финансирование служб общественного здравоохранения в ходе реформирования системы здравоохранения**

Проблемы, связанные с таким недофинансированием, хорошо видны во многих странах в восточной части Региона, где в процессе реформирования здравоохранения акцент был поставлен на системе медицинского обслуживания, что привело к приоритетному выделению ресурсов для медицинских служб, а не для служб общественного здравоохранения. Такая направленность инвестиций имела важное значение для стран, находящихся в ранней и средней стадии перехода к рыночной экономике, но это, по-видимому, произошло за счет либо уменьшения объема средств на поддержание ранее хорошо функционирующих служб общественного здравоохранения, либо параллельного инвестирования для развития и укрепления новой системы общественного здравоохранения. В связи с вышеуказанным в этих странах часто отмечается низкий потенциал в таких областях, как укрепление здоровья, профилактика заболеваний, а также развитие информационной базы и политики общественного здравоохранения. Это ограничивает систематический прогресс в достижении лучшей согласованности стратегий в интересах здоровья в период, когда необходимость в охране общественного здоровья возрастает. Службы охраны общественного здоровья должны быть основным звеном системы здравоохранения, а не просто одной из ее дополнительных функций.

Экономические и социальные изменения происходят сейчас во многих частях Региона быстрее и интенсивней, чем когда либо прежде, что связано с такими факторами, как изменение климата, экономический кризис, глобализация и демографические изменения. Следовательно, государственные системы здравоохранения должны, с одной стороны, гибко реагировать на эти изменения, а с другой – обеспечивать стабильность и последовательность стратегических действий в течение периода, достаточного для того, чтобы улучшить глубинные детерминанты здоровья.

### **3.3 Маломасштабные межсекторальные проекты и инициативы**

Стратегии систематической совместной деятельности по решению приоритетных проблем общественного здравоохранения, таких как неинфекционные болезни и социальная несправедливость в отношении здоровья, получили широкое распространение. Маломасштабные демонстрационные проекты полезны для оценки действительно эффективных мер, но их воздействие будет ограниченным, если они не являются частью более широких усилий, направленных на расширение всех форм обучения и внедрения передового опыта в рамках систем, задача которых состоит в укреплении и защите здоровья населения. Это был один из главных выводов аналитического обзора нынешних и предыдущих стратегий, проведенного в Англии под названием *Fair society, healthy lives* (8).

Успех межсекторального планирования и сотрудничества во многом зависит от наличия поддержки на самом высоком уровне. Однако для обеспечения эффективного участия множества учреждений с различающимися институциональными культурами, задачами и опытом недостаточно одной лишь поддержки со стороны президента или соответствующих министров. Техническое и политическое руководство должно сопровождаться постановкой четких целей и задач, которые понимают и разделяют все сотрудники задействованных структур. В свою очередь для этого необходимо, чтобы процессам расширения знаний, навыков и инструментов и развития лидерского

потенциала в выполнении этих ключевых функций оказывалась постоянная поддержка. Очень важно обеспечить, чтобы соответствующие стратегии и инициативы реализовывались во всех секторах, которые могут влиять на социальные детерминанты здоровья, что, конечно же, требует как всестороннего разъяснения целей и задач магистральных стратегий конкретных секторов, так и эффективных действий партнеров по реализации совместных проектов. Участники целевой группы по системам стратегического руководства (управления) и реализации и обзора ВОЗ по стратегическому руководству рассмотрят эти вопросы, а их рекомендации и выводы будут учтены и при проведении настоящего обзора, и в ходе дальнейшего развития и реализации политики Здоровье-2020.

## **3.4 Глобальные процессы**

### ***3.4.1 Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния***

Государства - члены Европейского региона ВОЗ и ряд международных партнеров приняли в 2008 г. Таллиннскую хартию: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния (1), которая является и руководством, и стратегической основой для укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе.

### ***3.4.2 Цели развития тысячелетия***

В 2000 г. главы 189 государств приняли Цели развития тысячелетия, играющие ключевую, объединяющую роль, сосредоточивая мировое внимание на решении ряда наиболее острых проблем современного развития и определяя ответственность соответствующих сторон. Все Цели тысячелетия в области развития влияют на здоровье и, в свою очередь, здоровье влияет на все Цели развития тысячелетия. Эти цели можно разделить на две категории: цели, непосредственно относящиеся к здоровью, например, в сфере охраны детства и материнства, а также борьбы с ВИЧ/СПИДом, малярией и туберкулезом и цели, касающиеся ключевых детерминант здоровья, такие, например, как сокращение доли населения, живущего в бедности; обеспечение всеобщего начального образования; поощрение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин; интеграция принципов устойчивого развития в страновые стратегии и программы; обращение вспять процесса утраты природных ресурсов; формирование глобального партнерства в целях развития. Задержки и препятствия на пути прогресса в достижении целей Декларации тысячелетия ставят под угрозу здоровье и благополучие населения. Действия в области развития, какими бы секторами они не осуществлялись, должны быть направлены на все группы населения, на каком бы уровне социального градиента они не находились, с уделением пропорционально большего внимания наиболее уязвимым группам населения.

Авторы обзора проанализируют, почему воздействие на социальные детерминанты здоровья имеет решающее значение для достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ). Образование является ключевым фактором, определяющим состояние здоровья, и в недавней статье Брукингского института (Brookings Institution) (9) говорится, что достижение Целей тысячелетия в области развития практически невозможно без достижения второй ЦРТ (обеспечение всеобщего начального образования).

Повышение уровня образования и обеспечение гендерного равенства в этой сфере может оказать значительное влияние на достижение четвертой ЦРТ (сокращение детской смертности) (6). По результатам исследования ЮНИСЕФ *Narrowing the gaps to meet the goals* (Сужение пробелов для достижения целей) (10) был сделан вывод о том, что "

стратегия, основанная на принципах справедливости, поможет нам достичь ЦРТ 4 и 5 (сокращение детской смертности и улучшение охраны материнства) быстрее и экономически эффективней в сравнении с нынешним подходом. Такая новая стратегия может позволить предотвратить к 2015 г. миллионы случаев материнской и детской смертности." Это еще раз свидетельствует о том, что воздействие на социальные детерминанты здоровья имеет важнейшее значение для достижения Целей развития тысячелетия.

### **3.4.3 Коммюнике Европейской комиссии о солидарности в области здравоохранения**

Коммюнике Европейской комиссии о солидарности в области здравоохранения (11), содержит краткое описание тех процессов ЕС, которые имеют отношение к улучшению социальных детерминант здоровья и устранению неравенств в отношении здоровья, включая следующие: (а) сотрудничество с национальными органами власти, региональными структурами и другими органами; (б) оценка влияния стратегий ЕС на неравенства в отношении здоровья в целях обеспечения того, чтобы эти стратегии помогали уменьшать эти неравенства во всех возможных случаях; (в) регулярная статистика и отчетность по степени неравенств в рамках ЕС и по успешным стратегиям уменьшения таких неравенств; (г) более эффективное информирование о финансировании в рамках ЕС, чтобы помочь национальным органам власти и другим органам успешно решать проблему неравенств в отношении здоровья.

## **3.5 Экономические факторы**

### **3.5.1 Неравенство в доходах и роль социальной защиты**

В разделе 2 показано, что уровни доходов населения как внутри, так и между странами Региона различаются и что неравенства в отношении здоровья соотносятся с этими различиями. Иными словами, чем ниже социально-экономический статус людей, тем хуже их перспективы в плане здоровья. Некоторые страны сумели сократить неравенство в доходах путем эффективного перераспределения доходов с помощью налогов. С другой стороны, в странах, не имеющих эффективной системы поддержки более обездоленных слоев населения, неравенства в отношении здоровья будут более выраженными.

Система социальной защиты имеет очень важную роль в решении проблемы несправедливости в отношении здоровья. Опыт государств всеобщего благоденствия показывает, что как вид социальной защиты, так и ее уровень влияют на здоровье населения и на неравенства в отношении здоровья (12-15). Степень социальной защиты (относящейся не только к перераспределению доходов, но и к оплате ряда социальных услуг, оказываемых государственным сектором), влияет на социальные детерминанты здоровья и связанные с ними неравенства в отношении здоровья. Государственная социальная защита имеет важное значение для реализации права на здоровье, сформулированного в статье 12 Международного пакта ООН об экономических, социальных и культурных правах. В замечании общего порядка № 14 о праве на здоровье указано, что социальные, экономические и экологические условия, необходимые для здоровья, являются частью этого права. Таким образом, система социальной защиты, действительно позволяющей уменьшить неравенства в отношении здоровья, должна включать как социальную защиту здоровья, например, путем удаления финансовых барьеров для доступа к медицинской помощи, так и социальную защиту в целом ряде секторов, ответственных за обеспечение условий, необходимых для здоровья.

Концепция всеобъемлющей социальной защиты имеет особенно важное значение в условиях текущего экономического спада. Координационный совет руководителей системы Организации Объединенных Наций принял в 2009 г. инициативу ООН по обеспечению минимального уровня социальной защиты в качестве одного из девяти ключевых приоритетов по преодолению экономического кризиса. Система обеспечения минимального уровня социальной защиты включает два элемента:

- услуги: обеспечение постоянной доступности (в том числе географической и финансовой) основных услуг, относящихся к водоснабжению, канализации, продовольствию и адекватному питанию, здравоохранению, образованию, жилью, информации, имеющей ключевое значение для сохранения жизни и других активов человека, и т.д.;
- трансферты: обеспечение доступности вышеуказанных услуг с помощью базового набора основных социальных трансфертов в денежной и натуральной форме, гарантирующих минимальный уровень доходов и средств существования для бедных и уязвимых слоев населения и облегчающих доступ людей к основным услугам (16).

Сохранение систем всеобщей социальной защиты имеет огромное значение с точки зрения основных прав человека, так как они помогают защитить прошлые инвестиции или ограничить их потери, снизить возможное негативное воздействие на будущий процесс человеческого, социального и экономического развития, и сохранить потенциал для сбалансированного выхода из экономического кризиса. Система обеспечения минимального уровня социальной защиты включает в себя меры поощрения и поддержки таких моделей организации и предоставления услуг, которые основываются на принципах самопомощи, взаимопомощи и участия (синергетическое взаимодействие). Функционирующая в рамках обзора целевая группа по ВВП, налогообложению, доходам и благосостоянию рассмотрит фактические данные, касающиеся влияния различных систем социального обеспечения и налогообложения на неравенство в отношении здоровья и его социальные детерминанты, и с учетом особенностей Европейского региона разработает рекомендации по наиболее эффективным действиям и системам.

### **3.6 Измерение и мониторинг**

Отсутствие данных в некоторых областях – это серьезное препятствие в борьбе с несправедливостью. Так, например, в докладе по мониторингу социальных детерминант здоровья и прогресса в снижении неравенств в отношении здоровья в ЕС (17), подготовленном по поручению председательства Испании в ЕС в 2010 г., было указано на то, что помимо постепенного совершенствования существующих источников данных необходимо использовать новый подход к сбору, анализу и применению данных, а также обеспечить их своевременность и обновляемость, их сопоставимость и гармонизацию и их доступность. В этом докладе были отмечены пробелы в имеющихся знаниях, в частности, в знаниях о последствиях и эффективности стратегий здравоохранения и других секторов в сокращение неравенств в отношении здоровья, а также подчеркнуто, что отсутствие соответствующих, легкодоступных и сопоставимых данных внутри отдельных стран и в рамках всего ЕС – это одно из главных препятствий для расширения объема знаний и достоверных аналитических данных, необходимых для сокращения неравенств в отношении здоровья.

