Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро



Здоровая и благополучная жизнь для всех

Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Здоровая и благополучная жизнь для всех

Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ

Аннотация
Благодаря принятию Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и Целей в области устойчивого развития создана хорошая концептуальная основа как для укрепления мер по улучшению здоровья и благополучия всех людей, так и для обеспечения того, чтобы все группы населения получали необходимую помощь. Несмотря на общее улучшение состояния здоровья и благополучия населения в Европейском регионе ВОЗ, неравенство внутри стран сохраняется. В настоящем докладе определены пять основных условий, необходимых для достижения и поддержания здоровья для всех: хорошее качество и доступность медицинских услуг; защищенность доходов и социальная защита; достойные условия жизни; социальный и человеческий капитал; достойные условия труда и занятости. Для создания этих пяти условий необходимы целенаправленные и активные меры политики. В Докладе ОСОЗ также рассматриваются ключевые факторы обеспечения справедливости в отношении здоровья и создания более справедливых обществ, включая следующие: согласованность политики, подотчетность, общественное участие, расширение прав и возможностей граждан и местных сообществ. В Докладе приводятся фактические данные о глубинных причинах несправедливых неравенств в отношении здоровья в каждом из 53 государств-членов Региона, а также о решениях, позволяющих сократить эти неравенства.

Ключевые слова
HEALTH INEQUITIES
HEALTH MANAGEMENT AND PLANNING
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH
SOCIOECONOMIC FACTORS
SUSTAINABLE DEVELOPMENT

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

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

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

Здоровая и благополучная жизнь для всех. Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ
[Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report]
ISBN 978 92 890 5476 8

© Всемирная организация здравоохранения, 2020 г.
Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки: Здоровая и благополучная жизнь для всех. Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ [Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: http://apps.who.int/iris/.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. http://apps.who.int/bookorders. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. http://www.who.int/about/licensing/.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Редактор: Nicole Satterley
Оформление публикации: Marta Pasqualato
Отпечатано в Италии: AREAGRAPHICA SNC DI TREVISAN ALBERTO E PAOLO
Переводчик: Александр Шелепин

СОДЕРЖАНИЕ

Список иллюстраций vii

Список сокращений xi

Выражение благодарности xii

Предисловие xiii

Резюме xiv

Справедливость в отношении здоровья и благополучие населения xiv

Инновационные подходы в рамках инициативы HESRi xv

Обеспечение справедливости в отношении здоровья: текущая ситуация и тенденции xvii

Понимание причин разрывов в показателях здоровья: какие факторы лежат в основе неравенств в отношении здоровья в странах Европейского региона ВОЗ? xxv

Обеспечение справедливости в отношении здоровья в короткие сроки вполне возможно – даже в пределах политических циклов xxvii

Пять основных условий для достижения и поддержания здоровья для всех – решения и прогрессивные стратегические подходы xxix

Здоровье и *услуги здравоохранения* ..... *xxix*

Здоровье и *защищенность доходов и социальная защита* ..... *xxxi*

Здоровье и *условия жизни* ..... *xxxiii*

Здоровье и *социальный и человеческий капитал* ..... *xxxvi*

Здоровье и *условия занятости и труда* ..... *xxxviii*

Введение 1

Справедливость в отношении здоровья и общественное благосостояние 1

Прогресс в Европейском регионе ВОЗ 2

Содействуйте достижению цели путем устранения барьеров и создания условий, необходимых для достижения справедливости в отношении здоровья 6

Содействуйте ускорению прогресса путем осуществления комплекса мер политики, способствующих инклюзивному развитию и расширению прав и возможностей граждан 7

Оказывайте влияние на ход событий: поставьте цель обеспечения справедливости в отношении здоровья в центр стратегий устойчивого и инклюзивного развития 7

1. Состояние и тенденции в области обеспечения справедливости в отношении здоровья и благополучия населения Европейского региона ВОЗ 10

1.1 Набор данных о справедливости в отношении здоровья. 10

1.2 Различия в показателях здоровья детей: состояние и тенденции 15

1.3 Различия в состоянии здоровья взрослых: состояние и тенденции 22

1.4 Сводные круговые диаграммы, показывающие неравенства в отношении здоровья 48

2. Пять основных условий, лежащих в основе неравенств в отношении здоровья 52

2.1 Пять условий, способствующих формированию неравенств в отношении здоровья и благополучия 55

2.2 Основные условия и меры политики: *услуги здравоохранения* *57*

2.3 Основные условия и меры политики: *защищенность доходов и социальная защита* *65*

2.4 Основные условия и меры политики: *условия жизни* *74*

2.5 Основные условия и меры политики: *социальный и человеческий капитал* *88*

2.6 Основные условия и меры политики: *условия занятости и труда* *101*

2.7 Сводные круговые диаграммы, показывающие неравенства в отношении здоровья, связанные с анализируемыми основными условиями 109

3. Настало время для достижения поставленной цели, ускорения действий и оказания необходимого влияния 113

В докладе ОСО3 представлены фактические данные, необходимые для устранения барьеров и создания условий для того, чтобы все люди могли иметь здоровую и благополучную жизнь 113

Социально-экономический градиент обнаруживается во многих показателях по всем пяти условиям, необходимым для здоровой и благополучной жизни 113

3.1 Меры политики по достижению прогресса в обеспечении справедливости в отношении здоровья .. 115

3.2 Ускорение прогресса в деле сокращения неравенства в отношении здоровья 117

3.3 Достижение поставленных целей, ускорение деятельности и оказание необходимого влияния 119

Библиография 122

Приложение 1. Методы расчета показателей 130

A1.1 Выбор показателей 130

A1.2 Источники данных 131

A1.3 Обработка данных 132

A1.4 Ограничения 133

Приложение 2. Декомпозиционный анализ 134

A2.1 Технические характеристики метода декомпозиции 134

Приложение 3. Группы стран 136

Приложение 4. Определения 138

A4.1 Самооценка здоровья 138

A4.2 Заболевания, ограничивающие жизнедеятельность (стойкие ограничения жизнедеятельности) ... 138

A4.3 Удовлетворенность жизнью 138

Библиография, относящаяся к приложениям 139

Список иллюстраций

Рисунки

Рис. 0.1. Объединение трех типов информации в докладе ОСОЗ xvi

Рис. 0.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по уровням образования, 2016 г. (или последний доступный год) xvii

Рис. 0.3. Различия в показателях младенческой смертности на 1000 живорожденных между самыми неблагополучными и самыми благополучными субнациональными регионами, 2016 г. (или последний доступный год; динамика этих показателей показана за период с 2005 г.) xviii

Рис. 0.4. Процентная доля взрослых, сообщающих о том, что они длительное время страдают от ограничений жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям доходов xxi

Рис. 0.5. Процентная разница между людьми в возрасте 65 лет и старше, оценивающими свое здоровье как плохое или удовлетворительное, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом, 2017 г. (и тенденции в период с 2005 г.) xxii

Рис. 0.6. Процентная разница между взрослыми, сообщающими о плохом психическом здоровье по индексу благополучия ВОЗ-5, на 100 взрослых в квинтиле с самым низким доходом и квинтиле с самым высоким доходом (различные годы и тенденции) в разбивке по группам стран xxiv

Рис. 0.7. Средние значения внутристрановых неравенств в отношении НИЗ и факторов риска НИЗ (коэффициент разрыва между людьми с самым высоким и с самым низким количеством лет обучения) xxv

Рис. 0.8. Условия, необходимые для обеспечения справедливости в отношении здоровья, согласно докладу ОСОЗ xxvi

Рис. 0.9. Пять условий, играющих роль факторов неравенств по показателям самооценки физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью (страны ЕС) xxvi

Рис. 0.10. Потенциал восьми мер макроэкономической политики в плане сокращения за 2–4 года неравенств в распространенности ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди взрослого населения в 24 странах xxviii

Рис. 0.11. Услуги здравоохранения как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС) xxix

Рис. 0.12. Неадекватные условия жизни как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС) xxxiv

Рис. 0.13. Государственные расходы на душу населения на жилье и коммунальное обслуживание, 2017 г. (и тенденции изменения этого показателя в период с 2006 г.) xxxv

Рис. 0.14. Социальный и человеческий капитал как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС) xxxvi

Рис. 0.15. Процентная доля взрослых, сообщивших о низком социальном капитале, измеряемом с помощью таких показателей, как чувство социальной изоляции, отсутствие доверия к людям, отсутствие системы оказания помощи и отсутствие чувства безопасности, данные за разные годы, в разбивке по уровням образования и группам стран xxxvii

Рис. 0.16. Условия занятости и труда как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС) xxxviii

Рис. 0.17. Условия, которые согласно докладу ОСОЗ необходимы для обеспечения справедливости в отношении здоровья 6

Рис. 1.1. Образец диаграммы доклада ОСОЗ, показывающий разрывы в показателях в разбивке по квинтилям доходов 12

Рис. 1.2. Пример диаграммы доклада ОСОЗ, показывающей различия в показателях между двумя группами населения (и соответствующие тенденции) 13

Рис. 1.3. Разница в доле детей из самых бедных и самых богатых семей, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, 2014 г. (и динамика изменения этого показателя в период с 2002 г.) 15

Рис. 1.4. Разница в доле детей, сообщающих о неудовлетворительной жизни, наблюдаемая при сравнении детей из наименее и наиболее обеспеченных семей, на 100 детей, 2014 г. (или последний год, по которому имеются такие данные; динамика этих показателей показана за период с 2002 г.), в разбивке по группам стран 17

Рис. 1.5. Процент детей в возрасте 15 лет, которые физически активны согласно индексу ESCS (PISA) 18

Рис. 1.6. Различия в показателях младенческой смертности на 1000 живорожденных между самыми неблагополучными и самыми благополучными субнациональными регионами, данные за разные годы (и динамика этих показателей за период с 2005 г.) 19

Рис. 1.7. Число смертей на 1000 живорожденных у детей в возрасте до 12 месяцев, по квинтилям благосостояния семей, данные за разные годы 20

Рис. 1.8. Процент детей в возрасте 12–59 месяцев, получивших хотя бы одну дозу противокоревой вакцины, по квинтилям благосостояния, данные за разные годы....22

Рис. 1.9. Разница в доле взрослых с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, 2017 г. (и динамика изменения этого показателя в период с 2005 г.) ..24

Рис. 1.10. Процентная доля взрослых, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы 25

Рис. 1.11. Доля людей в возрасте 65 лет и старше, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы 26

Рис. 1.12. Процентная разница между взрослыми, сообщающими о неудовлетворительной жизни, на 100 взрослых в квинтиле с самым низким доходом и квинтиле с самым высоким доходом, 2003–2016 гг. (и тенденции) в разбивке по группам стран 28

Рис. 1.13. Доля взрослых, сообщающих о неудовлетворенности жизнью, в разбивке по квинтилям дохода, 2016 г. (или последний год, по которому имеются соответствующие данные) 29

Рис. 1.14. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по уровням образования, 2016 г. (или последний доступный год) 30

Рис. 1.15. Разница в ожидаемой продолжительности жизни между наиболее неблагополучными и наиболее благополучными субнациональными регионами, 2016 г. (и тенденции за период с 2005 г.) 32

Рис. 1.16. Доля взрослых, сообщающих о том, что из-за проблем со здоровьем они страдают от стойких ограничений жизнедеятельности (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы 33

Рис. 1.17. Разница в доле взрослых, сообщающих о стойких ограничениях жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом, 2016 г. (с указанием тенденций за период с 2004 г.), в разбивке по кластерам стран....34

Рис. 1.18. Доля взрослых с низким уровнем психического здоровья по Индексу благополучия ВОЗ-5 (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы 35

Рис. 1.19. Разница в доле взрослых, сообщающих о плохом психическом здоровье по индексу благополучия ВОЗ-5, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом в 2007–2016 гг. (с указанием тенденций), в разбивке по кластерам стран....36

Рис. 1.20. Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП, 2017 г, (и тенденции за период с 2000 г.) 40

Рис. 1.21. Процент людей в возрасте 18–64 лет, которые в настоящее время курят, в разбивке по уровню образования, данные за разные годы 41

Рис. 1.22. Процент людей в возрасте 18–64 лет, сообщающих о том, что они больны диабетом (с поправкой на возраст), в разбивке по уровню образования, данные за разные годы 45

Рис. 1.23. Процент людей в возрасте 18–64 лет, сообщающих о том, что они страдают от ожирения (с поправкой на возраст), в разбивке по уровню образования, данные за разные годы 47

Рис. 1.24. Средние значения внутристрановых неравенств по показателям здоровья (коэффициент разрыва между людьми в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом) 49

Рис. 1.25. Средние значения внутристрановых неравенств по показателям здоровья (коэффициент разрыва между людьми с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения)....50

Рис. 1.26. Средние значения внутристрановых неравенств в отношении НИЗ и факторов риска НИЗ (коэффициент разрыва между людьми с самым высоким и с самым низким количеством лет обучения)....51

Рис. 2.1. Условия, указанные в докладе ОСОЗ как необходимые для обеспечения справедливости в отношении здоровья 52

Рис. 2.2. Роль пяти анализируемых условий в формировании неравенств по таким показателям, как самооценка здоровья, уровень психического здоровья и удовлетворенность жизнью (страны ЕС)....55

Рис. 2.3. Неравенства в показателях самооценки здоровья в 18 странах, не входящих в ЕС: роль трех рассматриваемых условий....56

Рис. 2.4. Факторы, способствующие формированию неравенств в отношении услуг здравоохранения (на основе показателей самооценки здоровья)....57

Рис. 2.5. Общие расходы на здравоохранение (государственные и частные) в процентах от ВВП, 2014 г. (и тенденции за период с 2005 г.)....59

Рис. 2.6. Расходы частных домашних хозяйств на здравоохранение в процентах от текущих расходов на здравоохранение, 2016 г. (и тенденции в период с 2000 г.)....60

Рис. 2.7. Процент домохозяйств с катастрофическими расходами на здравоохранение, по квинтилям потребления, данные за разные годы....63

Рис. 2.8. Разница в доле взрослых, сообщающих о неудовлетворенных потребностях в медицинской помощи, в группах людей с низким и высоким уровнем образования, данные за разные годы (с указанием тенденций за период с 2008 г.)....64

Рис. 2.9. Фактор, способствующий формированию неравенств в отношении здоровья, в сфере защищенности доходов и социальной защиты (на основе самооценки здоровья)....66

Рис. 2.10. Расходы на социальную защиту населения (без учета расходов на здравоохранение) в процентах от ВВП, 2012 г. (с указанием тенденций за период с 2000 г.)....68

Рис. 2.11. Процент населения с доходом ниже 60% от среднего эквивалентного располагаемого дохода, 2017 г. (и тенденции с 2005 г.)....70

Рис. 2.12. Процент населения с доходами ниже национальной черты бедности в странах Центральной Азии и Восточной Европы, 2016 г. (и тенденции в период с 2005 г.)....72

Рис. 2.13. Доля населения в возрасте 65 лет и старше с доходом ниже 60% от медианного эквивалентного располагаемого дохода, 2017 г. (и тенденции за период с 2005 г.)....73