Данные о неравенствах в отношении здоровья и о соответствующих стратегиях в странах Региона, не являющихся членами ЕС, в равной степени ограничены. Во всех странах проводятся обследования здоровья населения, но результаты многих из них имеют лишь ограниченную сопоставимость из-за больших различий в таких факторах, как размер и

репрезентативность выборки, а также характер и частота последующих обследований (18), особенно в центральной и восточной частях Европейского региона (19). Более того, данные показывают, что обследования, основанные на несвязанных данных, приводили к заниженной оценке показателей смертности среди неблагополучных групп населения и их завышенной оценке среди групп с высоким социально-экономическим статусом (20). В рамках Европейского региона, многие показатели оценки состояния здоровья населения не привязаны к системе мониторинга политики других секторов, а там где это сделано, степень доступности и использования этих показателей в процессе формирования политики ограничена. Текущие проблемы включают неспособность собирать и анализировать данные, поступающие из сектора здравоохранения и других секторов, и отсутствие адекватных показателей оценки социальных уровней или преимуществ различных групп населения (показателей социальной стратификации).

Участники обзора и прежде всего члены целевой группы по измерению и целевым показателям рассмотрят наиболее эффективные механизмы улучшения систем отчетности и мониторинга во всем Регионе. Для усиления мониторинга внутри и между странами необходимо укрепить механизмы координации, гармонизации и обеспечения доступности данных, полученных благодаря проведению обследований населения и сбору данных на институциональном уровне, при этом такие механизмы должны дополнять, а не заменять механизмы, действующие на национальном уровне. Одним из важных результатов обзора будет разработка рамочного механизма мониторинга, состоящего из набора простых показателей, которые можно будет применять во всех странах Европейского региона – если не сейчас, то с течением времени, внедряя их в практику постепенно.

В последнее десятилетие было отмечено значительное укрепление базы фактических данных, относящихся к измерениям и показателям практической деятельности. Тем не менее, созданная в рамках Комиссии по социальным детерминантам здоровья сеть знаний «Измерение показателей и фактические данные» выделила следующие шесть причин, осложняющих работу по укреплению базы фактических данных по социальным детерминантам здоровья:

- отсутствие точности в определении причинно-следственных связей;
- неверное представление о том, что причины улучшения здоровья населения могут также быть причинами несправедливых неравенств в отношении здоровья
- отсутствие точных знаний относительно градиента здоровья и разрыва в показателях здоровья;
- недостатки в описании осей социальной дифференциации населения;
- влияние контекста на интерпретацию фактических данных и концептуальные понятия, на которых основан сбор таких данных;
- проблемы, связанные с практическим применением знаний (21).

Участники этой сети указали на пользу использования различных методологических подходов в построении доказательной базы для принятия мер по улучшению социальных детерминант здоровья, а также на необходимость постоянного сбора всех соответствующих знаний и систематического обучения на практических примерах (22). В частности, в докладе этой сети было отмечено, что если специалистам-практикам будет оказываться поддержка в документировании процессов, обеспечивающих эффективное проведение социальных мер, их знания могут оказаться очень полезными.

В рамках Европейского региона, многие показатели оценки состояния здоровья населения плохо привязаны к системе мониторинга политики других секторов, а там где



это сделано, степень доступности и использования этих показателей в процессах формирования политики и принятия решений ограничена. Имеется насущная потребность в создании системы, позволяющей собирать и анализировать информацию из нескольких секторов, например, такую, как уровень занятости, успеваемость, посещаемость дошкольных учреждений и уровень налогообложения и социальной защиты по всему социальному градиенту (23, 24).

В последнее время был достигнут определенный прогресс в этом направлении, что, в частности, нашло отражение в принятии Целей развития тысячелетия и Стамбульской декларации в поддержку расширения национальных усилий в области мониторинга (25). Еще одним важным шагом вперед может стать установление количественных показателей состояния здоровья населения помимо смертности, таких, например, как распределение числа лет здоровой жизни в зависимости от социальных условий жизни. Проект Eurothine и проект ЕС «Статистика доходов и условий жизни» (EU-SILC) позволяют получить ценную информацию о частных лицах. Кроме того, дополнительная поддержка работе в этом направлении обеспечивается «Обследованием здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе» (SHARE), в рамках которого осуществляется сбор данных о людях в возрасте 50 лет и старше, и Европейским опросом о состоянии здоровья (ECHIS) (26). В недавнем докладе Комиссии по измерению основных показателей экономической деятельности и социального прогресса (27) также говорится о пользе использования показателей справедливого и устойчивого развития, что будет способствовать преодолению зависимости проводимых оценок от измерения показателей ВВП. Многие государства-члены ВОЗ и ЕС уже приступили к развитию таких показателей. Так, в 2010 году правительство Соединенного Королевства объявило о своем намерении разработать ряд показателей для проведения национального мониторинга уровня благополучия в Англии.

## 4 Контекстные факторы

### 4.1 Экономический спад

Недавний международный экономический спад оказал наибольшее воздействие на Европейский регион в сравнении с любым из других регионов ВОЗ. Более того, по данным Всемирного банка (28), процесс восстановления в нем будет самым медленным. В некоторых странах Региона имеются особенно серьезные проблемы, в частности, связанные с повышением цен на продукты питания, что, вероятно, приведет к росту неравенств в отношении здоровья в рамках Региона. Участники обзора проведут оценку и дадут описание того влияния, которое экономический кризис оказывает на социальные детерминанты здоровья и на несправедливость в отношении здоровья, а также предложат эффективные меры для противодействия потенциально вредным и неравномерно распределенным воздействиям кризиса на здоровье населения (29).

Сохранение вопроса обеспечения справедливости в отношении здоровья в межсекторальной повестке дня имеет особенное значение в периоды экономических спадов и рецессий, когда увеличиваются как негативные воздействия на социальные детерминанты здоровья, так и риск заболеваний. Так, например, в связи с потерей работы и угрозой безработицы возрастают проблемы с психическим здоровьем, такие как депрессия и тревожные расстройства, а в связи с денежными проблемами усиливаются межличностные конфликты. Кроме того, безработица может способствовать росту проблемы злоупотребления алкоголем (30-33). В 2010 г. уровень безработицы в Эстонии, Венгрии, Латвии, Литве, Словакии и Турции превысил 10% (28).

Хотя большинству людей и удастся после потери своего рабочего места быстро найти новую работу, некоторые группы населения подвергаются большему риску негативных социальных и медицинских последствий вследствие экономического спада. К этим группам относятся (1) люди с более низким уровнем образования и меньшим опытом работы; (2) молодые люди и семьи с большей долговой нагрузкой на бюджет; (3) люди с ограниченными возможностями и/или хроническими заболеваниями; (4) работники старшего возраста, не имеющие гибких навыков. В исторической перспективе отрицательные и стигматизирующие отношения к меньшинствам ухудшаются в периоды экономических спадов, особенно среди социальных групп, наиболее уязвимых в плане потери рабочих мест и экономической нестабильности, так как они начинают рассматривать меньшинства как угрозу для их существования. В повестке дня по социальной сплоченности и интеграции этот вопрос является ключевым. Воздействие экономической рецессии также имеет тенденцию варьироваться в зависимости от уже существующих позиций на рынке труда, таких, как различия, которые обычно наблюдаются между мужчинами и женщинами.

Экономический спад, вероятно, окажет долгосрочное влияние на Европейский регион. Данные 1990-х годов по Соединенному Королевству показывают его отсроченные последствия: около 40% лиц, которые лишились работы, сообщили о том, что они испытывали финансовые трудности в течение 1-2 лет, а 24% сообщили, что их финансовые трудности продолжались в течение 3-6 лет после потери работы (34). Более того, социальные проблемы еще долго не исчезают даже после того, как экономика начинает восстанавливаться. Например, данные из Швеции показывают, что среди людей, ставших безработными в связи с сокращением кадров, риск госпитализации по поводу заболеваний, связанных с алкоголем, повышается на 22% у мужчин и на 44% у женщин в течение следующих 12 месяцев (35), наглядно демонстрируя, что последствия экономического спада, могут иметь долгосрочные последствия для здоровья – особенно среди наиболее пострадавших групп населения. Тематическая целевая группа по вопросам занятости и условий труда (ТЦГ-2) проанализирует фактические данные о том

влиянии на здоровье, которое оказывает безработица и низкооплачиваемые и непрестижные виды труда, и предложит различные стратегии и меры по снижению негативных эффектов такого влияния и по повышению уровней занятости, а также оплаты и качества труда.

Например, в недавнем коммюнике ЕС о солидарности в области здравоохранения (11) подчеркивается, что предотвратимые неравенства в отношении здоровья оказывают значительный негативный эффект на экономический рост. Другие процессы также имеют важное значение. В частности, в докладе Комиссии по измерению основных показателей экономической деятельности и социального прогресса (27) говорится, что при оценке развития и прогресса общества большее внимание следует уделять показателям справедливого и устойчивого развития, а не объему ВВП. В рамках этих процессов признается важность принципа справедливости как в обеспечении равного уровня доступности и использования средств для участия в процессах развития, так и в обеспечении равного распределения благ развития между всеми общественными группами. Это означает, что правительственные органы должны прилагать целенаправленные усилия для формирования такой политики в области развития, которая способствует росту солидарности, сплоченности и справедливости в отношении здоровья.

## **4.2 Различия между странами и специфические условия в странах**

Европейский регион ВОЗ отличается разнообразием культур, истории и путей развития входящих в него стран. Большие различия в опыте стран и в их возможностях и условиях означают, что разрабатывать какие-то универсальные рекомендации часто нецелесообразно и что перенос стратегий из одних стран в другие возможен только с полным учетом местных факторов, культуры и ресурсов.

Некоторые страны и субрегионы достигли значительного прогресса в борьбе с неравенством в отношении здоровья путем целенаправленного воздействия на социальные детерминанты и они служат хорошим примером для других стран и субрегионов. Участники обзора проведут оценку подходов, использованных в этих передовых странах и регионах, и их достижений после чего, основываясь на полученных данных и в сотрудничестве со странами-партнерами, они разработают ряд рекомендаций и предложений для других стран и регионов.

Различные культурные факторы могут затруднить работу по обеспечению справедливости в отношении здоровья. Для повышения ее эффективности необходимо тщательно учитывать как традиции, так и исторические тенденции в конкретных странах. Например, в Таджикистане около 75% женщин в возрасте 15-49 лет, которые состоят в брачных или внебрачных отношениях, считают, что их партнеры имеют право наказывать их физически (36). По оценкам, 500 000 девочек и женщин, проживающих в Европейском регионе, страдают от пожизненных последствий, связанных с увечием половых органов (37), а в Турции значительно возросли показатели убийства женщин «во имя чести» (38). Все это не только имеет негативные последствия для жизни и здоровья женщин, но и является грубым нарушением прав человека. Кроме того, отказ от признания прав определенных культурных или этнических групп на проживание в отдельных странах и дебаты по этому вопросу приводят к росту – на национальном и межнациональном уровнях – таких явлений, как отчуждение, насилие и сегрегация.

Менее заметным, но не менее важным, является то влияние, которое исторические события оказывают на социальные детерминанты здоровья, на поведение в отношении здоровья и на факторы риска, как это обсуждалось в разделе 2. Например, все страны, в

которых население курит, находятся на определенной точке траектории развития эпидемии табакокурения, но этап и характер этой эпидемии будут зависеть от конкретных условий (39). На первом этапе курение наиболее распространено среди людей с более высоким социально-экономическим статусом, но с ростом осознания вредности этой привычки многие мужчины из среднего и высшего класса начинают бросать курить, а большинство женщин в этой социальной группе вообще воздерживаются от курения. На более поздних стадиях эпидемии, связь между социально-экономическим статусом и курением становится прямо противоположной. Большинство стран в северо-западной Европы находятся сейчас на поздних этапах эпидемии, в то время как большинство стран СНГ находятся на ее ранних этапах. Как и в случае курения, переходный период в сфере питания тесно связан с эпидемиологическим переходом и характеризует прогресс человеческого общества, отражаемый в изменении рациона питания. На каком-то этапе этого периода наблюдается увеличение потребления соли и жиров, снижение уровня активности и широкая распространенность ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний (40). Как и в случае с курением, некоторые страны в восточной части Европейского региона и особенно страны СНГ находятся на более ранней стадии эпидемиологического перехода и их переход на более поздние стадии, по-видимому, будет сопровождаться быстрым ростом показателей ожирения, сахарного диабета и других аналогичных состояний.

Должное внимание в ходе обзора будет также уделено внутренней ситуации отдельных стран Европейского региона, характеризуемой такими, например, явлениями, как войны или стихийные бедствия. Для этой цели будут рассмотрены все страны и регионы в Европейском регионе ВОЗ, особенно те, которые характеризуются географической удаленностью или перед которыми стоят исключительные трудности и возможности. Участники обзора планируют проанализировать все аспекты разнообразного опыта и различающихся ситуаций во всех 53 странах Региона. Язык может быть барьером для понимания несправедливости в отношении здоровья. Хотя понятия несправедливости в отношении здоровья и социальных детерминант здоровья и являются привычными терминами в академических и политических кругах, говорящих на английском языке, они пока что не стали широко распространенными в странах и кругах, преимущественно использующих другие языки. В рамках обзора предусмотрены планы партнерской работы со странами для взаимного обучения тому, как концептуальная модель Комиссии по социальным детерминантам здоровья и рекомендации данного обзора могут быть применены в конкретных культурных контекстах.

### 4.3 Проблема уязвимости

В проведенных в последнее время исследованиях по проблеме уязвимости основное внимание было уделено взаимосвязи между риском, опасностью и степенью уязвимости (41). Чем более маргинальной является та или иная группа, тем более она уязвима к неблагоприятным событиям и тем меньше возможностей она имеет для принятия эффективных ответных мер, позволяющих минимизировать негативные последствия. Однако тот факт, что человек является мигрантом, представителем определенной этнической группы, или лицом с ограниченными возможностями, еще не означает, что он от природы более уязвим или подвержен большему риску. Повышенная уязвимость появляется в результате взаимодействия целого ряда факторов, таких, например, как бедность, различные формы неравенства, дискриминация, подверженность различным опасностям и угрозе насилия (например, сексуального), высокая частота или распространенность заболеваний (например, ВИЧ-инфекция) (42) и возможности эпидемий (например, гриппа).

Сеть знаний по вопросам социальной отчужденности, созданная в рамках Комиссии по социальным детерминантам здоровья (43), определяет социальную отчужденность как комплекс динамических, многомерных процессов, в основе которых находятся неравноправные властные взаимоотношения в четырех основных сферах - экономической, политической, социальной и культурной. Эти процессы действуют на разных уровнях - в том числе на индивидуальном, семейном, групповом, общинном, страновом и глобальном - и в результате их взаимодействия формируется континуум межличностных отношений, в том числе в сфере интеграции в общество и отчуждения от него, который характеризуется неравным доступом различных групп населения к ресурсам, возможностям и правам, что в свою очередь приводит к несправедливости в отношении здоровья.

В обзоре будут рассмотрены процессы социального отчуждения, увеличивающие такую несправедливость в отношении таких уязвимых групп населения, как нелегальные мигранты, цыгане и люди с ограниченными возможностями. (В приложении 3 дается описание работы целевой группы по вопросам неравенства, социальной отчужденности и уязвимости). В Европейском регионе ВОЗ насчитывается примерно 74,5 миллионов мигрантов, что составляет 39% всех мигрантов в мире. В обзоре будут определены факторы уязвимости, такие, например, как статус беженцев или лиц, ищущих убежища, низкооплачиваемая работа и отсутствие гарантии занятости, торговля людьми, дискриминация и т.д. Кроме того, в ходе обзора будет проведен анализ того, как равный доступ обездоленных групп к ресурсам, основным услугам, возможностям и правам – за счет межсекторальных усилий – может уменьшить несправедливость в отношении здоровья, а также того, какую роль системы здравоохранения и общеправительственные усилия могут сыграть в улучшении ситуации в этой области.

### Использованные источники информации

1. *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г. (<http://www.euro.who.int/ru/who-we-are/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, по состоянию на 10 июля 2011 г.).
2. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в*

здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья  
*Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья.*  
Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.  
([http://www.who.int/publications/list/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08\\_1/ru/index.html](http://www.who.int/publications/list/WHO_IER_CSDH_08_1/ru/index.html), по  
состоянию на 10 июля 2011 г.).

3. Koller T, ed. *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/115485/E94018.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/115485/E94018.pdf), accessed 10 July 2011).
4. Hunter D, Richards T. Health and wealth in Europe. *British Medical Journal*, 2008, 336:1390.
5. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:472–473.
6. *Putting our own house in order: examples of health-system action on socially determined health inequalities.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/27318/E94476.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/27318/E94476.pdf), accessed 10 July 2011).
7. World Health Assembly. *Resolution WHA62.14 on reducing health inequities through action on the social determinants of health.* Geneva, World Health Organization, 2009  
([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf), accessed 10 July 2011).
8. Marmot Review Team. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010.* London, Marmot Review, 2010.
9. Gartner D. *Achieving the Millennium Development Goals: education is the key missing link.* Washington, DC, Brookings Institution, 2010.
10. *Narrowing the gaps to meet the goals.* New York, UNICEF, 2010.
11. *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU.* Brussels, European Commission, 2009.
12. Bambra C, Eikemo TA. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:92–98.
13. Chung H, Muntaner C. Welfare state matters: a typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy*, 2007, 80:328–339.
14. Eikemo TA et al. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine*, 2008, 66:2281–2295.
15. Martikainen P et al. A comparison of socioeconomic differences in physical functioning and perceived health among male and female employees in Britain, Finland and Japan. *Social Science and Medicine*, 2004, 59:1287–1295.
16. *Social Protection Floor Work Group. Social Protection Floor Initiative: fact sheet.* Geneva, International Labour Organization, 2009.
17. *Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities.* Madrid, Spain, Ministry of Health and Social Policy, 2010.
18. Bobak M, Hemingway H. Quality of acute coronary care in emerging economies. *Canadian Medical Association Journal*, 2009, 180:1190–1191.

19. Bobak M. Social inequalities in central and eastern Europe in the period of societal transformation [abstract]. *Analysis of social determinants of health and health inequities. A multi-country event on approaches and policy, Kosice, Slovakia, 12–17 October 2009.*
20. Shkolnikov VM et al. Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by education and marital status: evidence from the first record linkage study in Lithuania. *Social Science and Medicine*, 2007, 64:1392–1406.
21. Bonnefoy J et al. *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*. Concepción, Facultad de Medicina, University del Desarrollo and London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
22. Kelly M et al. *The social determinants of health: developing an evidence base for political action*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_final\\_report\\_102007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf), accessed 10 July 2011).
23. Sadana R et al. *Briefing note: proposed operational approach and indicators to measure social determinants of health equity*. Geneva, World Health Organization, 2007:1–24.
24. AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:578–583.
25. De Looper M, Lafortune G. *Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (Report No. 43).
26. Masseria C. Health inequality: why is it important and can we actually measure it? *Eurohealth*, 2009, 15(3).
27. Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi J-P. *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Paris, Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009.
28. *Overview: Europe and central Asia*. Washington, DC, World Bank, 2010.
29. Cabinet Office Social Exclusion Task Group. *Lessons learnt from the past: social consequences of the recession*. London, Cabinet Office, 2009.
30. Alm S. *The resurgence of mass unemployment. Studies on social consequences of joblessness in Sweden in the 1990s*. Stockholm, Swedish Institute for Social Research, 2001.
31. Kasl SV, Jones BA. The impact of job loss and retirement on health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 2000:118–136.
32. Kessler RC, Turner JB, House JS. Unemployment, reemployment, and emotional functioning in a community sample. *American Sociological Review*, 1989, 54:648–657.
33. Lahelma E. Unemployment, re-employment and mental well-being: a panel survey of industrial job seekers in Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1989, 43:1–170.
34. Curran C et al. Mental health and employment: an overview of patterns and policies across western Europe. *Journal of Mental Health*, 2007, 16:195–209.
35. Elgar FJ et al. Income inequality and alcohol use: a multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *European Journal of Public Health*, 2005, 15:245–250.
36. *Tajikistan Multiple Indicator Cluster Survey 2005*. Dushanabe, State Committee on Statistics of the Republic of Tajikistan, 2009.
37. UNICEF. Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest*, 2000, 6.

38. Women told: “You have dishonoured your family, please kill yourself”. *Independent Online*, 2009, 27 March (<http://www.independent.co.uk/news/world/europe/women-told-you-have-dishonoured-your-family-please-kill-yourself-1655373.html>, accessed 10 July 2011).
39. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 1994, 3:242–247.
40. Popkin BM. Nutritional patterns and transitions. *Population and Development Review*, 1993, 19:138–157.
41. Wisner B et al. *At risk: natural hazards, people’s vulnerability and disasters*. 2nd ed. London, Routledge, 2004.
42. Semenza JC. Strategies to intervene on social determinants of infectious diseases. *EuroSurveillance*, 2010, 15(27):32–39.
43. Popay J et al. Understanding and tackling social exclusion. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/final\\_reports/sekn\\_final%20report\\_042008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf), accessed 10 July 2011).



## **Приложение 3. Резюме промежуточных докладов целевых групп**

Обзор основывается на информации, получаемой от 13 целевых групп, которые анализируют имеющиеся знания и предлагают эффективные стратегии действий в ключевых областях, касающихся здоровья.

### **Роль целевых групп**

Каждая из восьми тематических групп рассматривает одну или несколько ключевых социальных детерминант здоровья в Европейском регионе и/или один или несколько ключевых этапов жизни человека. Помимо этого, еще пять комплексных групп занимаются вопросами, которые рассматриваются несколькими тематическими группами.