Рис. 2.14. Факторы, способствующие формированию неравенств, связанных с условиями жизни (на основе самооценки здоровья)....74

Рис. 2.15. Процент респондентов, сообщивших о выраженной жилищной депривации, по квинтилям доходов, 2016–2017 гг....77

Рис. 2.16. Процент респондентов, которые не могут обеспечить адекватное отопление своего жилища, в разбивке по квинтилям дохода, 2016 г. (или последний доступный год)....79

Рис. 2.17. Процент респондентов, живущих в условиях перенаселенности, в разбивке по квинтилям дохода (данные за последний доступный год)....80

Рис. 2.18. Процент респондентов, которые не чувствуют себя защищенными от преступлений, находясь в собственном доме, в разбивке по уровню образования, 2016 г. (или последний год, по которому имеются соответствующие данные)....82

Рис. 2.19. Процентная разница между людьми в возрасте 65 лет и старше, которые испытывают трудности с доступом к рекреационным или зеленым зонам, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом, 2016 г. (и динамика изменения этого показателя в период с 2011 г.)....83

Рис. 2.20. Государственные расходы на душу населения на жилье и коммунальные услуги, 2017 г. (и тенденции изменения этого показателя в период с 2006 г.)....85

Рис. 2.21. Доля населения, имеющего доступ хотя бы к основным услугам санитарии, в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы....87

Рис. 2.22. Доля населения, имеющего доступ хотя бы к основным услугам питьевого водоснабжения, в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы....87

Рис. 2.23. Факторы, способствующие формированию неравенств, связанных с социальным и человеческим капиталом (на основе самооценки здоровья)....88

Рис. 2.24. Государственные расходы на дошкольное образование в расчете на одного ребенка в возрасте до 5 лет, 2015 г. (и тенденции в период с 2012 г.)....91

Рис. 2.25. Процентная доля 15-летних детей, прошедших тест на знание математики и умение читать, в разбивке по годам обучения родителей и по кластерам стран, 2015 г. 93

Рис. 2.26. Разница в доле (%) взрослых с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения, которые участвуют в программах неформального образования и профессиональной подготовки, 2017 г. (и тенденции)....94

Рис. 2.27. Процент респондентов, сообщивших об отсутствии свободы выбора и контроля над жизнью, в разбивке по количеству лет обучения (данные за разные годы) 96

Рис. 2.28. Процент респондентов, сообщивших об отсутствии возможности оказывать какое-либо влияние на политику, в разбивке по уровню образования, 2016 г. 99

Рис. 2.29. Факторы, способствующие формированию неравенств в отношении здоровья, связанных с условиями занятости и труда (на основе самооценки здоровья) 101

Рис. 2.30. Разница в показателях (%) временной занятости между людьми в возрасте 20–64 лет с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения, 2017 г. (и тенденции в период с 2000 г.)....103

Рис. 2.31. Разница в показателях бедности между трудящимися с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения, 2017 г. (и тенденции) 105

Рис. 2.32. Расходы на активную (и пассивную) политику на рынке труда в процентах от ВВП, 2016 г. (и тенденции с 2005 г.) 107

Рис. 2.33. Показатели охвата коллективными трудовыми договорами, в разные годы (и тенденции)....108

Рис. 2.34. Средние значения внутристранового неравенства в основных условиях, необходимых для здоровой жизни (коэффициент разрыва между квинтилями населения с самыми низкими и самыми высокими доходами) 109

Рис. 2.35. Средние значения внутристранового неравенства в условиях, необходимых для здоровой жизни (коэффициент разрыва между группами населения с самым низким и с самым высоким уровнем образования)....111

Рис. 3.1. Потенциал 8 мер макроэкономической политики в плане сокращения за 2–4 года неравенств в распространенности ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди взрослого населения в 24 странах ...115

Рис. 3.2. Четыре фактора, необходимые для сокращения неравенств в отношении здоровья 117

Рис. 3.3. Условия, обозначенные в докладе ОСОЗ как необходимые для обеспечения справедливости в отношении здоровья 119

Таблицы

Таблица 0.1. Средние значения и диапазоны показателей ожидаемой продолжительности жизни и разрывов в ожидаемой продолжительности жизни в 19 странах Европейского региона ВОЗ, 2016 г. (или последний доступный год)..... xviii

Таблица 0.2. Разрывы в количестве людей, сообщающих о плохом состоянии здоровья, между квинтилями с самым высоким и с самым низким доходом, на 100 человек)..... xxiii

Таблица 1.1 Средние значения и диапазоны показателей ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и разрыва в ОПЖ в 19 странах Европейского региона ВОЗ, 2016 г. (или последний доступный год) 30

Таблица 2.1. Мероприятия, которые службы здравоохранения могут осуществлять для активизации общественного участия и усиления чувства контроля над жизнью....100

Вставки

Вставка 0.1. Четыре фактора, необходимые для сокращения неравенств в отношении здоровья 3

Вставка 0.2. Основные понятия....4

Вставка 0.3. Доказательства, факты и аргументы 5

Вставка 1.1. Инфекционные заболевания и неравенства в отношении здоровья 37

Вставка 1.2. Универсальные и ускоренные меры по улучшению психического здоровья в тюрьмах....38

Вставка 1.3. Алкоголь и неравенства в отношении здоровья 43

Вставка 1.4. КДЗ, НИЗ и справедливость 43

Вставка 1.4. Продолжение 44

Вставка 2.1. Почему в докладе ОСОЗ используется декомпозиционный анализ? 53

Список сокращений

eHiAP	Содействие социальной справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях
EHIS	Европейский опрос о состоянии здоровья
EQLS	Европейское обследование качества жизни
ESCS	Индекс экономического, социального и культурного статуса
ESS	Европейское социальное обследование
EU-LFS	Обследование рабочей силы Европейского союза
EU-SILC	Статистика ЕС о доходах и условиях жизни (Статистическое обследование доходов и условий жизни населения Европейского союза)
EWCS	Европейское обследование условий труда
GDL	Глобальная инициатива в области мониторинга и анализа данных
GHED	Всемирная база данных по расходам на здравоохранение (ВОЗ)
HBSC	Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья»
HESRi	Инициатива по подготовке докладов о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья
IHME	Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья
ISEI	Международный социально-экономический индекс профессионального статуса
JMP	Совместная программа мониторинга
MICS	Кластерное обследование по многим показателям
NEET	Доля молодежи (в возрасте от 15 до 24 лет), которая не учится, не работает и не приобретает профессиональных навыков
PISA	Международная программа по оценке образовательных достижений учащихся
STEPS	Инструмент поэтапного мониторинга факторов риска хронических болезней, разработанный ВОЗ (также известный, как поэтапный подход к эпиднадзору)
WJP	Всемирный проект правосудия
WVS	Всемирный обзор ценностей
АПИ	адаптация программ иммунизации
ВВП	валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОУЗ	всеобщий охват услугами здравоохранения
ГББ	Глобальное бремя болезней (Глобальная сеть сотрудничества)
ГОБМП	гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГОЗ	Глобальная обсерватория здравоохранения
ДИ	доверительный интервал
ЕС	Европейский союз
ИРЧП	Индекс развития человеческого потенциала
КДЗ	коммерческие детерминанты здоровья
КСДЗ	Комиссия по социальным детерминантам здоровья
МЛУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
МОТ	Международная организация труда
МСКО	Международная стандартная классификация образования
НИЗ	неинфекционные заболевания
ООН	Организация Объединенных Наций
ОПЖ	ожидаемая продолжительность жизни
ОСОЗ	обеспечение справедливости в отношении здоровья; эта аббревиатура в основном используется в выражении «доклад ОСОЗ» (Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ)
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ППС	паритет покупательной способности
ППС	стандарт покупательной способности
ПРТ	политика на рынке труда
СДЗ	социальные детерминанты здоровья
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
ТБ	туберкулез
ЦУР	Цели в области устойчивого развития
ШДС	Шкала достатка семьи
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций

Выражение благодарности

Подготовка доклада ВОЗ о здоровой, благополучной жизни для всех (Европейский доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья) осуществляется под руководством Европейского офиса ВОЗ по инвестициям в здравоохранение и развитие (Венеция, Италия). Chris Brown, руководитель этого офиса ВОЗ, отвечает за стратегическое развитие инициативы HESRi и координацию деятельности в рамках этой инициативы. Chris Brown выполняет свои функции под общим руководством д-ра Piroska Östlin, директора Отдела политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия. Работа по подготовке данного доклада частично финансировалась Фондом Роберта Вуда Джонсона (Robert Wood Johnson Foundation). Выраженные в докладе мнения не обязательно отражают мнения Фонда.

Обширный технический контент для доклада был предоставлен Chris Brown, Tammy Boyce и Lin Yang из Венецианского офиса ВОЗ и Ben Barr и Tanith Rose из Сотрудничающего центра ВОЗ по изучению политики воздействия на детерминанты справедливости в отношении здоровья в Ливерпульском университете, Англия.

Значительный вклад в подготовку документа был также внесен следующими членами рабочей группы научных экспертов: Isabel Yordi Aguirre, подразделение, занимающееся гендерными вопросами и правами человека в Европейском региональном бюро ВОЗ; Clare Bambra, Институт здравоохранения и общества, Ньюкаслский университет; Ben Barr, Институт наук о здоровье населения, Ливерпульский университет; Paula Braveman, Школа медицины, Калифорнийский университет, Сан-Франциско; Braubach, Европейский центр ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ; Giuseppe Costa, департамент клинической науки и биологии, Туринский университет; Paula Franklin, консультант по исследованиям и политике, Бельгия; Peter Goldblatt, Институт справедливости в отношении здоровья, Университетский колледж Лондона; Scott Greer, Школа общественного здравоохранения, Мичиганский университет; Louise Haagh, факультет политики, Йоркский университет; Rachel Hammonds, юридический факультет, Антверпенский университет; Johanna Hanefeld, исследования по вопросам политики и систем здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины; Gorik Ooms, глобальное право и стратегическое руководство в области здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины; Daniel La Parra, факультет социологии, Университет Аликанте; Enrique Gerardo Loyola Elizondo, консультант по исследованиям и политике; Julia Lynch, Центр политических наук и экономики имени Рональда О. Перельмана, Пенсильванский университет; Asa Nihlén, гендерные вопросы и права человека, Европейское региональное бюро ВОЗ; Jennie Popay, Департамент социологии и общественного здравоохранения, Ланкастерский университет; Aaron Reeves, Департамент социологии, Оксфордский университет; Barbara Rohregger, консультант по исследованиям и политике, Италия; Marc Suhrcke, Здоровье населения и системы здравоохранения, Люксембургский институт социально-экономических исследований; Denny Vågerö, Центр исследований по вопросам справедливости в отношении здоровья, Стокгольмский университет; Carmen Vives-Cases, Научно-исследовательский институт гендерных исследований, Университет Аликанте; Margaret Whitehead, Департамент общественного здравоохранения и политики, Ливерпульский университет.

В доклад также были включены материалы, предоставленные следующими лицами и учреждениями: Andrej Belák, Sara Barragan Montes, Jonny Currie, Séverine Deguen, Anna Giné March, Phil McHale, David Mosler, Jan Peloza, Dwayne Proctor, Ritu Sadana, Matthew Saunders, Steven Senior, Shixin (Cindy) Shen, Johannes Siegrist, Pia Vracko, Национальный институт исследований в области здравоохранения – Партнерское сотрудничество при проведении прикладных исследований в области здравоохранения и медицинской помощи в регионе северо-западного побережья, Сотрудничающий центр ВОЗ по изучению мер политики для воздействия на детерминанты справедливости в отношении здоровья в Ливерпульском университете.

Полезный вклад в этот процесс был внесен многими сотрудниками Венецианского офиса и Европейского регионального бюро ВОЗ из всех отделов, а также сотрудниками различных страновых офисов. В их число входят: Emilia Aragon De Leon, Andrea Bertola, Antonella Biasiotto, João Breda, Maria Luisa Buzelli, Tatjana Buzeti, Snezhana Chichevalieva, Dan Chisholm, Tina Dannemann Purnat, Masoud Dara, Tamás Gyula Evetovits, Jill Farrington, Carina Ferreira-Borges, Manfred Huber, Gabrielle Jacob, Dorota Jarosinska, Monika Kosinska, Joana Madureira Lima, Lorenzo Lionello, Marco Martuzzi, Bettina Menne, Kristina Mauer-Stender, Lazar Nikolic, David Novillo Ortiz, Piroska Östlin, Ivo Rakovac, Oliver Schmoll, Sarah Thomson, Adam Tiliouine, Nicole Britt Valentine, Martin Weber, Hanna Yang и Francesco Zambon.

Предисловие

В Европейском регионе ВОЗ уже в течение длительного времени поддерживаются и используются универсальные меры политики, механизмы социального обеспечения и правозащитные подходы к охране здоровья населения, а также уделяется приоритетное внимание обеспечению условий, необходимых для здоровой жизни. Вдохновленные поставленной в политике Здоровье-2020 целью сокращения неравенств в отношении здоровья, многие страны, регионы и местные сообщества приняли меры по сокращению разрывов в показателях здоровья.

Однако успехи в деле сокращения таких неравенств существенно различаются, а темпы улучшения ситуации ниже, чем ожидалось. Кроме того, появляются новые группы населения, которые имеют непропорционально высокий риск ухудшения здоровья и преждевременной заболеваемости. В результате многие люди по-прежнему отстают от других членов общества по показателям здоровья и благополучия, что ограничивает их возможности жить полной и благополучной жизнью.

Поляризующие последствия значительных разрывов в показателях здоровья и благополучия во всех странах Европейского региона ВОЗ ставят под угрозу такие европейские ценности, как солидарность и стабильность, являющиеся ключевыми условиями благополучия и мира. Нам необходимо лучше понять, какие факторы со временем приводят к разрывам в показателях здоровья, а также более четко обозначить меры политики и подходы, которые будут наиболее эффективными в плане обеспечения справедливости в отношении здоровья. Такие знания имеют решающее значение для наращивания политической поддержки действий, для акцентирования внимания правительств на поиске эффективных путей достижения этой цели и для обеспечения честного и инклюзивного диалога с общественностью о том, почему сокращение неравенств в отношении здоровья имеет важнейшее значение для здоровья и благополучия всех граждан Европы в XXI веке.

Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья (ОССЗ) был подготовлен с учетом этих целей. В нем были использованы инновационные методы анализа взаимосвязей между состоянием здоровья и наличием условий, которые необходимы для того, чтобы каждый ребенок и взрослый мог вести здоровую жизнь. Авторы Доклада ОССЗ выходят за рамки описания проблемы и показывают, как различные меры политики и инвестиционные решения оказывают определенное влияние (положительное или отрицательное) на достижение справедливости в отношении здоровья и благополучия на протяжении всей жизни людей. Никогда прежде мы не имели столь четкого представления о факторах, обусловливающих и усугубляющих неравенства в отношении здоровья в наших обществах, или о стратегических подходах и решениях, которые могут привести к позитивным изменениям.