Задача каждой целевой группы заключается в определении тех проблем и процессов, относящихся к их кругу ведения, которые действуют как социальные детерминанты здоровья и влияют на несправедливость в отношении здоровья в Европейском регионе. Они определяют релевантность этих проблем и процессов применительно к работе Комиссии по социальным детерминантам здоровья и другим аналогичным проектам, осуществляемым в Европейском регионе. Затем целевые группы идентифицируют фактические данные о конкретных мерах, способствующих уменьшению несправедливости в отношении здоровья в Регионе, и, учитывая все разнообразие стран, входящих в состав Региона, выделяют конкретные процессы, которые имеют отношение к реализации этих мер. Наконец, каждая целевая группа предложит эффективные системы разработки и реализации стратегий, направленных на решение проблемы несправедливости в отношении здоровья внутри и между странами, а также на выявление пробелов в знаниях и научно-исследовательской работе в этой области и определение возможностей и методов их устранения. Целевые группы будут тесно сотрудничать с Университетским колледжем Лондона и ВОЗ и консультироваться с экспертами и практическими работниками из всех частей Европейского региона.

При рассмотрении смежных вопросов целевые группы будут консультироваться друг с другом. Комплексные целевые группы дадут краткое описание взаимосвязей, существующих между анализируемыми ими темами и теми вопросами, которые рассматриваются тематическими целевыми группами. Тематические целевые группы (ТЦГ) будут уделять должное внимание этим взаимосвязям и примут меры к тому, чтобы вопросы гендерных отношений, социального отчуждения, неблагополучия и уязвимости всегда тщательно учитывались в их работе. Комплексные целевые группы будут заказывать проведение исследований, анализировать их результаты, а также рассматривать, обсуждать и комментировать фактические данные, предложения и примеры эффективной практики, которые они получают от тематических целевых групп.

## **Резюме промежуточных докладов тематических целевых групп (ТЦГ)**

### **ТЦГ-1: раннее детство, образование и семья**

#### ***1) Цели и задачи***

Главная задача ТЦГ-1 заключается в том, чтобы определить подходы, которые смогут повысить эффективность процессов развития и обучения детей и молодых людей, и тем самым внесут вклад в повышение как здоровья населения, так и справедливости в отношении здоровья.

Дети и молодые люди развиваются путем активного взаимодействия с другими людьми в различных контекстах, наиболее важными из которых, вероятно, являются семья, школа (и более широкая система образования) и сообщества, к которым они принадлежат (например, сообщества людей, объединяемых такими факторами, как возраст, культурные и религиозные убеждения, место проживания). Данная целевая группа проанализирует меры по совершенствованию процессов развития и обучения в каждом из этих контекстов на разных этапах детства и юности, а также рассмотрит необходимость возможной модификации таких мер.

Работа ТЦГ-1 будет сосредоточена на трех широких и взаимосвязанных группах вопросов, относящихся к раннему детству, среднему детскому и подростковому возрасту и формальному образованию, с уделением особого внимания роли семьи, которая играет решающую роль на каждом этапе развития ребенка.

#### ***2) План работы***

ТЦГ-1 определит стратегические подходы, используемые в рамках Европейского региона, и проанализирует как различия в таких подходах между странами и группами стран, так и причины этих различий. Группа будет заниматься сбором и анализом фактических данных об эффективности различных подходов в снижении несправедливых неравенств в отношении обучения, развития и здоровья, в том числе подходов, применяемых за пределами Региона, но соответствующих европейским условиям. Наконец, группа рассмотрит возможные пути реализации наиболее эффективных подходов и определит как основные принципы этих подходов, так и возможные модификации, которые позволят адаптировать их к условиям Европейского региона.

Чтобы сформировать необходимую базу данных, ТЦГ-1 проанализирует те доклады международных организаций, которые содержат информацию о взаимосвязях, существующих между ранним детством, образованием и здоровьем, примеры различных методов воздействия на эти взаимосвязи и соответствующие практические рекомендации. Кроме того, в целях сбора информации о примерах эффективных практических и стратегических подходов и путях их реализации в различных контекстах будет поручено проведение до 20 исследований в странах Региона, ставя при этом задачу охвата наиболее широкого диапазона местных условий. Целевая группа проанализирует результаты этой работы и разработает соответствующие рекомендации.

#### ***3) Любые новые предложения и рекомендации***

Существующие данные свидетельствуют о том огромном значении, которое раннее детство оказывает на дальнейшую жизнь человека, в том числе в плане здоровья. Семья играет ключевую роль в этом отношении. Поэтому особенное внимание в работе этой группы уделяется подходам и мерам, которые способствуют укреплению физического

здоровья детей, стимулируют их умственное, социальное и эмоциональное развитие и помогают семьям обеспечить для детей наиболее благоприятные условия жизни.

Вмешательства, проводящиеся на более поздних этапах детства и в подростковом возрасте, вероятно, все в большей степени будут ориентироваться на самих детей и на социальную среду за пределами семьи, в которой дети и подростки растут и развиваются.

Формальное образование будет рассматриваться как широкий процесс, направленный не только на содействие обучению и развитию детей, но и на укрепление их здоровья. в частности, будут рассмотрены те возможности, которыми школы располагают как в плане целенаправленного воздействия на детей и семьи, так и в плане проведения других видов вмешательств.

Группа проведет оценку эффективности как мер, направленных на группы повышенного риска, так и более широких мер, не основываясь при этом на исходном допущении о том, что проблему несправедливости лучше всего решать путем оказания помощи людям, которые находятся в наихудших условиях, а не путем общего совершенствования систем социального обеспечения, здравоохранения и образования.

ТЦГ-1 также рассмотрит возможности сотрудничества с другими организациями, которые проводят или поддерживают программы образования и программы содействия развитию в ранние годы жизни.

## **ТЦГ-2: занятость и условия труда, в том числе вопросы, относящиеся к профессиональной принадлежности, безработице и трудящимся-мигрантам**

### **1) Цели и задачи**

В задачи данной группы входит следующее: анализ имеющихся по Европейскому региону данных о том, как условия трудоустройства (в том числе безработица и гарантированность трудовой занятости) и условия труда (в том числе подверженность вредным физическим и химическим производственным факторам, травмам, несчастным случаям и факторам организационного и психосоциального стресса) влияют на здоровье и неравенства в отношении здоровья; выявление и обсуждение соответствующих мер и стратегий; определение показателей и инструментов измерения, которые могут быть использованы на практике; разработка рекомендаций по реализации практических мер и стратегий в различных областях и на различных уровнях, например, на уровне правительства, частных работодателей, других секторов, профсоюзов, ЕС и т.д.

### **2) План работы**

В рамках обзора имеющихся фактических данных ТЦГ-2 рассмотрит два документа, которые были подготовлены по ее поручению. М. Harvey Brenner рассмотрит последствия для здоровья безработицы, а Carles Muntaner и Joan Venach рассмотрят те последствия для здоровья, которые связаны с негарантированной и временной занятостью и неформальными видами труда. В настоящее время наблюдаются быстрые изменения на рынке труда и рост нестабильности в статусе занятости, что оказывает существенное влияние на состояние здоровья трудящихся.

Группа будет выявлять и обсуждать те меры и стратегии, реализуемые на микро-, мезо- и макроуровне, которые направлены на сокращение неравенств в отношении здоровья, связанных с трудоустройством и работой. На мезоуровне ТЦГ-2 будет сравнивать существующие методы осуществления вмешательств в рамках организаций, выявлять

характеристики, которые повышают эффективность вмешательств, а также анализировать методологические проблемы и ограничения, связанные с такими вмешательствами. На макроуровне, ТЦГ-2 рассмотрит то влияние, которое различные национальные стратегии в сфере труда и социального обеспечения могут оказывать на качество работы и занятости, а также на состояние здоровья трудящихся. Кроме того, с целью выявления возможных взаимосвязей между стратегиями в области труда и социального обеспечения и неравенствами в отношении здоровья данная группа может подвергнуть вторичному анализу данные когортных исследований, уже проведенных в странах Европейского региона. Группа рассмотрит взаимосвязи, существующие между стратегиями трудоустройства и стратегиями социального обеспечения населения, а также проведет оценку издержек, связанных с плохими условиями труда (включая их неблагоприятное воздействие на состояние здоровья и социальную сплоченность).

Целевая группа установила тесные отношения с региональными сетями и организациями, такими как Международная комиссия по гигиене труда, сеть Юго-Восточной Европы по гигиене и безопасности труда и Балтийская сеть по гигиене и безопасности труда, а также с главными исследователями проекта PRIMA-EF (управление психологическими рисками – принципы наилучшей практики), что позволяет ей быть хорошо информированной о программах и стратегиях, осуществляемых для решения проблем в этой области в большинстве стран Европейского региона - но не обязательно в странах Центральной Азии.

Целевая группа сделает рекомендации о показателях и инструментах измерения, которые можно будет применять в стандартных системах мониторинга и оценки, тщательно учитывая при этом те существенные различия, которые имеются как между странами, так и между различными уровнями разработки и реализации соответствующих стратегий. Следует подчеркнуть важность мониторинга условий жизни и трудящихся, и безработных, а также состояния их здоровья. Особое внимание будет уделено поиску и развитию возможностей для увязки и сопоставления данных, собираемых различными системами мониторинга.

На основе этих знаний и результатов обсуждений внутри группы и с внешними экспертами, ТЦГ-2 будет рекомендовать кратко-, средне- и долгосрочные мероприятия и стратегические программы, которые с учетом конкретных условий могут быть реализованы ответственными партнерами и органами власти. При разработке этих рекомендаций группа также проведет критическую оценку тех вариантов регулирования рынка труда, установления трудовых норм и реализации мер социальной защиты, которые могут функционировать в условиях глобализации экономики.

### **3) Любые новые предложения и рекомендации**

Каких-либо конкретных предложений и рекомендаций пока что не имеется. Однако уже сейчас выявлено множество тем и вопросов, которые помогут подготовить рекомендации о необходимости стабильной, гибкой работы и о последствиях негарантированной, нестабильной работы по нестандартным трудовым контрактам. Качество трудоустройства имеет большое значение для здоровья людей.

Следует особо подчеркнуть, что поднятые вопросы касаются не только государственной политики, но и тех уровней, на которых реализуются соответствующие меры. Таким образом речь здесь идет о целом круге вопросов, касающихся рабочих мест и работодателей, национальной политики в области занятости, регулирования рынка труда, трудовых нормативов и мер социальной защиты.

## **ТЦГ-3: неблагоприятные условия жизни, социальное отчуждение и уязвимость**

### **1) Цели и задачи**

ТЦГ-3 выявит в рамках Европейского региона совпадающие и расходящиеся мнения относительно значимости и смысла таких негативных явлений, как неблагоприятные условия жизни, социальное отчуждение и уязвимость, а также подчеркнет последствия различий в этой области для деятельности, направленной на их устранение. Группа будет рассматривать вышеуказанные явления как процессы, а не как состояния, характерные для тех или иных групп населения.