Всеобъемлющий комплекс мероприятий, осуществляемых в рамках основных направлений государственной политики, имеет самые высокие шансы на успех в деле сокращения неравенств в отношении здоровья между социальными группами и между девочками и мальчиками, а также женщинами и мужчинами во всех наших странах. Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья показывает, что этот подход может создать условия для сокращения неравенств в отношении здоровья в период от 2 до 4 лет, то есть в течение обычного срока полномочий правительства на национальном или местном уровне. Существует огромное количество эмпирических данных, свидетельствующих о том, что комплексные меры по повышению справедливости в отношении здоровья также способствуют инклюзивному развитию. Это означает, что наши усилия по повышению справедливости в отношении здоровья являются инвестициями в благополучие и развитие всего общества, что способствует реализации к 2030 году целей Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития.

Для достижения реального прогресса необходимо привлечь новых партнеров и устранить ключевые препятствия на его пути. Наши самые важные партнеры – это дети, молодые люди, женщины и мужчины, которые не имеют возможности вести благополучную и здоровую жизнь. Мы должны способствовать повышению их прав и возможностей, их жизненного опыта, их устремлений, настойчивости и стойкости, без которых нельзя обеспечить справедливый прогресс в области здравоохранения и устойчивого развития.

Европейский доклад ВОЗ о здоровой и благополучной жизни для всех является прежде всего ценным инструментом для проведения дискуссий, стимулирования действий и укрепления альянсов в интересах обеспечения справедливости в отношении здоровья как внутри стран Европейского региона ВОЗ, так и между ними.

Д-р Zsuzsanna Jakab
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Резюме

- Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья (доклад ОСОЗ) представляет собой всеобъемлющий обзор всех аспектов и тенденций, характеризующих неравенства в отношении здоровья* и в отношении основных условий, необходимых для того, чтобы все люди, проживающие в Европейском регионе ВОЗ, могли жить здоровой жизнью.
- Улучшение здоровья и благополучия всех граждан, сокращение неравенств в отношении здоровья и обеспечение того, чтобы никто не оставался без внимания, принесет более широкие экономические, социальные и экологические выгоды государствам-членам.
- Цель настоящего доклада – изменить распространенное мнение о том, что проблема неравенств в отношении здоровья является слишком сложной и что мы не знаем, какие меры могут быть приняты для ее решения и какие стратегии и подходы будут эффективными.
- В докладе ОСОЗ отражен прогресс, достигнутый в осуществлении ряда мер политики, позволяющих значимо снизить такие неравенства, и показана связь между уровнями инвестиций, охватом и осуществлением этих мер, а также разрывами в основных условиях, необходимых для здоровой и благополучной жизни.
- Доклад является частью инициативы HESRi, цель которой заключается в предоставлении государствам-членам новых данных и инструментов, способствующих ускорению прогресса в сокращении неравенств в отношении здоровья.

Справедливость в отношении здоровья и благополучие населения

Анализ данных, осуществленный в процессе подготовки Доклада, позволил получить новые доказательства того, что показатели здоровья и благополучия населения тесно связаны и что имеется настоятельная необходимость в обеспечении того, чтобы социальные ценности солидарности, справедливости и уважения прав человека нашли адекватное отражение в бюджетной политике и политике развития всех стран.

- Во многих местных сообществах результатом деиндустриализации и глобализации стало не улучшение жизни всех слоев населения, а высокий уровень безработицы, рост неравенств и неблагополучное положение с показателями здоровья населения. Такие явления наблюдаются на всех этапах жизненного пути людей.
- **Меры по сокращению неравенств в отношении здоровья можно охарактеризовать как ключевые инвестиции в достижение инклюзивного роста и наоборот**
- Сокращение неравенств по показателям ожидаемой продолжительности жизни между социальными группами на 50% даст странам возможность увеличить объем валового внутреннего продукта (ВВП) на 0,3%–4,3%. Меры по устранению барьеров, обусловленных низким уровнем здоровья и благополучия, полезны для отдельных людей, для населения в целом и для национальной экономики.

*Социальные, экономические и экологические условия, в которых люди рождаются, растут, живут и работают – это основные детерминанты здоровья и благополучия на протяжении всей жизни. Такие условия часто неравномерно распределяются между отдельными лицами и социальными группами, что приводит к неравным результатам для здоровья. Различия в отношении здоровья, которые систематически формируются социальными факторами (и поэтому являются предотвратимыми), считаются несправедливыми. Для обозначения таких различий используются следующие взаимозаменяемые термины: социальное неравенство в отношении здоровья, несправедливость в отношении здоровья и неравенство (неравенства) в отношении здоровья (Health Evidence Network Synthesis Report 52. WHO 2017, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/345798/HEN52.pdf).
С учетом соображений, относящихся к лаконичности изложения, частотности русских терминов в большинстве имеющихся публикаций ВОЗ и стилистической сочетаемости слов, в настоящей публикации для обозначения несправедливых различий в отношении здоровья в основном используются термины «неравенства в отношении здоровья» и «несправедливость в отношении здоровья» (англ.: health inequalities and health inequity/inequities).

Сектор здравоохранения играет ключевую роль в обеспечении социальной справедливости, благополучия и инклюзивной экономики, однако многие другие сектора, например, в сфере финансов, жилья, трудовой занятости и образования, также могут внести значительный вклад в достижение этой цели

- Если системы здравоохранения принимают полноценное участие в разработке и мониторинге планов экономического развития, это может привести к созданию благотворных кругов инклюзивного роста и обеспечения справедливости. Ответственные и продуманные программы и действия системы здравоохранения в области занятости населения и приобретения товаров и услуг способствуют созданию хороших рабочих мест и новых возможностей трудоустройства, а также повышению защищенности доходов, обеспечению гендерного равенства и увеличению человеческого капитала на местном и национальном уровнях.

Общественность широко поддерживает идею создания более равноправного общества и инвестирования средств в создание необходимых условий, позволяющих всем людям вести здоровую и благополучную жизнь.

- В Европейском регионе ВОЗ большинство граждан хотят жить в более справедливом обществе. Они считают, что различия в доходах населения в их странах слишком велики и что усилия по сокращению неравенств в доходах должны быть одним из приоритетов национальных правительств.

- Люди, нужды которых остаются без внимания, чувствуют именно это: что никто не уделяет им внимания. Такие факторы, как отсутствие равных возможностей, стигматизация и хроническая незащищенность (социальная, финансовая и/или культурная), способствуют усилению чувства стресса и тревоги и снижению чувства доверия и принадлежности к обществу. Это оказывает негативное влияние на все общество.

Инновационные подходы в рамках инициативы HESRi

- Выводы Доклада ОСОЗ основаны на результатах анализа нового набора данных. Этот набор объединяет три типа данных (рис 0.1) и в нем используются инновационные аналитические методологии для улучшения понимания положения дел со справедливостью в отношении здоровья, комплекса факторов, лежащих в основе справедливости (или, напротив, несправедливости) в отношении здоровья, и того, как меры политики связаны с темпами прогресса в деле сокращения разрывов в состоянии здоровья и благополучия в странах Европейского региона ВОЗ (Приложение 1).

- Данные и результаты анализа, приведенные в Докладе, приносят следующую пользу.

1. Данные по конкретным странам помогают правительствам государств-членов совершенствовать процесс принятия решений, подбирая наиболее эффективные виды деятельности и наилучшие пути инвестирования для обеспечения справедливости в отношении здоровья.

2. Результаты анализа помогают министерствам здравоохранения продемонстрировать, каким образом решения, принимаемые в других секторах, становятся причиной неравенств в отношении здоровья и благополучия и взаимодействуют с ними.

3. Имеющиеся данные и выводы помогают правительствам и органам здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях повышать согласованность мер политики, что способствует повышению справедливости в отношении здоровья и выравниванию жизненных шансов.

Рис. 0.1. Объединение трех типов информации в докладе ОСО3



- При подготовке Доклада был использован широкий спектр методов анализа и визуализации данных, чтобы наглядно продемонстрировать нынешнюю ситуацию с неравенствами в отношении здоровья в странах Региона. В нем также показано, имело ли место в 10–15-летний период значительное сокращение или увеличение таких неравенств (данные анализа тенденций) (Приложение 1).

- **Градиентные диаграммы**, которые используются для отображения социально-экономического градиента определенного показателя (например, ожидаемой продолжительности жизни), основаны на анализе того, как значения изучаемого показателя варьируются между подгруппами населения. По признаку социально-экономического статуса, например, по количеству лет обучения (рис.0.2) или уровню дохода или благосостояния, число выделенных подгрупп населения составляет три или пять. Для людей, принадлежащих к каждой подгруппе, средний уровень показателя рассчитывается и представляется на графике цветной точкой.

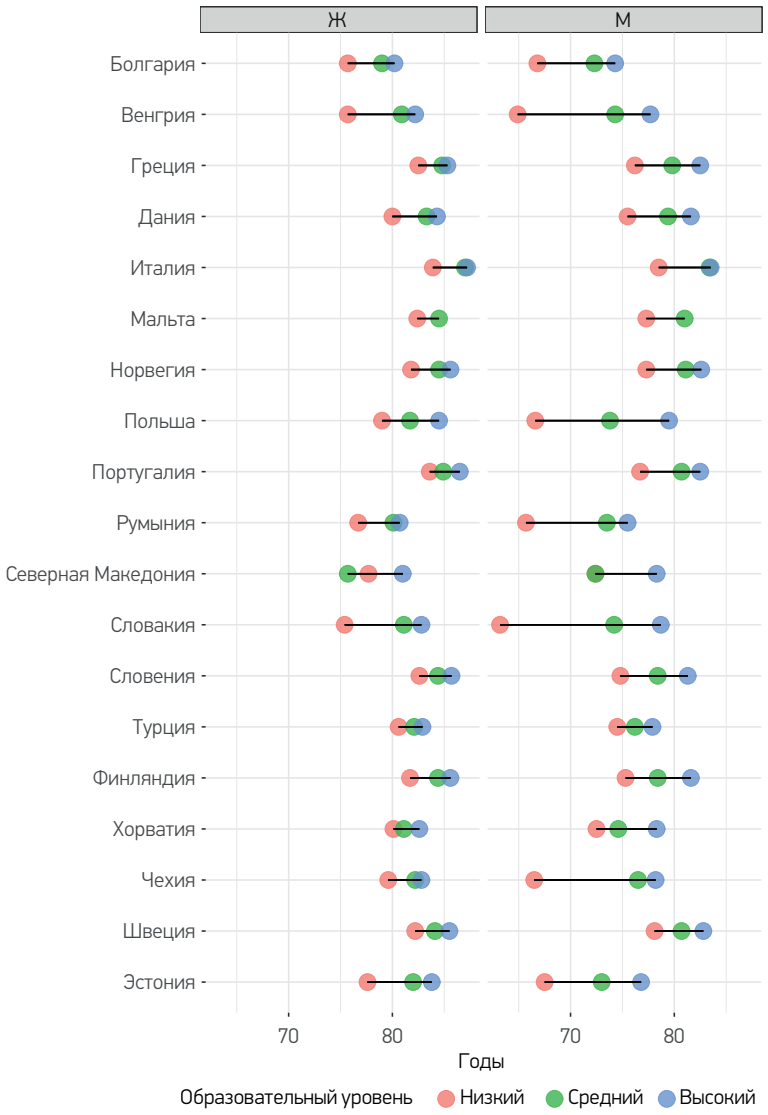
- **Диаграммы разрыва** используются для отображения разницы (или разрыва) в средних уровнях показателя в самой благополучной подгруппе населения по сравнению с самой неблагополучной подгруппой. Так, например, на диаграммах показана разница между квинтилями населения с самым высоким и самым низким уровнем дохода или между квинтилями с самым высоким уровнем образования (высшее образование) и с самым низким уровнем образования (незаконченное среднее образование). Сигналы светофора на этих рисунках также показывают сокращение, увеличение или неизменность значений разрыва в показателях для каждой страны в течение указанного периода времени (например, см. рис. 0.3).

- **Сводные круговые диаграммы** используются для суммирования неравенств по нескольким показателям в странах Европейского региона ВОЗ, что позволяет определить средние значения неравенств, существующих в этих странах. На диаграммах разрыва показаны **различия** в уровнях показателей между подгруппами, а на сводных круговых диаграммах показано **соотношение** уровней показателей между подгруппами, что облегчает сравнение различных показателей.

- **Декомпозиционные диаграммы** используются для того, чтобы показать, как несоответствие каждому из пяти основных условий в совокупности способствует появлению и сохранению разрыва в значениях конкретного показателя здоровья, например, такого, как уровень психического здоровья или распространенность заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность. Декомпозиционные диаграммы позволяют руководящим органам страны более четко видеть относительный удельный вес каждого условия с точки зрения его влияния на положение дел с несправедливостью/справедливостью в отношении конкретного показателя здоровья (Приложение 2).

Обеспечение справедливости в отношении здоровья: текущая ситуация и тенденции

Рис. 0.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по уровням образования, 2016 г. (или последний доступный год)



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины. Данные по Мальте за 2011 г. Данные о показателях высшего образования среди жителей Мальты отсутствуют.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Регионе увеличивается, но в каждой стране сохраняются неравенства в отношении здоровья между взрослыми людьми из различных социальных групп

- В период с 2010 по 2015 год средняя ожидаемая продолжительность жизни в Европейском регионе ВОЗ увеличилась с 76,7 до 77,8 года. Однако этот средний показатель не позволяет увидеть внутристрановые различия. По 19 странам такие различия показаны на рис. 0.2 (данные дезагрегированы по уровню образования).