Группа определит ключевые характеристики действий со стороны государственных органов и других субъектов, которые могут усилить или уменьшить проблемы, связанные с неблагоприятными условиями жизни, социальным отчуждением и уязвимостью, и которые, следовательно, потенциально могут увеличить или уменьшить несправедливость в отношении здоровья. Эта работа позволит ТЦГ-3 дать предварительное определение принципов, которые характеризуют действия с точки зрения их потенциала привести к положительным и/или негативным последствиям. ТЦГ-3 также внесет свой вклад в процесс консультирования, возглавляемый Европейским региональным бюро ВОЗ.

### **2) План работы**

Первая часть доклада ТЦГ-3 будет посвящена анализу многочисленных и часто расходящихся мнений о подлинном значении таких факторов, как неблагоприятные условия жизни, социальное отчуждение и уязвимость, и о том, являются ли они социальными детерминантами здоровья. Эта часть доклада будет содержать описание как тем, рассматриваемых группой, так и причин, побудивших ее выбрать именно эти темы.

Вторая часть доклада будет посвящена более подробным аналитическим исследованиям четырех тем: детская бедность, нелегальная миграция, инвалидность и положение цыганского населения. Каждое исследование покажет значимость данной темы для всего Европейского региона, любые различия в понимании данной темы, а также то, используются ли по отношению к этой теме понятия «неблагоприятные условия жизни, социальное отчуждение и уязвимость» и если да, то каким образом. В каждом исследовании будут выявлены характеристики основных стратегий и действий, которые могут усугубить проблемы или оказать на них положительное влияние, а также причины различий в этих характеристиках в различных социально-экономических, политических и культурных контекстах. Члены группы будут уделять особое внимание потенциалу действий, направленных на расширение прав и возможностей групп населения, особенно затронутых процессами отчуждения в каждой рассматриваемой области. Особые усилия будут предприняты для того, чтобы включить в этот анализ данные по восточной части Европейского региона, особенно по республикам Центральной Азии.

Что касается цыганского населения, то в исследовании будут обобщены имеющиеся фактические данные о социальных детерминантах здоровья цыган и об усилиях, предпринимаемых для их улучшения. В рамках этого исследования также анализируются важные инициативы по улучшению условий жизни и жизненных шансов цыган, реализуемые в Европейском регионе, особенно в рамках Десятилетия интеграции цыган. Фактические аргументы в пользу проведения тех или иных конкретных мероприятий в течение этого десятилетия также подвергаются оценке. Члены ТЦГ-3 надеются, что несмотря на ограничения, связанные с наличием времени и ресурсов, они смогут провести несколько телефонных интервью с представителями цыганского населения из ряда стран.

Что касается детской бедности, то благодаря работе ТЦГ-3 можно будет сделать выводы как об объеме сопоставимых данных о масштабах этой проблемы в Регионе, так и о том, какое влияние наличие таких данных оказывает на методы определения характера и масштабов детской бедности. Проведенный анализ взаимосвязи между бедностью и состоянием здоровья детей показывает, что при демонстрации этой взаимосвязи на макроуровне очень важную роль играют сравнительные показатели детского благополучия. Помимо этого в исследовании анализируются связи между детской бедностью и другими неблагоприятными факторами, например, недостаточными возможностями для получения образования, а также связи между значительными различиями в подверженности рискам и демографическими и социальными характеристиками бедных детей во всем Европейском регионе и различия в используемых стратегических подходах.

Анализ данных о нелегальной миграции показывает как рост ее масштабов в последние два десятилетия, так и связи, существующие между нелегальной миграцией, с одной стороны, и неблагоприятными условиями жизни, социальным отчуждением и уязвимостью, с другой - особенно когда речь идет о группах, подверженных чрезвычайной степени отчуждения и/или уязвимости, таких например, как несовершеннолетние без сопровождения взрослых. В докладе ТЦГ-3 будут рассмотрены фактические данные о мерах, которые могут быть приняты для облегчения этих проблем, а также приведен ряд практических примеров, показывающих глубокие различия в ситуации с нелегальной миграцией в охваченных анализом странах или регионах.

В исследовании, посвященном инвалидности, данные о распространенности инвалидности рассматриваются с учетом различных трактовок понятия инвалидности. Фактические данные о неравенствах в отношении здоровья рассматриваются с точки зрения проблем инвалидности. В докладе группы будет дано описание воздействия социальных детерминант несправедливости в отношении здоровья на людей с ограниченными возможностями, в том числе таких аспектов этой проблемы, как различия в состоянии здоровья среди людей с ограниченными возможностями, обусловленные инвалидностью, вторичные нарушения здоровья и снижение функциональных возможностей, а также независимые влияния социальных детерминант здоровья. Особое внимание в работе группы уделяется такому аспекту проблемы инвалидности, как широко распространенное негативное и стигматизирующее отношение к людям с ограниченными возможностями, в результате чего повышается риск неблагоприятного воздействия на них более широких социальных детерминант здоровья и уменьшается их доступ к своевременной и эффективной медицинской помощи. Помимо этого будут рассмотрены различные стратегические подходы к улучшению условий повседневной жизни и обеспечению более равномерного распределения власти, денег и ресурсов, равно как и методы измерения и оценки последствий использования тех или иных подходов.

В третьей части доклада ТЦГ-3 будут подытожены основные выводы и дано описание ориентировочной программы действий, в которой, в частности, будут обозначены общие характеристики тех действий по всем анализируемым темам, которые могут способствовать повышению открытости социальных систем и уменьшению неблагополучия и уязвимости или, напротив, усугубить проблемы в этой области.

### ***3) Любые новые предложения и рекомендации***

От характера определений тех или иных явлений и от характера заявлений относительно сути рассматриваемой проблемы в конечном итоге зависит не только определение сути этой проблемы, но и последующие действия по ее решению.

Социальное отчуждение – это не статическое состояние, а процесс, в основе которого лежат мощные социальные, экономические, политические и культурные силы.

Группа должна рассмотреть два типа действий, которые могут облегчить положение нелегальных мигрантов: (а) структурные долгосрочные меры, способные изменить положение таких мигрантов и (б) различные виды безотлагательной помощи для тех, кто в ней нуждается. Группа должна рассмотреть следующие направления деятельности.

- Принятие мер, способствующих свободному передвижению людей (например, путем создания более широких управленческих систем, таких, например, как в ЕС). Однако такой подход может быть успешным только в том случае, если неравенства между странами не слишком большие.
- Прогресс в таких областях, как международное право и продвижение прав человека, привел к лучшему осознанию того, что и люди, не имеющие статуса гражданина в стране проживания, имеют определенные основные права, которые должны соблюдаться. Аргументы, основанные на признанных правах человека, это, по-видимому, единственный способ улучшить положение нелегальных мигрантов, и успехи в этой области уже имеются.

Программы регуляризации нелегальных мигрантов часто пропагандируются в качестве эффективного подхода, но в связи с тем, что регуляризация подрывает само понятие иммиграционного контроля, она может применяться только в отдельных случаях.

- Поскольку в рамках страны мигранты могут иметь только ограниченное политическое влияние, и их интересы могут часто игнорироваться, международные и неправительственные организации могут более эффективно отстаивать их интересы и, следовательно, их рекомендации в этой области также могут быть наиболее эффективными.
- Наиболее систематический международный документ в защиту прав мигрантов - Конвенция ООН о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (1990) - до сих пор не ратифицирован ни одной из промышленно развитых стран, куда в основном прибывают мигранты (возможно, необходимость такой ратификации будет выражена в виде рекомендации авторов обзора).
- Распространение достоверной информации о реальных причинах нелегальной миграции – это первый важный шаг на пути улучшения положения мигрантов, так как нулевая терпимость по отношению к нелегальным мигрантам усиливает дискриминацию и нетерпимость, которым подвергаются нелегальные мигранты.
- Группа также попытается определить, какие системы социальной защиты могут быть созданы для нелегальных мигрантов и какие передовые методы могут быть использованы для оказания им необходимой гуманитарной помощи.

Наиболее важный детерминант детской бедности – это социальная политика, и особенно социальные трансферты. ЮНИСЕФ и другим учреждениям Организации Объединенных Наций нужно, по-видимому, оказать поддержку в дискуссии о необходимости установления минимального уровня социальной защиты в странах с низким и средним уровнем доходов, что отличается от позиции Всемирного банка (доминирующей организации в сборе соответствующих фактических данных и в оказании странам технической поддержки), продолжающего рекомендовать неэффективную модель решения данной проблемы.

Повышенный риск воздействия общих негативных социальных детерминант здоровья – это основная причина несправедливости в отношении здоровья, с которой сталкиваются люди с ограниченными возможностями. Поэтому стратегии, которые успешно уменьшают воздействие таких детерминантов на население в целом, также должны уменьшить несправедливость в отношении здоровья, с которой сталкиваются люди с ограниченными возможностями. Особое внимание в работе группы уделяется такому аспекту проблемы инвалидности, как широко распространенное негативное и стигматизирующее отношение к людям с ограниченными возможностями, в связи с чем повышается риск неблагоприятного воздействия на них более широких социальных детерминант здоровья и уменьшается их доступ к своевременной и эффективной медицинской помощи.

Общая рекомендация ТЦГ-3 будет заключаться в том, что в рамках обзора следует создать панельную группу по оценке воздействия, которая по каждой рекомендации, содержащейся в докладе группы, рассмотрит следующее: (а) возможные последствия рекомендации для уязвимых групп и (б) какие конкретные изменения или корректировки должны быть сделаны для обеспечения того, чтобы предложенная рекомендация была одинаково полезной для каждой из этих групп. В состав такой панельной группы должны быть включены представители организаций, работающих с людьми с ограниченными возможностями, мигрантами, цыганским населением и другими уязвимыми и маргинализированными группами из всех частей Европейского региона.

#### **ТЦГ-4: ВВП, налогообложение, доходы и благосостояние**

##### **1) Цели и задачи**

Данная группа рассмотрит количество экономических ресурсов, необходимых для хорошего и здорового образа жизни, а также то, как различные стратегии, способствующие формированию и поддержанию семейных доходов, могут внести вклад в улучшение здоровья на индивидуальном и общественном уровнях. ТЦГ-4 будет заниматься такими вопросами, как государство всеобщего благоденствия, социальная политика и бедность, и она создала предварительную модель сложных отношений между стратегиями, доходами и состоянием здоровья. Основным вопросом для этой целевой группы заключается в том, каким образом различные стратегии, способствующие формированию и поддержанию семейных доходов, могут внести вклад в улучшение здоровья на индивидуальном и общественном уровнях, и можно ли найти стратегии, которые могут делать это более эффективно.

##### **2) План работы группы**

Целевая группа выявила некоторые пробелы в имеющихся знаниях, и с учетом этого рассмотрит то влияние, которое доходы оказывают на здоровье. В частности, она попытается определить что важнее с точки зрения здоровья: абсолютные уровни доходов среди малообеспеченных слоев населения или неравенства в доходах сами по себе. Связь между доходом и состоянием здоровья является сложной и многогранной. Работа в этой области должна основываться не на простой формуле «чем выше доходы, тем лучше для здоровья», а скорее на тщательном анализе проблемы бедности и градиента показателей бедности. Группа проведет целенаправленный анализ, чтобы выяснить, что уже известно и по каким вопросам знаний пока что недостаточно, а также рассмотрит и уточнит ряд центральных теоретических и эмпирических вопросов, например, что является более важным для улучшения здоровья и уменьшения несправедливости в отношении здоровья – стратегии сжатия распределения доходов или стратегии перераспределения доходов в пользу бедных слоев населения.