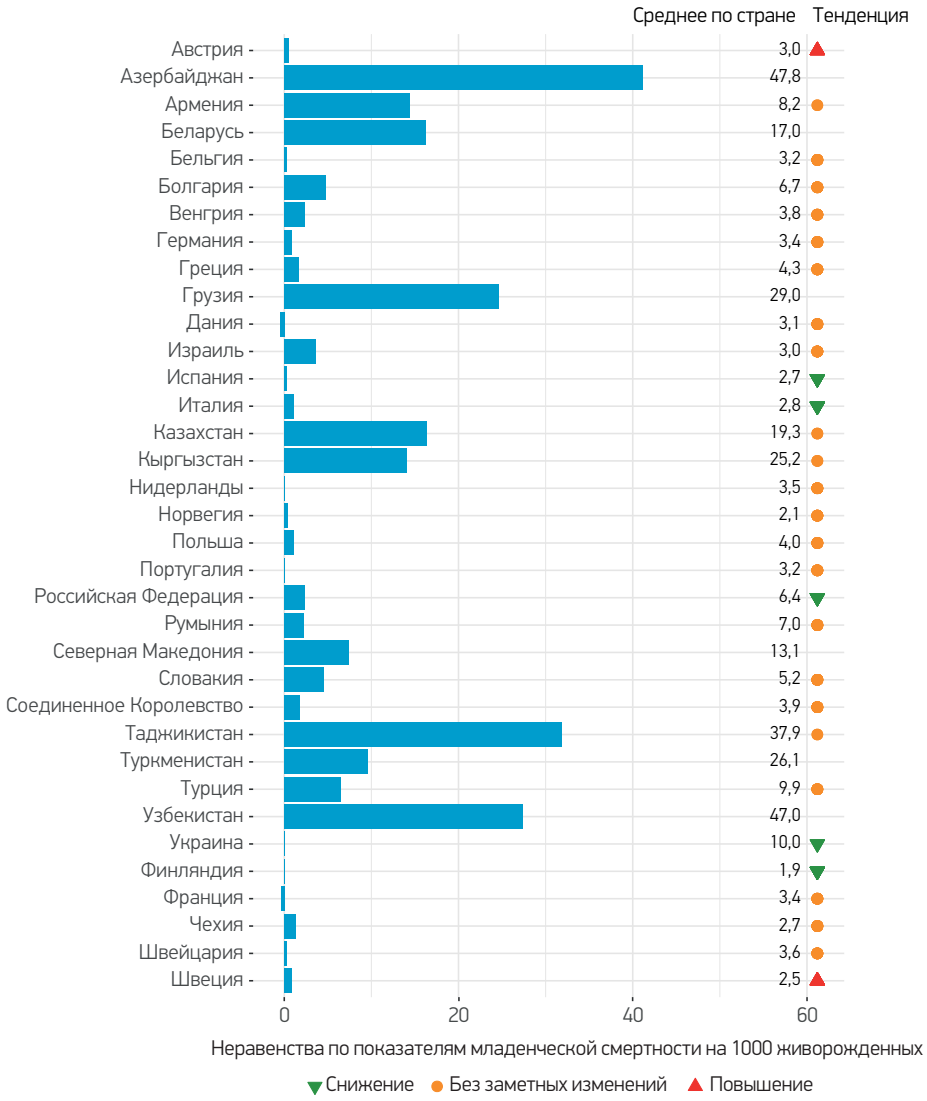
- В таблице 0.1 обобщены данные, представленные на рис. 0.2, где показана величина различий между показателями ожидаемой продолжительности жизни в разбивке по уровням образования между мужчинами и женщинами в этих 19 странах.

Таблица 0.1. Средние значения и диапазоны показателей ожидаемой продолжительности жизни и разрывов в ожидаемой продолжительности жизни в 19 странах Европейского региона ВОЗ, 2016 г. (или последний доступный год)

	Ожидаемая продолжительность жизни (в годах)		Разрывы в показателях ожидаемой продолжительности жизни (в годах)	
	Среднее значение	Диапазон значений	Среднее значение	Диапазон значений
Женщины	82,0	78,1–86,0	3,9	2,3–7,4
Мужчины	76,2	71,1–81,8	7,6	3,4–15,5

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата.

Рис. 0.3. Различия в показателях младенческой смертности на 1000 живорожденных между самыми неблагополучными и самыми благополучными субнациональными регионами, 2016 г. (или последний доступный год; динамика этих показателей показана за период с 2005 г.)



Примечания. Самым последним годом, по которому имелись данные по большинству стран, был 2016, со следующими исключениями: Азербайджан, 2006; Беларусь, 2005; Грузия, 2005; Казахстан, 2015; Кыргызстан, 2014; Северная Македония, 2005; Российская Федерация, 2015; Таджикистан, 2015; Украина, 2012; Узбекистан, 2006.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата, Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Глобальной инициативы в области мониторинга и анализа данных (GDL).

- В этих 19 странах показатели средней ожидаемой продолжительности жизни мужчин ниже, чем у женщин, а разрыв в показателях ожидаемой продолжительности жизни у мужчин из различных социальных групп более выражен, чем у женщин.

- Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между женщинами с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения остался прежним или увеличился во всех 19 странах в период с 2013 по 2016 год. Что касается мужчин, то величина этого разрыва осталась прежней почти во всех странах.

В одной и той же стране между мужчинами из различных социальных групп и женщинами из различных социальных групп наблюдаются большие разрывы в показателях ожидаемой продолжительности жизни (рис. 0.2)

- У женщин с меньшим количеством лет обучения ожидаемая продолжительность жизни на 2,3–7,4 года меньше, чем у женщин с бóльшим количеством лет обучения.

- У мужчин с меньшим количеством лет обучения ожидаемая продолжительность жизни на 3,4–15,5 лет меньше, чем у мужчин с бóльшим количеством лет обучения.

- В четырех странах разрыв в показателях ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами с неполным средним образованием и мужчинами с высшим образованием составляет более 10 лет.

На национальном уровне географическое расположение места рождения и проживания людей может повлиять на их шансы на здоровую и благополучную жизнь даже в раннем детстве

- Внутри стран Европейского региона ВОЗ наблюдаются большие различия в степени географических неравенств по показателям младенческой смертности.

- На основе данных о младенческой смертности по 35 странам на рис. 0.3 показано, что в наиболее неблагополучных регионах страны среди каждых 1000 живорожденных число детей, не доживающих до первого года жизни, на 41 ребенка больше, чем среди детей, родившихся в наиболее благополучных регионах.

- Эти неравенства коррелируют с абсолютными показателями младенческой смертности в Регионе: средние показатели младенческой смертности в странах Европейского региона ВОЗ варьируются от 1,9 до 47,8 смертей на 1000 живорожденных.

- При сопоставлении стран с аналогичными экономическими и культурными характеристиками между географическими регионами внутри стран наблюдаются заметные различия в уровнях младенческой смертности. Это свидетельствует о том, что неравенства по показателям младенческой смертности являются предотвратимыми.

Во многих странах разрывы в показателях младенческой смертности остаются такими же, как и в конце 2000-х годов

- В 23 из 35 стран Европейского региона ВОЗ в период с 2005 по 2016 год эти разрывы в показателях младенческой смертности между самыми неблагополучными и самыми благополучными географическими регионами либо остались без изменений, либо даже увеличились (рис. 0.3).

Из-за неравенств по показателям хронических болезней жизнедеятельность многих взрослых людей ограничена, что не позволяет им вести достойную жизнь

- Неравенства по такому показателю, как ограничения жизнедеятельности, обусловленные заболеваниями, влияют не только на возможность людей вести высококачественную домашнюю и семейную жизнь, но и на общую производительность труда в стране и, следовательно, на ее экономические показатели.

- Неравенства по показателям ограничения жизнедеятельности, обусловленные заболеваниями, наблюдаются во всех странах Европейского региона ВОЗ. В 38 странах, показанных на рис. 0.4, процентное распределение женщин и мужчин, сообщивших об ограничениях жизнедеятельности из-за плохого состояния здоровья, соответствует выраженному социальному градиенту по квинтилям дохода.

- Данные по этим 38 странам показывают, что среди каждых 100 женщин в квинтиле с самым низким доходом число женщин, сообщающих об ограничениях в повседневной жизни из-за плохого состояния здоровья, на 4–20% превышает число таких женщин в квинтиле с самым высоким доходом.

- В этих же странах различие в данном показателе между мужчинами в квинтиле с самым низким доходом и мужчинами в квинтиле с самым высоким доходом составляет 4–22%.

- В период с 2005 по 2016 год среди женщин разрывы в показателях ограничения жизнедеятельности, обусловленные заболеваниями, либо остались без изменений, либо увеличились в 32 из 38 стран,

показанных на рис. 0.4, а среди мужчин аналогичная картина наблюдались в 31 из 38 стран.

Разрывы в показателях самооценки здоровья и благополучия являются ранними предупреждающими признаками неравного риска утраты здоровья

- Разрывы в показателях самооценки здоровья и благополучия наблюдаются на всех этапах жизненного цикла. Более того, наблюдается тенденция к увеличению этих разрывов между социальными группами внутри одних и тех же стран.

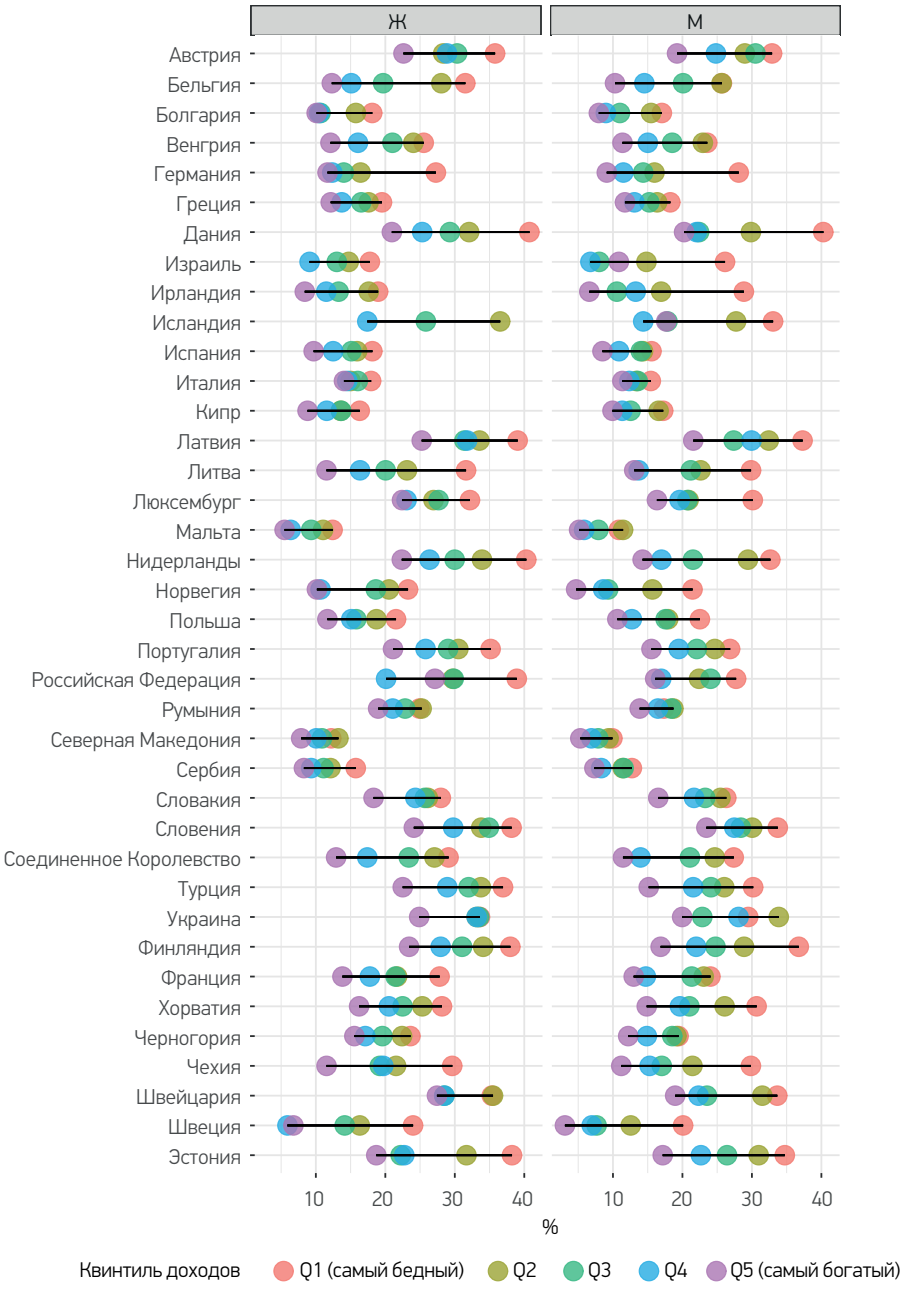
- Показатели самооценки здоровья и благополучия все чаще расцениваются как ранние признаки риска смертности и заболеваемости и широко рассматриваются как надежные объективные показатели состояния здоровья человека.

- Процентное распределение детей, взрослых трудоспособного возраста и взрослых в возрасте 65 лет и старше, сообщающих о плохом состоянии здоровья, в разбивке по доходам домашних хозяйств или уровню благосостояния, свидетельствует о том, что социально-экономический градиент показателей здоровья расширяется на протяжении прогрессивных этапов жизненного цикла.

- Данные по 38 странам показывают, что среди каждых 100 девочек в квинтиле с самым низким доходом число девочек, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, на 6% превышает соответствующий показатель среди девочек в квинтиле с самым высоким доходом. Что касается мальчиков, то среди каждых 100 мальчиков в квинтиле с самым низким доходом число мальчиков, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, на 5% превышает аналогичный показатель среди мальчиков в квинтиле с самым высоким доходом.

- Среди взрослых трудоспособного возраста этот разрыв увеличивается. В среднем среди женщин и мужчин в квинтиле с самым низким доходом число людей, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, превышает аналогичный показатель среди женщин и мужчин в квинтиле с самым высоким доходом соответственно на 19% и на 17%.

Рис. 0.4. Процентная доля взрослых, сообщающих о том, что они длительное время страдают от ограничений жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям доходов



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины. Данные отсутствуют вследствие слишком малого размера выборки женщин в Исландии (Q1 и Q5) и в Израиле (Q5).

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования Европейского союза «Статистика доходов и условий жизни» (EU-SILC) и Европейского социального обследования (ESS) за период 2012–2017 гг.

Без эффективных целенаправленных мер такие разрывы в показателях здоровья сохраняются и увеличиваются на более поздних этапах жизни

- Из-за тенденции к постарению населения Европейского региона ВОЗ разрывы в показателях здоровья вызывают все большую обеспокоенность. В группе населения в возрасте 65 лет и старше вышеупомянутые различия увеличиваются. В среднем среди женщин и мужчин в беднейшем квинтиле число людей, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, превышает аналогичный показатель среди женщин и мужчин в богатейшем квинтиле соответственно на 22% и на 21% (рис. 0.5).
- Хотя люди, к которым относятся эти данные на разных этапах жизни, не являются одними и теми же на конкретный момент времени, можно сделать вывод о том, что в процессе жизненного цикла неравенства увеличиваются.

- Наличие таких разрывов по показателям здоровья на всех этапах жизненного цикла свидетельствует о потенциальной возможности создать лучшие условия для здоровой и благополучной жизни всех слоев населения.

Рис. 0.5. Процентная разница между людьми в возрасте 65 лет и старше, оценивающими свое здоровье как плохое или удовлетворительное, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом, 2017 г. (и тенденции в период с 2005 г.)



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины.

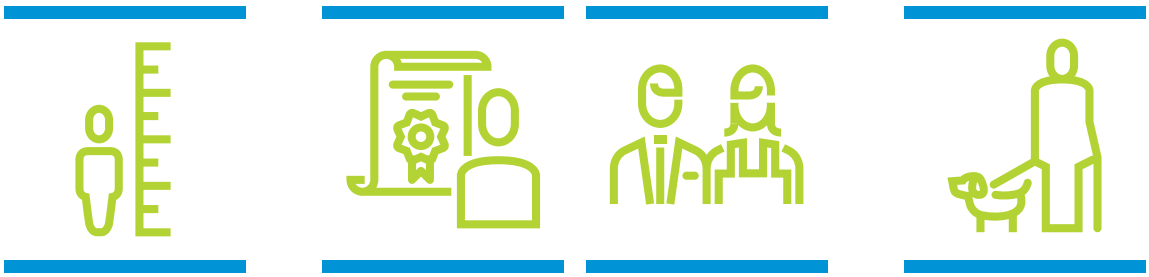
Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе относящихся к 2017 году данных обследования EU-SILC и данных ESS.

Без принятия соответствующих мер неравенства в отношении здоровья аккумулируются на протяжении всей жизни

- В таблице 0.2 показаны разрывы в количестве людей, сообщающих о плохом состоянии здоровья, между квинтилями с самым высоким и самым низким доходом на различных этапах жизненного цикла (на каждые 100 человек).

Таблица 0.2. Разрывы в количестве людей, сообщающих о плохом состоянии здоровья, между квинтилями с самым высоким и с самым низким доходом, на 100 человек)

	Детство	Трудовой период жизни	Пожилой возраст
Женщины	6	19	22
Мужчины	5	17	22



Ранний возраст: 0–16 | Молодые взрослые: 16–24 | Трудовой возраст: 24–64 | Пожилой возраст: 65+

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных проведенного в 2014 году обследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) для детского населения, а также данных обследования EU-SILC и данных ESS за период 2012–2017 гг. для взрослого населения.

Неравенства в отношении психического здоровья в Европейском регионе ВОЗ являются столь же распространенными, как и неравенства в отношении физического здоровья

- Мужчины и женщины с самыми низкими доходами в странах Региона в среднем в два раза чаще сообщают о плохом психическом здоровье по сравнению с мужчинами и женщинами с самыми высокими доходами.

- Профилактика и лечение психических расстройств – это один из важнейших приоритетов здравоохранения, поскольку такие расстройства часто сочетаются как с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), так и с различными инфекционными болезнями, например, туберкулезом (ТБ).

- Депрессивные и тревожные расстройства входят в пятерку основных причин общего бремени болезней в Регионе (бремя болезней измеряется количеством лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности).

- Приведенные на рис. 0.6 данные по 35 странам, разбитым на группы стран с аналогичными характеристиками (Приложение 3), свидетельствуют о том, что среди женщин в беднейшем квинтиле число женщин, сообщающих о плохом психическом здоровье, на 12–16% превышает аналогичный показатель среди женщин в богатейшем квинтиле, а среди мужчин в этих же квинтилях различия по данному показателю варьируются от 9 до 17%.

Гендерные различия в неравенствах в отношении психического здоровья варьируются в разных частях Европейского региона ВОЗ, и в период с 2007 по 2016 год они существенно не уменьшились

- Кластеризация стран, используемая на рис. 0.6, отражает тот факт, что гендерные различия в степени неравенств в отношении психического здоровья в различных частях Региона варьируются.

Неравенства в подверженности неинфекционным заболеваниям (НИЗ) и факторам риска развития НИЗ наблюдаются во всех частях Региона

- Неравенства в отношении 4 из 5 факторов риска развития НИЗ имеют социально-экономический градиент (рис. 0.7).

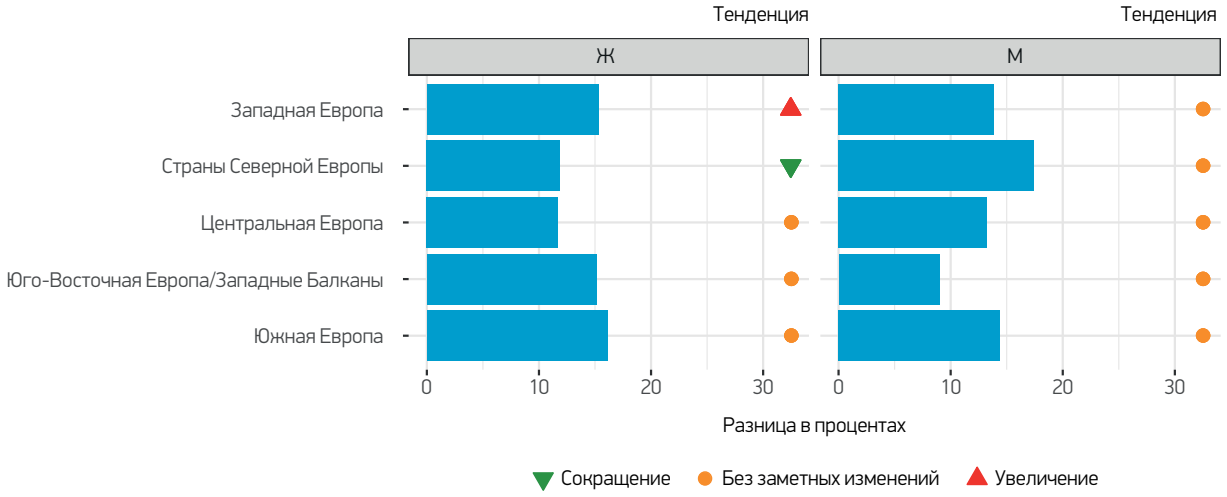
- С возрастанием социальных и экономических ресурсов и возможностей людей снижается степень их подверженности риску развития НИЗ (что, однако, не относится к такому фактору риска, как употребление алкоголя).

- На рис. 0.7 показаны средние значения неравенств по ряду показателей НИЗ и факторов риска между мужчинами и женщинами с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения (высшее и неполное среднее образование соответственно) в странах Европейского региона ВОЗ.

- Дополнительный риск ССЗ, диабета, ожирения и курения среди женщин с наименьшим количеством лет обучения по сравнению с женщинами с наибольшим количеством лет обучения является более выраженным, чем дополнительный риск среди мужчин с аналогичными уровнями образования.

- В среднем по Региону у женщин с самым низким уровнем образования риск заболевания диабетом почти в два раза выше, чем у женщин с самым высоким уровнем образования, в то время как у мужчин такое соотношение составляет менее 1,5 раз. Диабет регистрируется у 4,3% женщин с самым низким уровнем образования и у 2,2% женщин с самым высоким уровнем образования. У мужчин эти показатели составляют соответственно 3,8% и 2,8%.

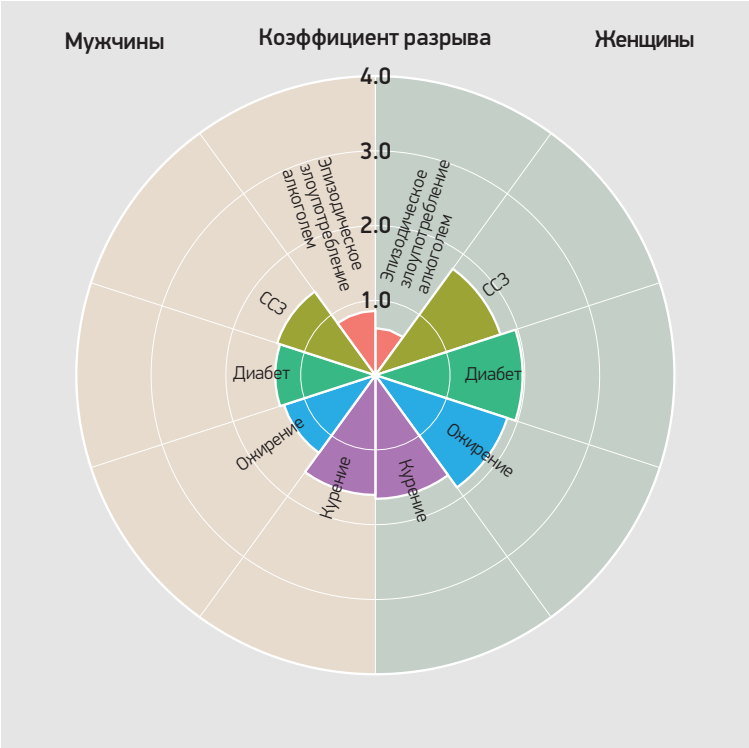
Рис. 0.6. Процентная разница между взрослыми, сообщающими о плохом психическом здоровье по индексу благополучия ВОЗ-5, на 100 взрослых в квинтиле с самым низким доходом и квинтиле с самым высоким доходом (различные годы и тенденции) в разбивке по группам стран



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Европейского обследования качества жизни (EQLS) за период 2007–2016 гг.

Рис. 0.7. Средние значения внутристрановых неравенств в отношении НИЗ и факторов риска НИЗ (коэффициент разрыва между людьми с самым высоким и с самым низким количеством лет обучения)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе Набора данных о справедливости в отношении здоровья.

Понимание причин разрывов в показателях здоровья: какие факторы лежат в основе неравенств в отношении здоровья в странах Европейского региона ВОЗ?

При подготовке Доклада ОСОЗ были использованы новые методы, помогающие лучше понять причины неравенств в отношении здоровья в странах Региона и наблюдающиеся тенденции

- Измерение показателей здоровья, включая их динамику, имеет важнейшее значение, однако без понимания того, какие именно факторы и стратегические решения лежат в основе неравенств в отношении здоровья, основное внимание будет по-прежнему уделяться описанию проблем, а не поиску и проведению эффективных мер по их устранению.
- В докладе ОСОЗ впервые идентифицирована и проанализирована взаимосвязь между неравенствами в отношении здоровья, условиями, необходимыми для здоровой жизни, и степенью инвестиций, масштабами и осуществлением мер политики, способных улучшить справедливость в отношении здоровья.
- Это является важным шагом вперед в деле ускорения систематических, общегосударственных и общесоциальных действий по повышению справедливости в отношении здоровья.
- В Докладе определены пять условий (рис. 0.8), влияющих на справедливость в отношении здоровья. Отсутствие любого из этих условий обуславливает степень неравенств в отношении здоровья между людьми из различных социальных групп и из различных географических регионов.

Рис. 0.8. Условия, необходимые для обеспечения справедливости в отношении здоровья, согласно докладу ОСОЗ



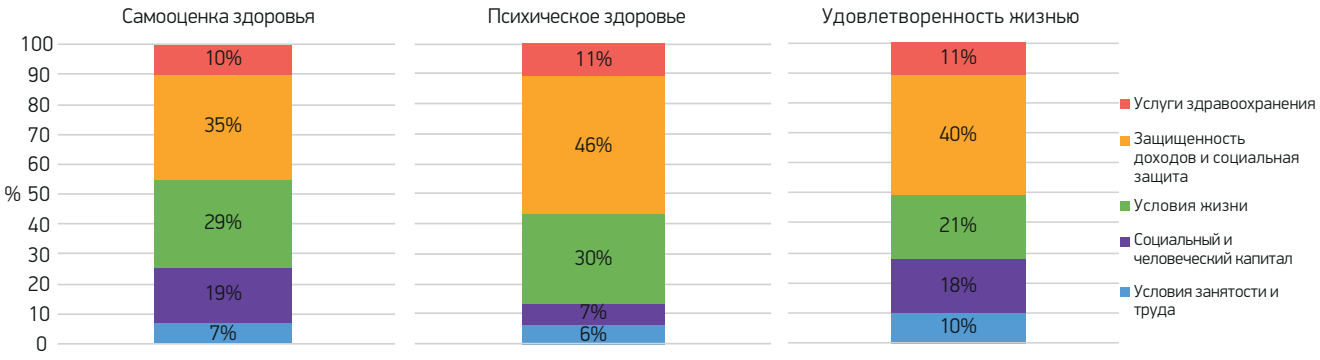
Для повышения справедливости в отношении здоровья в странах Региона необходимы действия по обеспечению всех этих пяти условий на основе сочетания целевых и универсальных мер политики

- Сочетание мер политики, осуществляемых с учетом степени неравенства между различными социальными группами, приводит к улучшению здоровья всех людей и в то же время ускоряет темпы улучшения положения тех, кто в противном случае остался бы без внимания.
- На рис. 0.9 показан относительный вклад несоответствия каждому из пяти основных условий в неравенства в отношении здоровья внутри стран для трех основных приоритетов в области общественного здравоохранения, которые актуальны для всех стран Европейского региона ВОЗ.

Эти пять основных условий необходимы для того, чтобы люди жили здоровой, благополучной жизнью, и надлежащая государственная политика способствует созданию этих условий

- При подготовке доклада ОСОЗ для количественной оценки сравнительной роли каждого из пяти условий в формировании неравенств в отношении здоровья был использован декомпозиционный анализ. Анализ имеющихся данных показывает, что все пять условий являются статистически значимыми причинами неравенств по трем показателям здоровья населения и что относительное их значение в целом наблюдается по всем анализируемым показателям.[1]
- В странах Европейского региона ВОЗ различия между социально-экономическими группами по таким факторам, как защищенность доходов и условия жизни, вносят наиболее существенный вклад в формирование неравенств в отношении самооценки физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью. Почти две трети неравенств в отношении здоровья между социально-экономическими группами внутри стран обусловлены именно этими факторами (Приложение 4).
- Каждое из этих пяти основных условий, необходимых для достижения и поддержания здоровья для всех, подробно рассматривается ниже.

Рис. 0.9. Пять условий, играющих роль факторов неравенств по показателям самооценки физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью (страны ЕС)



Примечание. В ходе анализа контролировалось соотношение респондентов по возрасту и полу.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

[1] Из-за высоких требований к данным, используемым для декомпозиционного анализа, некоторые факторы, влияющие на справедливость в отношении здоровья, не учитываются (например, исследователи не смогли включить в анализ прямой показатель качества работы или условий труда и включили в него только показатель, отражающий чрезмерное количество рабочих часов) (см. Приложение 2).

Обеспечение справедливости в отношении здоровья в короткие сроки вполне возможно – даже в пределах политических циклов

В докладе ОСО3 дается описание типовых методов сокращения неравенств в отношении здоровья, которые были разработаны с учетом взаимосвязей между справедливостью в отношении здоровья, с одной стороны, и принятием и последовательной реализацией ключевых мер государственной политики, с другой стороны

- Разрыв в состоянии здоровья между социально-экономическими группами может быть сокращен даже в течение 2–4 лет, то есть в течение одного срока пребывания у власти конкретного правительства или срока полномочий конкретных государственных органов (рис. 0.10). Следовательно, лица, определяющие государственную политику в конкретный период времени, могут быть уверены в том, что неравенства в отношении здоровья можно сократить даже в короткие сроки с помощью надлежащих инвестиций и практических мер.

- Сокращение на 50% неравенств по показателям ожидаемой продолжительности жизни между социальными группами даст странам возможность увеличить объем ВВП на 0,3%–4,3%. Меры по устранению барьеров, обусловленных низким уровнем здоровья и благополучия, полезны для отдельных людей, для населения в целом и для национальной экономики.

- На рисунке 0.10 показано потенциальное положительное влияние восьми мер макроэкономической политики на сокращение неравенств в отношении здоровья. Улучшение ситуации измеряется процентным сокращением случаев ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди взрослого населения в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом (внутри стран).

- Зеленые полосы представляют собой среднее сокращение неравенств в отношении здоровья, которое было достигнуто через 2–4 года после того, как страны осуществили каждую из восьми мер политики, перечисленных в левой части диаграммы. Дополнительная информация приведена в разделе 3.1.