Говоря о влиянии любых стратегий, очень важно провести различие между влиянием уровня доходов на нижнем конце их распределения (влияние бедности), более общим влиянием уровня доходов с учетом их покупательной способности и возможным влиянием, связанным с распределением доходов. Одной из приоритетных задач этой группы будет установление того, что известно о связях между уровнем доходов и здоровьем на индивидуальном уровне, возможно, основываясь на результатах текущих европейских исследований по данной теме.

Еще одна задача группы состоит в выявлении тех аспектов стратегий поддержания уровня доходов, реализуемых в Европейском регионе, которые способствуют улучшению здоровья и уменьшению несправедливости. В случае успешного выявления таких аспектов группа подготовит рекомендации по проведению соответствующих стратегических реформ. ТЦГ-4 уже выявила некоторые слабые стороны использования показателей социальных расходов для оценки государств всеобщего благоденствия и утверждает, что нынешняя институциональная структура государства всеобщего благоденствия оказывает разностороннее влияние на наличие ресурсов, определяющих уровень благополучия отдельного человека. Другие ключевые задачи данной группы включают следующее: анализ структурных элементов государства всеобщего благоденствия; выявление институциональных механизмов, которые дают положительные результаты в отношении здоровья; оценка эффекта реализации программ, направленных на построение государства всеобщего благоденствия. При наличии времени и ресурсов, ТЦГ-4 инициирует проведение анализа, в котором на примере ряда стран Европейского региона будут изучены связи между учреждениями социальной защиты населения и неравенствами в отношении здоровья. Для этой цели может быть заказано проведение аналитического исследования, которое будет посвящено изучению взаимосвязей между несправедливостью в отношении здоровья и законодательно гарантированными социальными правами в разные периоды времени и в разных странах.

### **3) Любые новые предложения и рекомендации**

Работа ТЦГ-4 непосредственно связана с вопросами бедности. В частности, эта группа сделает ряд выводов об относительной и абсолютной бедности и о дебатах, относящихся к несправедливости, а также рассмотрит то влияние на неравенства в отношении здоровья, которое оказывают институциональные механизмы и системы социальной защиты.

## **ТЦГ-5: устойчивость и сообщества**

### **1) Цели и задачи**

Данная целевая группа рассматривает то, как естественная, искусственная и социальная среда обитания влияет на неравенства в отношении здоровья и на более широкие детерминанты несправедливости в отношении здоровья. В своей работе она основывается на пяти принципах устойчивого развития. ТЦГ-5 считает, что при осуществлении любых вмешательств следует основываться на общесистемном подходе, учитывать необходимость межпоколенческой справедливости и стремиться к достижению взаимовыгодных результатов с точки зрения повышения справедливости в отношении здоровья и содействия устойчивому развитию.

## **2) План работы**

ТЦГ-5 рассмотрела имеющиеся фактические данные по данному вопросу, которые в основном относятся к Западной Европе и изложены на английском языке. В частности, она обобщила фактические данные об ограниченном числе элементов социальной, искусственной и природной среды, которые оказывают влияние на неравенства в отношении здоровья, и определила относящиеся к этому влиянию взаимодействия, совпадающие эффекты и синергию. Все вышеуказанное следует считать приоритетными направлениями деятельности.

Группа сформировала ряд предварительных мыслей о том, как такое влияние варьируется в рамках Европейского региона. На следующем этапе работы группы акцент будет поставлен на сводном анализе фактических данных, мнений и комментариев из стран восточной части Региона, поскольку определить виды мероприятий, эффективных для всех стран Региона, можно только опираясь на максимально широкий массив знаний и фактов.

## **3) Любые новые предложения и рекомендации**

На основе результатов проведенного анализа было предложено несколько видов мероприятий, направленных как на изменение существующих систем, так и на преобразование природной, искусственной и социальной среды обитания.

Усилия, направленные на смягчение изменения климата, должны быть связаны с мерами по уменьшению несправедливости в отношении здоровья.

Ниже приводятся предварительные рекомендации по изменению существующих систем.

1. Учитывать интересы здоровья во всех стратегиях и содействовать развитию межсекторального сотрудничества, направленного на достижение общих результатов.
2. Применять во всех направлениях политики и практики принципы устойчивого развития, особенно принцип учета связей между экологическими, социальными и экономическими факторами; признавать центральную роль здоровья при разработке и реализации экологической политики и роль изменения климата и других экологических факторов при разработке и реализации политики здравоохранения.
3. Планировать на долгосрочную перспективу и защищать интересы будущих поколений.
4. Активно способствовать предупреждению причин плохого здоровья и несправедливости в отношении здоровья.
5. Повышать качество эпидемиологического надзора и исследований, относящихся к отдельным и комбинированным воздействиям природной, искусственной и социальной среды обитания; осуществлять количественную оценку всех мероприятий с точки зрения их прямого и косвенного воздействия на здоровье людей и на несправедливость в отношении здоровья.

Ниже приводятся предварительные рекомендации, относящиеся к преобразованию природной, искусственной и социальной среды обитания.

1. Для новых и существующих зданий и домов - повысить эффективность использования энергии и измерять результаты предпринимаемых вмешательств с точки зрения их эффекта на неравенства в отношении здоровья.
2. Уменьшить воздействие вредных и опасных загрязнителей воздуха.
3. Оказывать содействие стратегиям развития устойчивых видов транспорта и путешествий.
4. Поддерживать и улучшать качество и доступность зеленых зон.
5. Повышать устойчивость социальной среды с помощью таких подходов, как повышение активности местных жителей, совершенствование государственных и общественных механизмов управления, подчеркивание важности повышения устойчивости во всех направлениях политики, совершенствование системы местного самоуправления.

## **ТЦГ-6: профилактика и лечение болезней**

### **1) Цели и задачи**

Данная группа:

- проведет оценку причин и последствий предотвратимых инфекционных и неинфекционных болезней, которые вносят наибольший вклад в несправедливость в отношении здоровья в Европейском регионе, а также
- предложит конкретные методы и/или общие принципы целенаправленного воздействия на социальные детерминанты риска предотвратимой смертности и заболеваемости, а также улучшения здоровья населения в Европейском регионе и обеспечения более равномерного распределения достигнутых успехов.

### **2) План работы**

Группа будет опираться на результаты работы, проделанной в рамках глобальных и местных структур, занимающихся социальными детерминантами предотвратимой смертности и заболеваемости, таких, например, как соответствующие сети знаний и рабочие группы, созданные в рамках Комиссии по социальным детерминантам здоровья и обзора, проведенного в Англии под руководством проф. Marmot - в частности, группы по системам здравоохранения, по состояниям, являющимся приоритетными для общественного здравоохранения, и по механизмам предоставления услуг. ТЦГ-6 рассмотрит четыре важнейших элемента деятельности систем здравоохранения, которые способствуют повышению справедливости в отношении здоровья: стимулирование межсекторальных действий, всеобщий охват, содействие активному участию, усиление роли первичной медико-санитарной помощи. Эта группа также рассмотрит связь между отзывчивостью системы здравоохранения и неравенствами в отношении заболеваемости и состояния здоровья. В работе группы будут также учтены имеющиеся в Европейском регионе фактические данные о тех действиях и услугах системы здравоохранения, которые продемонстрировали свою эффективность в укреплении здоровья и профилактике и лечении болезней. Хорошим источником таких данных являются, например, тематические исследования о роли систем здравоохранения в борьбе с бедностью и социальным отчуждением. Конкретные вопросы, которые будут рассмотрены группой, включают потребление алкоголя, сердечно-сосудистые

заболевания и их факторы риска, а также туберкулез, включая его лекарственно-устойчивые формы.

Работа ТЦГ-6 будет основываться на принципах общего аналитического обзора, включая рассмотрение общегосударственных подходов к предупреждению неравенств в отношении болезней и здоровья. Эта группа также рассмотрит роль системы здравоохранения в выравнивании социального градиента с помощью таких подходов, как эффективная лечебно-профилактическая работа, повышение уровня здоровья и благополучия и стимулирование во всех секторах действий, направленных на устранение первопричин плохого состояния здоровья с полным учетом несправедливых неравенств в отношении здоровья, обусловленных теми или иными условиями и факторами риска.

Первая часть доклада группы будет посвящена общему описательному анализу, цели которого заключались в следующем:

- оценить причины и последствия предотвратимых заболеваний (как инфекционных, так и неинфекционных), которые вносят наибольший вклад в несправедливость в отношении здоровья;
- провести оценку различий между отдельными странами и группами стран на основе сравнения стран Западной Европы со странами Центральной и Восточной Европы и странами СНГ;
- оценить различия, существующие внутри стран в каждой из трех групп (на примере 1 - 2 стран), а также
- оценить наиболее важные социальные детерминанты (например, низкий образовательный уровень) прямых факторов риска: курение, употребление и злоупотребление алкоголем, неправильное питание, ожирение и т.д.

Работа в этом направлении будет продолжена путем проведения аналогичного детального анализа ситуации применительно к:

- сердечно-сосудистым заболеваниям;
- туберкулезу;
- промежуточным факторам риска для здоровья, включая употребление алкоголя и табака.

При подготовке второй части доклада члены группы будут опираться на уже проделанную работу и проведут систематический обзор литературы и интервью с ключевыми информантами по вышеуказанным вопросам. Основываясь на полученных результатах, они разрабатывают проект рекомендаций, содержащих описание возможных вмешательств и ряда ключевых элементов, которые следует включать в общие или целевые программы и стратегии здравоохранения, направленные на сокращение неравенств.

## **ТЦГ-7: гендерные вопросы**

### **1) Цели и задачи**

Основываясь на результатах сети знаний по гендерным вопросам, созданной Комиссией по социальным детерминантам здоровья, рабочая группа определит наиболее эффективные стратегические меры и управленческие механизмы для борьбы с гендерной несправедливостью в отношении здоровья и разработает основанные на фактических данных рекомендации по ее снижению в рамках всего Европейского региона.

### **2) План работы**

Группа проанализирует объяснения гендерных различий в показателях качества жизни, смертности и инвалидности как между странами, так и внутри стран Европейского региона. Особое внимание при этом будет уделено гендерно обусловленным воздействиям факторов риска и их связям с другими социальными детерминантами здоровья. В ходе анализа будут рассмотрены как гендерные различия в саморазрушительных видах поведения (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками и самоубийства), так и те ценности, нормы и бытовые и поведенческие стереотипы в рамках домашних хозяйств и общин, которые способствуют сохранению гендерной несправедливости в отношении здоровья. Наконец, группа выявит примеры передового опыта в рамках Европейского региона и за его пределами и разработает соответствующие рекомендации, основываясь на фактических данных.

Работа этой группы может частично совпадать с работой других целевых групп в целом ряде областей, таких, например, как репродуктивное здоровье, фертильность и охрана материнства или гендерные различия в подверженности стрессам на рабочих местах. Это должно быть учтено при планировании и организации работы группы.