Применение семи из этих мер политики коррелирует с сокращением неравенств в отношении здоровья

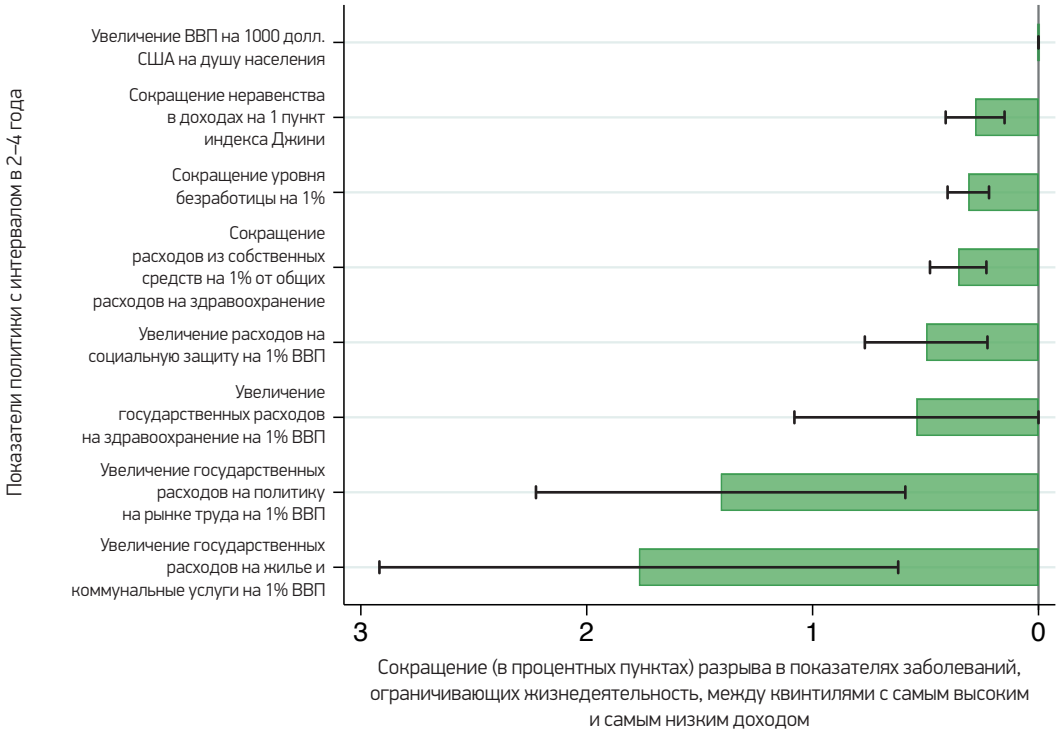
- Из восьми анализируемых мер политики только повышение дохода на душу населения не коррелировало со снижением неравенств в отношении здоровья.

- Степень корреляции между каждой из этих мер политики и снижением неравенств в отношении здоровья различается.

- Шесть из этих мер политики имеют статистический потенциал для того, чтобы сократить в короткие сроки неравенства по показателям заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность: увеличение государственных расходов на жилье и коммунальные услуги; увеличение расходов на политику на рынке труда (ПРТ); сокращение неравенства в доходах; увеличение расходов на социальную защиту; сокращение безработицы; сокращение расходов на здравоохранение из собственного кармана.

- Важно отметить, что вышеуказанные положения не являются ни причинным (каузальным) анализом, ни прогностической моделью.

Рис. 0.10. Потенциал восьми мер макроэкономической политики в плане сокращения за 2–4 года неравенств в распространенности ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди взрослого населения в 24 странах

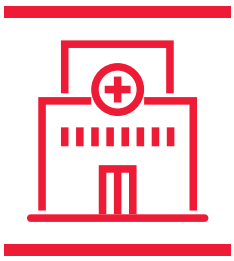


Примечание. ППС: паритет покупательной способности

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных из Набора данных о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья за период 2008–2014 гг.

Пять основных условий для достижения и поддержания здоровья для всех – решения и прогрессивные стратегические подходы

Здоровье и *услуги здравоохранения*

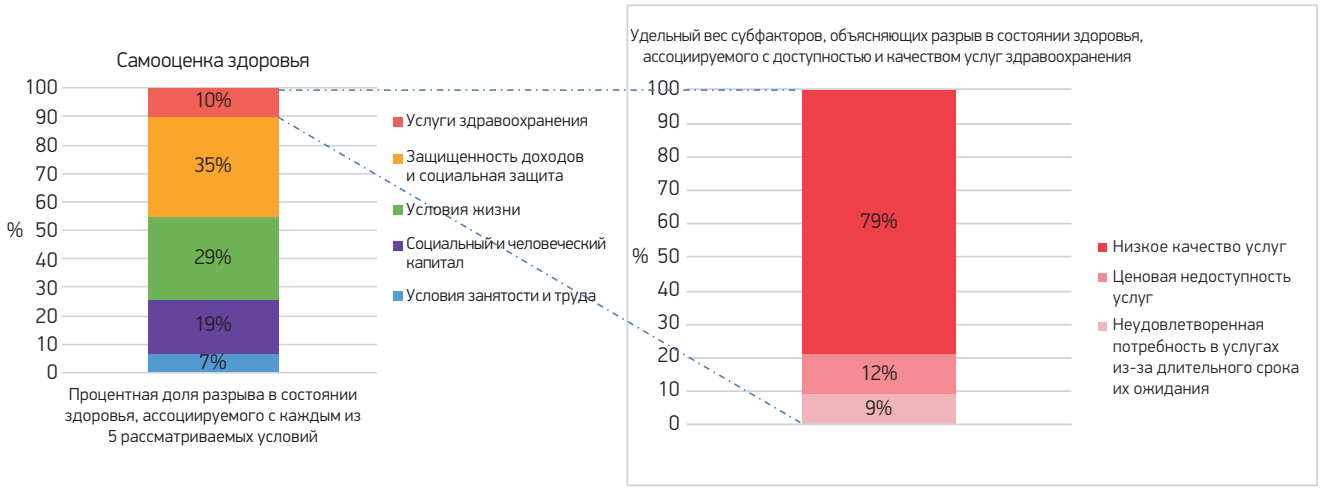


Здоровье и услуги здравоохранения

В среднем 10% неравенств по показателям субъективной оценки здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% взрослого населения внутри европейских стран обусловлены систематическими различиями в качестве и в физической и ценовой доступности услуг здравоохранения (рис. 0.11)

- Неравенства по такому показателю, как неудовлетворенные потребности в услугах здравоохранения, существенно не изменились за период с конца 2000-х годов. В большинстве стран Европейского региона ВОЗ неравенства по показателю неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения либо остались на прежнем уровне, либо увеличились за период с 2008 по 2017 год. Средняя разница в показателях неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения между мужчинами и женщинами с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения в странах Региона в 2017 году была равна 2,7 %, в то время как в 2008 году она составляла 2,6 %.
- Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) является важнейшим шагом на пути к сокращению неравенств в отношении здоровья.
- Это означает необходимость обеспечения того, чтобы каждый ребенок, женщина и мужчина могли иметь доступ к необходимым медицинским услугам гарантированного качества, не испытывая финансовых трудностей, связанных с их оплатой.

Рис. 0.11. Услуги здравоохранения как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

Решения и прогрессивные стратегические подходы

- Снижение расходов на здравоохранение из собственного кармана позволяет достичь статистически значимого сокращения неравенств в распространенности заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, среди взрослого населения в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом в сроки от 2 до 4 лет (рис. 0.10).

- Однако реформы, направленные на сокращение неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения, могут привести к увеличению платежей из собственного кармана. Поэтому важно принять меры к тому, чтобы программы и стратегии по улучшению доступа к услугам здравоохранения не приводили к росту финансовых трудностей граждан, особенно граждан, которые уже находятся в неблагоприятном положении.

- Страны могут сократить уровень неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения и облегчить финансовые трудности населения путем выявления и устранения пробелов во всеобщем охвате услугами здравоохранения и принятия мер по обеспечению справедливой доступности качественных услуг здравоохранения с учетом потребностей конкретных групп населения.

- В Европейском регионе ВОЗ уровни расходов на здравоохранение из собственного кармана варьируются от 7,1% до 80,6% от общих текущих расходов на здравоохранение. В более чем половине стран Региона доля расходов на здравоохранение из собственного кармана в структуре общих текущих расходов на здравоохранение увеличилась или осталась неизменной в период с 2000 по 2016 год.

- Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в Регионе колеблются от 2,1% до 11,9%. В период с 2005 по 2014 год эти расходы увеличились в 32 из 53 стран, однако в 13 странах уровень расходов на здравоохранение не изменился, а в восьми странах он даже снизился.

- В отношении расходов на общественное здравоохранение также наблюдаются неоднозначные тенденции. Уровни расходов на охрану общественного здоровья в Регионе варьируются от 0,03% до 0,5% ВВП. При этом следует отметить, что хотя почти половина из 34 стран, по которым имелись данные за период с 2000 по 2017 год, увеличила свои расходы на эти цели, в другой половине стран бюджетные ассигнования на общественное здравоохранение не увеличились несмотря на рост потребностей.

Здоровье и *защищенность доходов и социальная защита*



Здоровье и защищенность доходов и социальная защита

В среднем 35% неравенств по показателям самооценки здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% взрослых граждан в европейских странах обусловлены незащищенностью доходов или риском утраты доходов и отсутствием или недостаточностью механизмов социальной защиты

- Борьба за то, чтобы свести концы с концами, включая возможность оплачивать товары и услуги, которые считаются необходимыми для достойной и независимой жизни (топливо, продовольствие, жилье и т.д.), является одним из основных факторов, объясняющих неравенства по показателям самооценки здоровья между социальными группами в странах Европейского региона ВОЗ.

- Между такими показателями, как риск бедности, ранняя заболеваемость и преждевременная смертность, наблюдается прямая корреляция. Молодые люди, люди, работающие на временной основе или неполный рабочий день, люди, осуществляющие уход, и пожилые люди подвергаются более высокому риску плохого состояния здоровья, связанного с риском бедности *(1,2)*.

- Риск бедности влияет на психическое здоровье и психосоциальные механизмы адаптивных реакций человека. В различных исследованиях неоднократно выявлялась корреляция между неравенством доходов и ухудшением состояния здоровья и социального капитала.

- Жизнь, проведенная в бедности в младенческом и детском возрасте, в значительной степени коррелирует с повышением риска формирования вредных для здоровья форм поведения (курение, вредное употребление алкоголя и употребление наркотиков в подростковом возрасте). Эта корреляция распространяется на риск развития хронических заболеваний, включая диабет, рак, ССЗ и респираторные заболевания на последующих этапах жизни человека.

Детская бедность по-прежнему остается актуальной проблемой во многих частях Европейского региона ВОЗ

- В 34 странах Европейского региона ВОЗ, по которым имелись данные, доля детей, живущих в бедности, выше чем среди взрослых *(3)*. В среднем 20 из каждых 100 детей живут в относительной бедности по сравнению с 17 из каждых 100 взрослых.

Решения и прогрессивные стратегические подходы

Сокращение неравенства в доходах и относительной бедности и инвестиции на улучшение социальной защиты населения являются статистически значимым фактором сокращения неравенств в распространенности заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, среди взрослого населения в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом в сроки от 2 до 4 лет (рис.0.10)

- Меры политики по обеспечению социальной защиты населения без какой-либо стигматизации оказывают позитивное воздействие на уменьшение несправедливости в отношении здоровья, связанной с незащищенностью доходов и бедностью. Надежные, многоуровневые, инклюзивные системы защиты доходов – с безусловным базовым уровнем и дополняемые поддерживаемыми государством программами добровольного социального страхования – имеют наибольший эффект с точки зрения сокращения неравенств в отношении здоровья.

Эти механизмы включают хорошо продуманную политику предоставления отпуска по уходу за детьми, установленные законом пенсии, социальную защиту семей и детей раннего возраста, выплату пособия по безработице.

В последние несколько лет в большинстве стран Европейского региона ВОЗ объем государственных расходов на социальную защиту населения либо не изменился, либо даже снизился.

- В период с 2000 по 2012 год средние расходы стран на социальную защиту снизились с 12,9% до 6,1% ВВП. Это представляет собой в среднем 50%-ное сокращение расходов стран на социальную защиту в процентах от ВВП по всему Региону за одно десятилетие.

- В среднем в Регионе за период 2005–2017 гг. доля людей, живущих в относительной бедности, увеличилась с 15% до 17%.

- Расходы на социальную защиту лиц трудоспособного возраста (семейные пособия и пособия по безработице) также сократились – в среднем с 3,8% ВВП по Региону в целом в 2008 г. до 1,6% в 2011 г. (последний год, по которому имелись соответствующие данные).

- Изменения в механизмах социальных выплат во многих странах стали причиной задержек таких выплат и обусловленности, что привело к усилению финансовой незащищенности семей и росту показателей плохого самочувствия и психических заболеваний (часто проявляющихся в виде стрессовых, тревожных и депрессивных состояний).

Между странами наблюдаются значительные различия в уровнях и тенденциях сокращения неравенства в доходах

- В 35 европейских странах, по которым имелись данные за 2017 год, от 9 до 26 человек из каждых 100 живут в относительной бедности (измеряемой долей населения с доходами ниже 60% от медианного эквивалентного располагаемого дохода).

- В период с 2005 по 2017 год такое неравенство в доходах увеличилось в 15 странах, а сократилось только в шести странах.

- В 14 странах, включая некоторые страны Западных Балкан, Центральной Азии и Кавказа, где бедность измеряется с использованием национальной черты бедности, доля людей, живущих ниже этой черты, составляет от 3 до 31 процента.

- В период с 2005 по 2016 год показатели бедности снизились в восьми из этих 14 стран. Однако эти тенденции нельзя напрямую сопоставить с тенденциями относительной бедности, которые в большей степени способны охватить те группы населения, которые находятся в худшем положении по сравнению со средними слоями населения.

Здоровье и *условия жизни*



Здоровье и условия жизни

В среднем в 29% случаев неравенства по показателям самооценки здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% взрослого населения в европейских странах обусловлены систематическими различиями в условиях жизни

- Статистически значимыми факторами неравенств в отношении здоровья в странах Европейского региона ВОЗ являются следующие: негарантированное владение жильем, некачественное жилье, нехватка топлива, проживание в небезопасных кварталах и отсутствие коммунальных удобств (рис. 0.12).

- Жилье является одной из основных потребностей человека, а проживание в низкокачественном жилье и плохое состояние здоровья неразрывно связаны друг с другом. Люди в домашних хозяйствах с низким доходом чаще сталкиваются с многочисленными жилищными проблемами. Например,они не только мерзнут зимой, но и чаще испытывают такие проблемы, как плохое качество воздуха и плесень в жилых помещениях.

- В странах Региона наблюдается тесная корреляция между более высокими показателями жилищной необеспеченности и более низкой ожидаемой продолжительностью жизни.

- Лица, проживающие в экономически слаборазвитых районах внутри стран, подвергаются несоразмерно более высокому воздействию таких факторов, как загрязнение воздуха (в помещениях и на открытом воздухе), наводнения, шум и высокая плотность дорожного движения.

- В некоторых странах Региона сохраняются неравенства в области санитарии (водоотведения) и водоснабжения между группами населения с различным уровнем доходов.

- Доля домашних хозяйств, испытывающих проблему продовольственной необеспеченности в беднейшем квинтиле, на 20% выше соответствующего показателя в богатейшем квинтиле домашних хозяйств. Люди в этих более бедных домохозяйствах не имеют средств для приема богатой белками пищи через день.

Решения и прогрессивные стратегические подходы

Жилье – это не просто место проживания человека. Наличие адекватного жилья также является необходимым условием формирования у человека чувства принадлежности к обществу, безопасности, защищенности и неприкосновенности частной жизни.

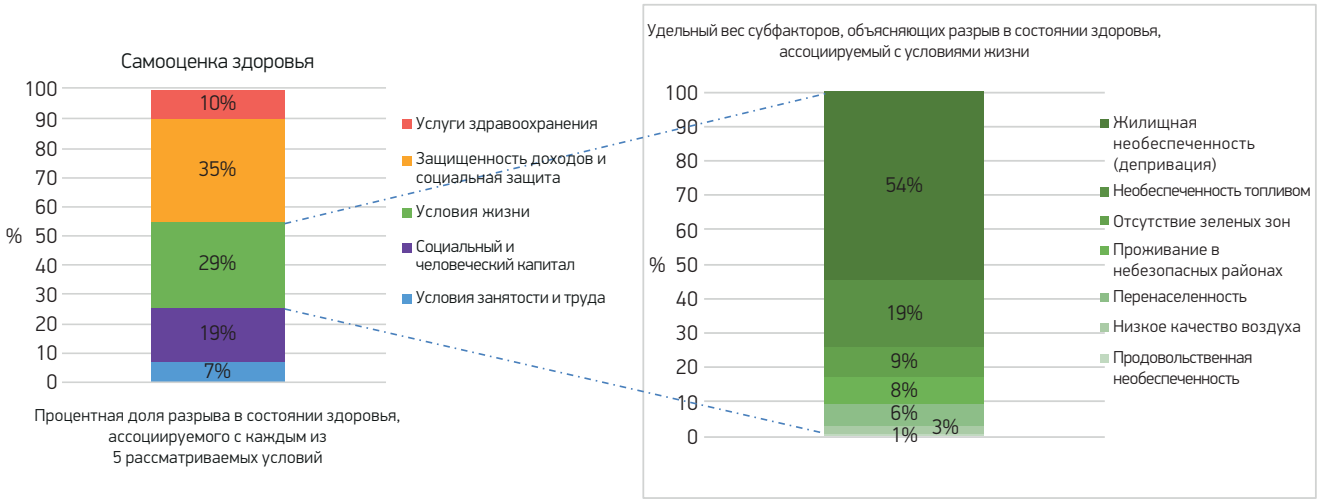
- Увеличение государственных расходов на жилье и коммунальное обслуживание, в том числе на оптимальное уличное освещение, создание и поддержание зеленых зон и необходимых общественных объектов, имеет статистическую значимость для сокращения в течение 2–4 лет разрывов в показателях заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, среди взрослого населения европейских стран в беднейшем и богатейшем квинтилях (рис. 0.10).

- Жилищная необеспеченность может быть обусловлена многими причинами, включая следующие: слишком высокая стоимость жилья, слабая гарантия владения жильем, нехватка топлива и перенаселенность *(4,5)*.

- Повышение доступности качественного и недорогого жилья полезно для здоровья всего населения. Когда государственные органы делают инвестиции в строительство нового жилья в районах с низким уровнем ресурсов и вовлекают местное население и общины в процесс развития, это приводит к ускорению прогресса в сокращении неравенств в отношении здоровья.

- Установление стандартов с помощью законов и нормативных положений наряду с использованием ряда стимулов, включая субсидии домовладельцам и землевладельцам на цели повышения физической и ценовой доступности качественного жилья и возможностей для владения жильем, – это эффективный способ сокращения неравенств в отношении здоровья.

Рис. 0.12. Неадекватные условия жизни как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

- По сравнению с квинтилем населения с самыми высокими доходами, люди в квинтиле с самыми низкими доходами почти в восемь раз чаще страдают от серьезной жилищной необеспеченности, более чем в два раза чаще живут в переполненном жилье и более чем в пять раз чаще страдают от отсутствия или недостатка топлива для отопления жилища.

- В странах Европейского региона ВОЗ государственные расходы на жилье и коммунальное обслуживание (уличное освещение, обеспечение безопасности, создание и поддержание зеленых зон и необходимых общественных объектов и т.д.) варьировались в 2017 году от 39 до 543 евро на душу населения.

- В период с 2006 по 2017 год в большинстве стран Региона государственные расходы на жилье и коммунальное обслуживание оставались на прежнем уровне или сократились (рис. 0.13).

Меры политики, направленные на повышение доступности жилья (квартир/домов) с топливосберегающими системами отопления и санузлами в помещениях, имеют ключевое значение для сокращения социальных неравенств в показателях нарушений психического здоровья, респираторных заболеваний и инфекционных заболеваний, передающихся через воду

- Использование принципов справедливости в процессе управления службами, обеспечивающими население безопасной питьевой водой и топливом и услугами санитарии, позволит гарантировать инвестиции, приносящие пользу тем людям, которые подвергаются наибольшему риску, а также способствующие ускорению прогресса в сокращении неравенств по такому показателю, как благоприятные для здоровья условия жизни.

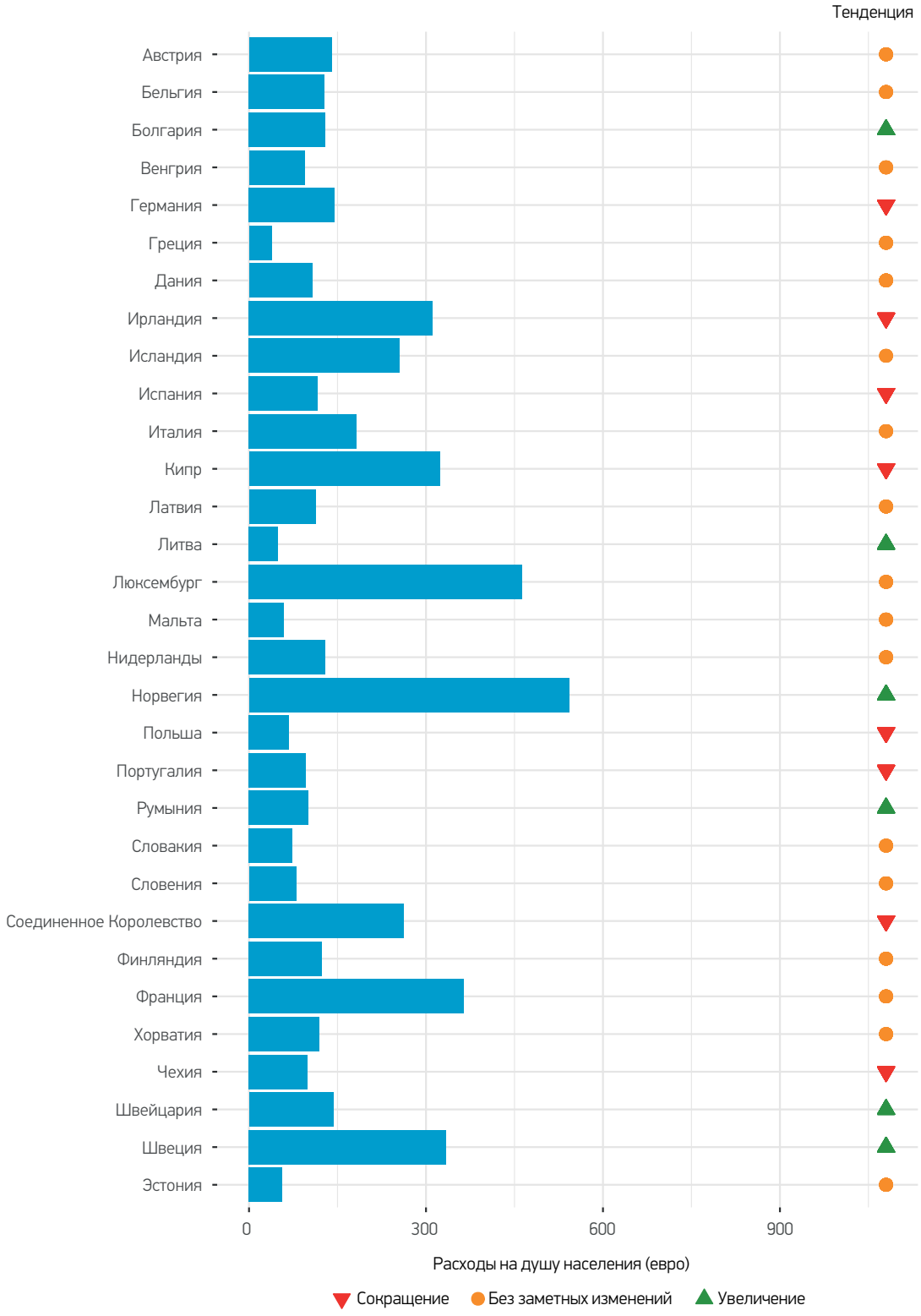
Регулирование коммерческих интересов имеет ключевое значение для сокращения неравенств, обусловленных отсутствием топливной безопасности и неадекватностью услуг водоснабжения и водоотведения (санитарии)

- При предоставлении основных услуг, таких как топливное снабжение, водоснабжение и водоотведение (санитария), и установлении цен на эти услуги можно использовать уроки, извлеченные из опыта установления цен на основные лекарственные средства.

- В некоторых странах Региона сохраняются неравенства в доступе к качественным услугам водоснабжения и водоотведения (санитарии). В 11 странах с переходной экономикой, по которым имелись дезагрегированные по признаку благосостояния данные, люди в беднейшем квинтиле имеют наименьший доступ к услугам питьевого водоснабжения.

- В девяти из этих 11 стран люди в беднейшем квинтиле имеют наименьший доступ к основным услугам санитарии.

Рис. 0.13. Государственные расходы на душу населения на жилье и коммунальное обслуживание, 2017 г. (и тенденции изменения этого показателя в период с 2006 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата за 2017 г.

Здоровье и *социальный и человеческий капитал*

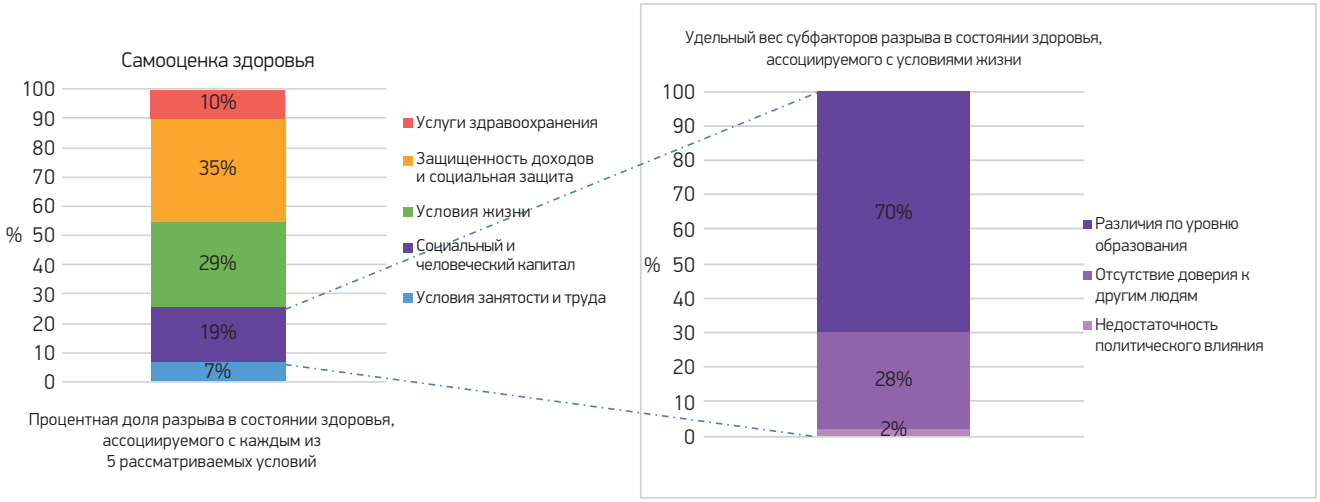


Здоровье и социальный и человеческий капитал

В 19% случаев сочетание таких факторов, как отсутствие возможности управлять собственной жизнью, отсутствие доверия к другим людям и низкий уровень образования, является статистически значимой причиной разрыва в состоянии здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% взрослого населения в европейских странах (рис. 0.14)

- Высокий образовательный уровень, доверие к другим людям и чувство контроля над факторами, влияющими на жизненные возможности и выборы – это важнейшие факторы, определяющие уровень благополучия и здоровья населения.
- Проживание в сообществах, характеризуемых низким уровнем доверия, повышенным риском стать жертвой преступления, социальной изоляцией, отсутствием возможности получения помощи и недостаточностью политического влияния, тесно связано с плохим психическим здоровьем и более высоким риском заболеваемости.

Рис. 0.14. Социальный и человеческий капитал как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

Решения и прогрессивные стратегические подходы

Меры политики, направленные на расширение возможностей в области образования и сокращение различий в образовательном уровне, начиная с раннего детства имеют решающее значение для достижения большей справедливости в отношении здоровья

- Меры политики, направленные на устранение межпоколенческой передачи различий в образовательном статусе, также могут способствовать устранению последующей передачи различий в уровне благополучия. Такие меры могут включать целевые инвестиции в дошкольное образование и проведение программ надлежащего и доступного обучения для тех взрослых граждан, которые в детстве смогли получить лишь ограниченное формальное образование.
- В Европейском регионе ВОЗ дети родителей с наименьшим количеством лет обучения гораздо реже достигают минимального уровня владения математикой и чтением в возрасте 15 лет по сравнению с детьми родителей с наибольшим количеством лет обучения.
- В рамках Региона разрыв в показателях обученности составляет от 10,6% до 67,7% среди девочек и от 12,6% до 51,8% среди мальчиков.
- В период с 2012 по 2015 год государственные расходы на дошкольное образование выросли в 21 из 32 стран.
- При увеличении уровней расходов важно принять меры к тому, чтобы распределение инвестиций имело справедливый характер, так как бедные ресурсами административно-территориальные образования

зачастую получают меньше инвестиций, чем богатые ресурсами административно-территориальные образования.

- Взрослые с наибольшим количеством лет формального обучения также чаще повышают свой образовательный уровень на протяжении всей жизни, например, с помощью программ профессиональной подготовки и программ образования для взрослых или с помощью неформального обучения. Это оказывает позитивное влияние на социальную и медицинскую грамотность людей, их чувство контроля над своей судьбой и их способность справляться с экономическими и социальными потрясениями (например, с потерей работы).