### **3) Любые новые предложения и рекомендации**

ТЦГ-7 уже выявила ряд примеров передового опыта в этой области, таких, например, как программа по борьбе с гендерным насилием в Испании, дневной центр по уходу в Польше (Siemacha) и программа образования и консультирования по вопросам безопасного материнства в Стамбуле.

Целевая группа определила огромную важность того, чтобы гендерный анализ стал неотъемлемым элементом процесса формирования политики – особенно в следующих областях:

- преодоление важнейших структурных препятствий на пути обеспечения гендерного равенства;
- совершенствование мер, направленных на защиту семьи;
- включение в профилактические стратегии мер по предупреждению репродуктивных рисков;

- преобразование гендерно-ориентированных стратегий, проводимых службами здравоохранения, посредством следующих мер: повышение информированности соответствующих работников и переориентация их деятельности таким образом, чтобы в вопросах охраны здоровья женщин акцент был поставлен на том, чтобы относиться к женщинам как к производителям и одновременно потребителям медицинских услуг; улучшение доступа женщин к медицинской помощи; повышение подотчетности систем здравоохранения в вопросах охраны здоровья женщин;
- улучшение базы фактических данных, необходимых для формирования стратегий, путем укрепления информационно-аналитического потенциала и устранения гендерного дисбаланса в содержательной и методической составляющих научно-исследовательской работы в сфере здравоохранения, а также
- принятие мер для повышения эффективности деятельности всех звеньев соответствующих организаций в таких областях, как обеспечение гендерной и социальной справедливости и расширение прав и возможностей женщин в сфере здравоохранения путем создания поддерживающих структур, стимулов и механизмов отчетности.

## **ТЦГ-8: люди старшего возраста**

### **1) Цели и задачи**

Данная группа проведет оценку неравенств в отношении здоровья и благополучия пожилых людей во всем Европейском регионе и разработает предложения по устранению таких неравенств и их социальных детерминант. В основе этих неравенств лежит сложный комплекс динамических факторов, относящихся как к отдельным лицам и семьям, так и к более широким социальным и экономическим контекстам и в настоящее время, и в прошлом. К числу таких факторов относятся следующие: ресурсы и характеристики людей старшего возраста, их нынешние социальные условия жизни, а также весь динамический комплекс стоящих перед ними жизненных проблем.

Целевая группа рассмотрит различные аспекты неравенств в отношении здоровья, включая следующее: различия, существующие среди людей старшего возраста внутри стран или регионов и между ними, различия между людьми более молодых и более старших возрастных категорий, а также механизмы, посредством которых социальные детерминанты в той или иной степени определяют различия в состоянии здоровья и благополучия людей старшего возраста.

В своей работе группа будет основываться на результатах обзоров доступных литературных источников, проводимых по ее поручению, на некоторых доступных статистических данных и, в очень ограниченной степени, на результатах ряда новых аналитических исследований, проводимых по ее заданию. Особое внимание будет уделено анализу следующих пяти итоговых показателей здоровья и благополучия: смертность; инвалидность (функциональные ограничения); депрессивные состояния; субъективное благополучие; курение. Ограниченность имеющихся ресурсов и данных означает, что работа группы будет сконцентрирована на анализе результатов ряда исследований, которые относятся к конкретным странам, темам и итоговым показателям.

## **2) План работы**

На первом этапе работы группы будут рассмотрены отличия в уровнях здоровья и благополучия в различных половозрастных и социально-экономическим группах населения, которые существуют внутри стран и между ними. Для этой цели будут главным образом использованы пять итоговых показателей, перечисленных выше, результаты заказанного обзора литературы и ограниченное количество дополнительной аналитической информации по ряду стран с особо выраженными различиями в показателях.

На втором этапе работы будут рассмотрены неравенства в использовании медицинской (и в некоторой степени социальной) помощи, которые наблюдаются среди людей старшего возраста. С этой целью будет заказан обзор литературы и подготовлен доклад о воздействиях на макро-уровне, который будет основываться на анализе SHARE (европейский обзор по вопросам здравоохранения, старения и выхода на пенсию) и на других сопоставимых массивах данных. Кроме того будет проведен сравнительный анализ неравенств в доступе к медицинской и социальной помощи в небольшом количестве стран, по которым уже имеются соответствующие данные.

На третьем, заключительном этапе будет проведена оценка потенциальных результатов реализации стратегий, разработанных с учетом полученных результатов.

## **3) Любые новые предложения и рекомендации**

Люди старшего возраста - это не однородная группа, и проблемы здоровья между ее членами, различающимися по возрасту, также не однородны. Помимо этого, в данной группе населения также наблюдаются гендерные и этнические различия.

Степень уязвимости конкретных людей зависит как от тех воздействий, которым они подвергались на протяжении всей жизни, так и от наличия внешней поддержки (ресурсы, медико-социальная помощь и т.д.).

Устойчивость к негативным факторам зависит и от степени уязвимости конкретного человека, и от характера и степени внешних воздействий, которые изменяются на всех этапах старения организма в зависимости от вышеперечисленных факторов и от условий, характерных для той или иной страны, региона и культуры.

В число рассматриваемых показателей входят смертность, состояние психического здоровья (в частности, депрессивные состояния) и поведение в отношении здоровья.

Проблема неравенства в доступности и использовании медико-санитарной помощи должна быть безотлагательно решена.

## **Резюме предварительных докладов комплексных целевых групп (КЦГ)**

### **КЦГ-1: экономика**

#### **1) Цели и задачи**

Эта группа рассмотрит экономические вопросы, относящиеся к проблеме неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе. Ее работа основана на предпосылке, что сектор экономики и сектор общественного здравоохранения могут дополнять и поддерживать друг друга во многих областях, и что любые различающиеся мнения и позиции должны быть четко обозначены. Данная группа в сотрудничестве с другими целевыми группами рассмотрит пять областей, в которых каждая группа в процессе формирования рекомендаций должна в полной мере учитывать экономические аспекты, связанные с их реализацией.

#### **2) План работы**

Во-первых, рабочая группа будет собирать и представлять всю информацию о затратах и выгодах, связанных с мероприятиями по улучшению социальных детерминант здоровья, основываясь при этом на критическом анализе качества оценки таких затрат и выгод. Руководители высшего звена хотят иметь количественную информацию о степени выгоды от таких мероприятий в сравнении с другими вариантами политики, и поэтому идеально было бы иметь информацию, которая позволяет достоверно сравнивать одни виды мероприятий с другими – независимо от того основаны они на социальных детерминантах здоровья или нет. Однако группа не в состоянии провести достоверное измерение выгод ни с точки зрения повышения эффективности, ни с точки зрения повышения справедливости. При отсутствии количественной информации о затратах и выгодах нужно дать качественное описание расходов и выгод, связанных с рассматриваемой стратегией, а также указать какие именно сектора могут нести расходы или, напротив, пользоваться плодами этой стратегии.

Во-вторых, КЦГ-1 рассмотрит фактические данные о конечном эффекте тех мер и мероприятий, направленных на улучшение социальных детерминант здоровья, проведение которых рекомендуется другими целевыми группами. Такой эффект трудно измерить, и было бы полезно выяснить, в какой степени данные об эффективности каждой рекомендованной меры основаны на результатах корреляционных исследований или исследований, применяющих более передовые эконометрические и статистические методы (или даже - в редких случаях - на результатах рандомизированных исследований).

В-третьих, эта целевая группа рассмотрит то, какие именно недостатки рыночной экономики могли бы оправдать вмешательство государства с экономической точки зрения. Хотя недостатки рыночной экономики и помогают объяснить участие государства в рыночных отношениях в сфере здравоохранения, пока что не доказано, что какие-либо серьезные недостатки рыночной экономики действительно воздействуют на поведение людей в отношении здоровья вне контекста здравоохранения. Было бы очень полезно – помимо аргументов, касающихся справедливости, иметь возможность обосновать государственные стратегические вмешательства, используя такой аргумент, как неэффективность рыночных механизмов в этой области. Соответствующие недостатки рыночной экономики включают следующее: внешние последствия, асимметричная информация между участниками рынка, злоупотребления монополий,



доминирующих на рынке, и ограниченно рациональное поведение участников рынка (действия в ущерб себе) под влиянием нерациональных психологических факторов.

В-четвертых, группа выявит имеющуюся информацию о взаимосвязях между справедливостью (распределение выгод от конкретного вмешательства) и результативности этого вмешательства (общая или усредненная польза для населения в целом). Это особенно ценно для выявления вмешательств, которые могут быть взаимодополняющими и способствовать повышению как справедливости, так и результативности. Если речь идет о компромиссном решении, то полезно знать характер возможного компромисса, с тем чтобы руководители высшего звена и население в целом могли принимать обоснованные решения в соответствии с собственными предпочтениями.

Наконец, группа рассмотрит – с учетом социальных детерминант здоровья – любые нежелательные последствия осуществления рекомендованных мер. Это снизит риск возможных побочных эффектов, которые могут уменьшить или свести на нет пользу от мер, которые на первый взгляд кажутся перспективными.

### **3) Любые новые предложения и рекомендации**

При проведении экономического анализа следует рассматривать не только показатели результативности и эффективности, но и ряд других факторов.

## **КЦГ-2: системы стратегического управления (руководства) и реализации**

### **1) Цели и задачи**

Данная группа проанализирует текущие региональные, национальные и местные усилия по решению проблемы несправедливости в отношении здоровья и выработает рекомендации по наиболее эффективным управленческим и практическим механизмам сокращения неравенств в отношении здоровья (или по изменению существующих механизмов).

Целевая группа будет основываться на тех же концептуальных принципах, что и исследование по вопросам стратегического руководства в интересах здоровья в 21 веке. Стратегическое управление основывается на использовании комплекса механизмов, включая механизмы взаимодействия государственных органов и общественных организаций, механизмы взаимодействия между государственными и общественными структурами и гражданами, а также механизмы принятия решений в сложных условиях современного мира. Поэтому целевая группа уделит особое внимание принципам и механизмам стратегического управления и реализации согласованных мер, включая механизмы мониторинга прогресса и механизмы обеспечения подотчетности относительно мер воздействия на социальные детерминанты здоровья.

### **2) План работы**

На первом этапе работы группы будут определены основные принципы стратегического управления в рамках систем, которые стремятся воздействовать на социальные детерминанты здоровья. Для этой цели будут организованы интервью с ключевыми заинтересованными сторонами и проведен обзор соответствующих документов по вопросам управления и других литературных источников, включая анализ общегосударственного подхода, который в настоящее время осуществляется Европейским офисом ВОЗ по инвестициям в здоровье и развития в партнерстве с рядом

стран Европейского региона. Главная задача группы заключается в том, чтобы определить основные принципы и механизмы стратегического руководства (управления) и реализации, которые используются в выборке стран, реализующих формальные стратегии по решению вопросов, связанных с социальными детерминантами здоровья и несправедливостью в отношении здоровья. Помимо этого, благодаря работе группы будут улучшены знания о слабостях, пробелах и препятствиях, относящихся к эффективному стратегическому руководству.

На втором этапе целевая группа, опираясь на результаты первого этапа работы, детально проанализирует конкретные элементы системы управления и реализации, относящиеся к стратегиям улучшения социальных детерминант здоровья. В число этих элементов входят следующие: подотчетность применительно к мерам по уменьшению несправедливости в отношении здоровья; общеправительственный подход; согласованность действий на различных уровнях формирования политики; мониторинг прогресса. КЦГ-2 также разработает методологию оценки и развития на национальном и субнациональном уровнях потенциала, необходимого для укрепления механизмов управления в целях улучшения социальных детерминант здоровья, начиная от механизмов выражения политической приверженности и заканчивая механизмами вовлечения заинтересованных сторон в процессы формирования политики.

На третьем этапе работы эта группа проверит правильность своих основных выводов и рекомендаций и рассмотрит результаты работы других групп. Для этой цели будет организовано специальное совещание председателей целевых групп и ряда экспертов из всех частей Европейского региона, результаты обсуждения которых будут отражены в заключительном докладе целевых групп.

### **3) Любые новые предложения и рекомендации**

Проведенные анализы показывают, что для укрепления системы управления и реализации мер по улучшению социальных детерминант здоровья и уменьшению несправедливости в отношении здоровья необходимы усилия по созданию и сохранению следующих условий: политическое лидерство и долгосрочные обязательства; активное гражданское общество; действующие на всех уровнях институциональные механизмы и стимулы для межсекторального сотрудничества, координации и интеграции действий; профессиональные работники с соответствующими навыками и опытом, эффективно размещенные на различных уровнях формирования политики; а также благоприятная для обучения среда, которая способствует инновациям в сфере политики, а также разрешению конфликтов.

## **КЦГ-3: глобальные факторы**

### **1) Цели и задачи**

При анализе глобальных факторов и их влияния на социальные детерминанты здоровья в Европейском регионе будут учитываться следующие два взаимозависимые фактора.

- Глобальные факторы, особенно такие, как глобальный экономический спад и миграционное давление, влияют на социальные детерминанты здоровья в Европейском регионе. Общей проблемой, относящейся к справедливости в отношении здоровья в мире и в Европейском регионе, является увеличение секьюритизации внешней политики, что выражается в усилении мер по охране границ и защите экономических интересов.

- Аналогичным образом, внешняя политика государств в Европейском регионе – особенно в таких областях, как торговля, развитие и оказание помощи – оказывает воздействие на другие страны мира, например, с точки зрения экономической и финансовой стабильности, управления миграцией, здравоохранения и обеспечения готовности к пандемии. Она оказывает как прямое влияние на справедливость в отношении здоровья в этих странах, так и косвенное (через механизмы обратной связи) влияние на здоровье населения и социальные детерминанты здоровья в Европейском регионе. Таким образом, усилия по повышению согласованности внешней политики стран Европейского региона и стран ЕС следует считать одним из важнейших приоритетов.

## **2) План работы**

По поручению данной группы будет проведено несколько обзоров фактических данных, посвященных:

- синтезу данных последних исследований о том влиянии, которое глобальный экономический спад оказал на здоровье населения (и на некоторые социальные детерминанты здоровья), с упором на рассмотрение различных вариантов регулирования финансовой системы;
- анализ миграционных давлений с точки зрения их воздействия на состояние здоровья населения и на социальные детерминанты здоровья, с уделением особого внимания следующим вопросам: глобальные причины усиления миграционных потоков в сторону Европейского региона; роль миграции на рынках труда Европейского региона; миграционная политика Европейского региона в свете обязательств по правам человека; миграция как одна из причин роста проблемы широкой лекарственной устойчивости и множественной лекарственной устойчивости; влияние, которое миграция оказывает на доступ к службам здравоохранения и социальной защиты; причины и последствия возрастающих негативных отношений к мигрантам;
- влияние (как положительное, так и отрицательное), которое торговая политика оказывает на несправедливость в отношении здоровья и социальные детерминанты здоровья, а также
- влияние общеевропейской политики в сфере развития на другие страны. В этой связи следует отметить, что подробный доклад о политике оказания помощи в области здравоохранения уже подготовлен и что дальнейший анализ будет сфокусирован на таких ключевых социальных детерминантах здоровья, как образование, сельское хозяйство, водоснабжение и канализация, санитария, продовольственная безопасность. Помимо этого будут проведены оценка политики ЕС в области развития, а также аналитический обзор и исследование, посвященное внешней помощи в целях развития, которую оказывает ЕС, и социальным детерминантам здоровья в трех целевых странах.

### **3) Любые новые предложения и рекомендации**

На основании обзора фактических данных, данная целевая группа определит 2-3 крупные стратегические инициативы, которым ЕС мог бы способствовать и которые будут содействовать повышению справедливости в отношении здоровья на европейском и глобальном уровнях, оказывая позитивное влияние на социальные детерминанты здоровья. В частности, могут быть рассмотрены следующие две инициативы:

- контроль за торговыми договорами с точки зрения их соответствия интересам справедливости и реализации прав человека; это позволит обеспечить их согласованность с глобальными целями в области развития (важнейший принцип этого подхода заключается в том, чтобы торговля занимала подчиненное положение по отношению к правам человека и развитию, а не наоборот),
- глобальные системы налогообложения, направленные на поддержку развития и на глобальное перераспределение ресурсов (налоги солидарности); в основе этого подхода лежит допущение о том, что умеренная степень перераспределения богатства (особенно с учетом эскалации неравенства в отношении богатства, имевшей место в последние 10-20 лет) – это более эффективный, справедливый и экологически устойчивый путь развития в сравнении с подходом, ориентированным на высокий экономический рост и связанное с этим постепенное повышение благосостояния малообеспеченных слоев населения.

Очень важным и актуальным вопросом является сочетание таких проблем, как миграция, экономический спад и расизм, что создает риск развития социальных конфликтов в рамках Европейского региона и за его пределами.

## **КЦГ-4: справедливость, равенство и права человека**

### **1) Цели и задачи**

Сокращение несправедливости в отношении здоровья является вопросом равных возможностей и социальной справедливости, т.е. ценностей, наибольшее значение которым, как правило, придается на политической арене. Это очень важно, так как распределение государственных ресурсов оказывает сильное влияние на социальные детерминанты здоровья. На политической арене эти ценности, как правило, основаны на документах по правам человека. В связи с вышеуказанным КЦГ-4 сосредоточит свое внимание на том, как повысить ответственность правительств за работу по устранению несправедливости в отношении здоровья, основываясь на правах человека. Особое внимание будет уделено тому, как такие подходы и инструменты могут быть успешно применены в стратегиях по уменьшению несправедливости в отношении здоровья в различных частях Европейского региона, и как этот подход срабатывает в конкретных субрегионах. Данная группа также обсудит недостатки подхода, основанного на правах человека, и возможные пути его совершенствования в целях более эффективного устранения несправедливости в отношении здоровья.

#### *Международная основа для подхода, основанного на правах человека*

Международная система защиты и поощрения прав человека, основанная на Уставе Организации Объединенных Наций, продолжает развиваться, что, в частности, нашло отражение в ряде международных договоров, принятых на глобальном и региональном уровнях. Конституция ВОЗ, принятая в 1948 г., стала первым международным правовым документом, закрепляющим право на здоровье. Нормативное содержание права на наивысший достижимый уровень здоровья развивалась в течение многих лет, однако в последние 10 лет после того, как в 2000 г. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам сделал Замечание общего порядка № 14 о праве на здоровье, этот

процесс ускорился. Политика Здоровье-2020 должна основываться на этих ценностных принципах, а также на общих понятиях, отраженных в таких важных документах ВОЗ, как Политика достижения здоровья для всех, Алма-Атинская декларация, Оттавская хартия укрепления здоровья, Всемирная декларация по здравоохранению, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения, и ЗДОРОВЬЕ-21. В Европейском регионе, самое последнее заявление государств-членов относительно общих ценностей здравоохранения прозвучало в Таллиннской хартии: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния.

## **2) План работы**

Данная группа определит различные подходы, основанные на правах человек, а также соответствующие инструменты, которые могли бы способствовать повышению справедливости в рамках всех стратегий, направленных на социальные детерминанты здоровья (с особым акцентом на стратегические вопросы, которые рассматриваются другими целевыми группами). В частности, это будет включать анализ юридически обязывающих компонентов этих инструментов.

Будет разработана концепция, в которой вопросы несправедливости в отношении здоровья будут анализироваться с учетом основных принципов равенства и недискриминации, лежащих в основе всех прав человека. Группа рассмотрит возможность разработать структуру, позволяющую определить связь между социальными детерминантами здоровья и конкретными документами по правам человека. Она также проанализирует, какие именно декларации и конвенции о правах человека и законодательные акты ЕС являются наиболее актуальными применительно к темам, рассматриваемым другими целевыми группами.

Целевая группа выявит ситуации, в которых принципы социальной справедливости или прав человека были успешно использованы для повышения приоритетности темы справедливости в отношении здоровья, а также проанализирует условия, которые способствовали этому успеху. Она также выявит примеры хорошей практики и разработает ряд рекомендаций о том, что может быть сделано в этой области.

## **3) Любые новые предложения и рекомендации**

Группа пока что не имеет каких-либо конкретных предложений.

## **КЦГ-5: методы измерения и целевые показатели**

### **1) Цели и задачи**

Работа данной группы направлена на выявление возможного дефицита показателей и вспомогательных данных и на разработку рекомендаций по будущим целевым показателям и методам сбора данных о состоянии здоровья и социальных детерминантах здоровья.

### **2) План работы**

На первом этапе КЦГ-5 создаст общую схему основных показателей состояния здоровья и основных параметров социальных детерминант здоровья. Эта группа также проведет анализ ситуации с информационным обеспечением, включая такие аспекты, как регулярный сбор данных, направляемых в ВОЗ, ЕС и другие международные

организации, а также проведение специальных исследований с использованием методов, сопоставимых на международном уровне. Она также проведет анализ доступности (и, по возможности, качества) конкретных массивов данных о (а) состоянии здоровья населения в Европейском регионе с использованием таких показателей, как смертность, заболеваемость, самооценка здоровья, а также объективная и субъективная оценка функциональных возможностей и (б) социальных детерминантах здоровья во всем регионе, с особым акцентом на использовании количественных данных, сбор которых осуществляется или предусматривается институтами ЕС.

Затем целевая группа выявит недостатки механизмов сбора данных и разработает рекомендации по их устранению в будущем. Это будет сделано как для показателей состояния здоровья, так и для показателей, характеризующих социальные детерминанты здоровья, обращая особое внимание на данные, которые либо уже имеются в ЕС, либо должны собираться в его рамках. КЦГ-5 также рассмотрит доклады конкретных тематических целевых групп, особенно для того, чтобы оценить: уместность и качество используемых данных; качество проанализированных фактических данных; методы оценки фактических данных и надежность выводов и рекомендаций (с учетом наличия и качества имеющихся данных); целесообразность поставленных целей, главным образом, с точки зрения наличия соответствующих данных.

### ***3) Любые новые предложения и рекомендации***

Группа пока что не имеет каких-либо конкретных предложений..