- В период с 2005 по 2017 год в более чем двух третях стран, по которым имеются соответствующие данные, разрыв между социально-экономическими группами в показателях участия в программах формального и неформального обучения и подготовки остался на прежнем уровне или даже увеличился. Среди женщин этот вид неравенства наблюдается в 23 из 31 страны, а среди мужчин – в 21 из 31 страны.

Меры политики, способствующие развитию социального капитала, помогают улучшить здоровье и благополучие населения, укрепить местные сообщества и сократить масштабы коррупции и социальной изоляции

- Значимое участие в жизни общества, доверие к другим людям и способность влиять на принимаемые стратегические решения способствуют повышению индивидуальной и социальной устойчивости, повышению уровня психического благополучия и снижению уровня заболеваемости.

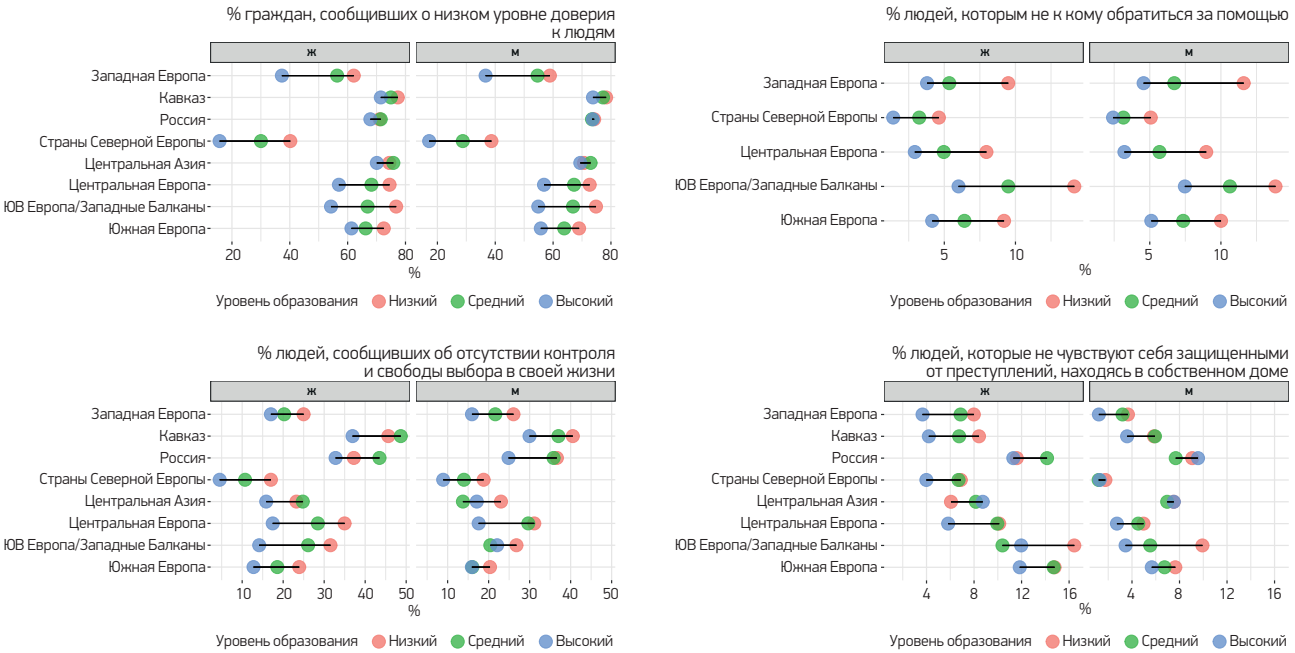
- Доверие является одним из наиболее широко используемых показателей социального капитала и надежным показателем благополучия на индивидуальном и общественном уровнях.

- Более высокие уровни доверия чаще наблюдаются в обществах с более высоким уровнем физического и психического здоровья всего населения и с более равномерным распределением доходов.

- На отсутствие доверия к другим людям приходится 28% неравенств в отношении здоровья, объясняемых уровнем социального и человеческого капитала.

- В большинстве стран, разбитых по группам стран с аналогичной политикой и политическим ландшафтом (Приложение 3), мужчины и женщины с наименьшим количеством лет обучения, вероятнее всего, будут наиболее часто говорить о низком уровне доверия и безопасности, отсутствии кого-либо, к кому можно обратиться за помощью, и отсутствии жизненного выбора и контроля над жизнью (рис. 0.15).

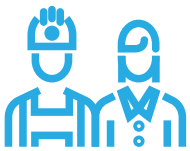
Рис. 0.15. Процентная доля взрослых, сообщивших о низком социальном капитале, измеряемом с помощью таких показателей, как чувство социальной изоляции, отсутствие доверия к людям, отсутствие системы оказания помощи и отсутствие чувства безопасности, данные за разные годы, в разбивке по уровням образования и группам стран



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины.

Источники: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследований EQLS, ESS и EU-SILC и данных Всемирного обзора ценностей (WVS) за 2005–2016 гг.

Здоровье и *условия занятости и труда*

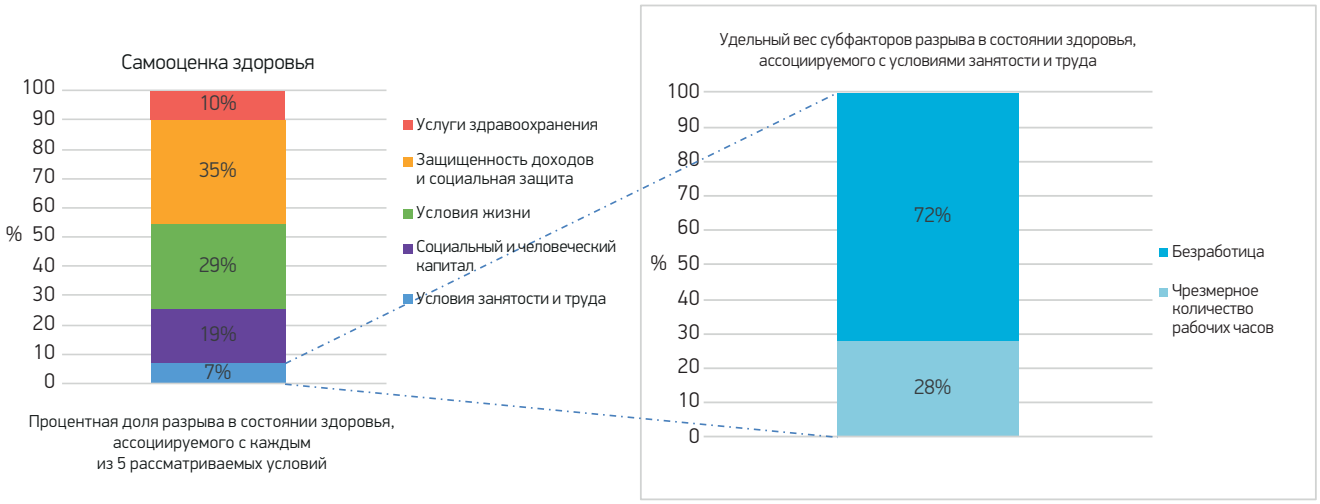


Здоровье и условия занятости и труда

В среднем в 7% случаев неравенства в показателях самооценки здоровья между наиболее и наименее обеспеченными 20% населения страны обусловлены систематическими различиями в условиях занятости и труда (рис. 0.16)

- Такие факторы, как отсутствие гарантий занятости, временная занятость и плохие условия труда, связаны с плохим психическим здоровьем, низкой самооценкой здоровья и повышенным риском смертельных и несмертельных сердечно-сосудистых осложнений (событий). Показатели распространенности связанных с работой стрессоров имеют социальный градиент.
- Отсутствие возможности иметь хорошую работу может существенно сказаться на здоровье и благополучии человека. Главный фактор, объясняющий разрыв в показателях самооценки здоровья, связанных с условиями занятости и труда – это различия в статусе занятости.
- Когда люди в возрасте 18–28 лет не принимают участия ни в трудовой деятельности, ни в программах профессиональной подготовки или профессионального обучения, это повышает риск нарушений психического здоровья и раннего развития ССЗ на более поздних этапах жизни.
- Однако наличие работы не всегда позволяет уменьшить риск развития неблагоприятных для здоровья последствий, поскольку такие факторы, как чрезмерное количество рабочих часов и низкое качество трудовой жизни также оказывают существенное влияние на неравенства в отношении здоровья.

Рис. 0.16. Условия занятости и труда как один из факторов неравенств по показателям самооценки здоровья (страны ЕС)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

Решения и прогрессивные стратегические подходы

Сокращение безработицы и увеличение расходов на политику на рынке труда (ПРТ) позволяют в течение 2–4 лет достичь статистически значимого сокращения неравенств по показателям ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди населения Европейских стран в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом

- Повышение заработной платы улучшает состояние здоровья трудящихся и уменьшает неравенства в отношении здоровья. Механизмы поддержки доходов и финансовой защиты, такие как социальные трансферты, позволяют людям, получающим низкую заработную плату, снизить риск бедности и социальной изоляции. Кроме того, достойная минимальная заработная плата обеспечивает трудящихся базовым уровнем ресурсов для удовлетворения медико-санитарных и других основных потребностей, тем самым способствуя снижению стресса и улучшению их благополучия и психического здоровья.

- Высококачественные меры активной политики на рынке труда – в сочетании с эффективными программами обучения, переподготовки и повышения профессиональной квалификации на протяжении всей трудовой жизни, справедливым трудовым законодательством и адекватными системами социального обеспечения – будут способствовать повышению справедливости в отношении здоровья, а также увеличению занятости населения и экономическому росту.

- Расходы на ПРТ в Европейском регионе ВОЗ колеблются от 0,5% до 3,2% ВВП. В 19 из 25 стран, по которым имелись соответствующие данные, расходы на ПРТ в период с 2005 по 2016 год либо остались на прежнем уровне, либо снизились.

- Мужчины, как правило, получают бóльшую пользу от ПРТ, чем женщины во всех частях Региона. В 28 странах, по которым имелись дезагрегированные по признаку пола данные, среди каждых 100 человек, желающих найти работу, число участников программы ПРТ в среднем составляет 35 для мужчин и 30 для женщин.

Социальные ценности и связанные с ними аспекты должны систематически учитываться в решениях, принимаемых на национальном и общеевропейском уровнях

- Решения, принимаемые на общеевропейском уровне, оказывают значительное воздействие на страны. Например, дерегулирование трудовых отношений (около 2008 года) было в первую очередь направлено на стимулирование роста новых рабочих мест. Эта цель была достигнута. Однако более 50% всех новых рабочих мест, созданных на контрактной основе, классифицируются как временные или ненадежные, и большинство этих некачественных, низкооплачиваемых или ненадежных рабочих мест занимают лица, которые уже находятся в неблагоприятном положении, как с точки зрения их экономического статуса, так и с точки зрения их здоровья.



Здоровая и благополучная жизнь для всех

Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ

Введение

- Целью настоящего доклада является описание путей достижения максимально возможного уровня здоровья и благополучия **всех** членов общества, а также **создания необходимых для этого условий**.
- Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья (доклад ОСОЗ) – это первый всеобъемлющий **обзор состояния и тенденций неравенств в отношении** здоровья и прогресса в реализации мер политики по устранению таких неравенств в Европейском регионе ВОЗ.
- Приведенные в Докладе данные о показателях здоровья населения в странах, включая динамику их изменений (когда это возможно), помогают государствам-членам ВОЗ лучше понять **глубинные причины неравенств в отношении здоровья**.
- Важным достоинством доклада ОСОЗ является то, что политический и стратегический акцент в нем перенесен с простого описания проблемы неравенств в отношении здоровья на **поиск и реализацию практических мер, способствующих** повышению справедливости в отношении здоровья.

Справедливость в отношении здоровья и общественное благосостояние

- Глобализация привела к появлению в мире огромного количества информационных и товарных потоков. Однако широко обещанные **преимущества глобализации не распространяются на всех на справедливой основе**. Граждане хорошо понимают, что преимущества и выгоды от глобализации не способствуют улучшению их жизни. Напротив, они видят, что богатые становятся богаче, а бедные – еще беднее *(6)*.
- Эти факторы оказывают значимое влияние на здоровье и благополучие населения. Во многих местных сообществах результатом деиндустриализации и глобализации стало не улучшение жизни всех слоев населения, а высокий уровень безработицы, рост неравенств и неудовлетворительные показатели здоровья населения *(7)*.
- Многим людям кажется, что преодоление бедности и повышение возможностей для своих детей – это невыполнимая задача. В странах ОЭСР, по оценкам, для достижения ребенком из бедной семьи среднего дохода по ОЭСР требуется не менее пяти поколений, то есть 150 лет *(8)*.
- Переход к трудовой жизни и самостоятельной жизни связан с большими трудностями для многих молодых мужчин и женщин, особенно из менее обеспеченных семей, которые подвергаются более высокому риску безработицы и неудовлетворительных условий труда по сравнению с любой другой возрастной группой в Европейском регионе ВОЗ. Гендерные нормы и стереотипы усугубляют социально-экономические факторы, в результате чего молодые женщины из менее обеспеченных семей, на которых лежат обязанности по уходу и ведению домашнего хозяйства, имеют меньше возможностей для поиска достойной работы и достижения финансовой независимости и безопасности.
- Широкомасштабные стратегические решения, принятые на общеевропейском уровне, такие как дерегулирование трудовых договоров (с 2008 года), стимулировали рост рабочих мест, однако более 50% всех новых мест работы являются временными или ненадежными в долгосрочной перспективе. С конца первого десятилетия 2000-х годов **большинство непрестижных, низкооплачиваемых и ненадежных рабочих мест занимают люди, которые уже находятся в тяжелом экономическом положении,** что приводит к их дальнейшему обеднению и формированию новой группы малоимущих граждан, известной как «работающие бедные».
- **Сокращение неравенств в отношении здоровья и стимулирование инклюзивного роста тесно взаимосвязаны**, и службы здравоохранения должны быть партнерами в разработке и мониторинге планов экономического развития.
- В Европейском регионе ВОЗ **большинство граждан хотят жить в более справедливом обществе**. 84% европейцев считают, что различия в доходах населения в их странах слишком велики и что усилия по сокращению неравенств в доходах должны быть одним из приоритетов национальных правительств *(9)*.

- Они правы, полагая, что эти **растущие неравенства влияют на общество**: в 2018 году 2200 миллиардеров мира стали на 12% богаче, в то время как доходы беднейшей половины мира снизились на 11% *(10)*.

- Такое неравенство способствует тому, что многие граждане **чувствуют себя оставленными без внимания и без необходимой помощи.** Когда люди видят, что небольшая группа населения забирает большую часть богатства, это приводит к таким проблемам, как **ухудшение здоровья и благополучия, усиление стрессовых и тревожных состояний и снижение чувства доверия и принадлежности к обществу, что, в свою очередь, препятствует социальному развитию**.

- Европейцы постоянно заявляют, что охрана здоровья населения должна быть и политическим, и стратегическим приоритетом для государства и всего общества. Они считают, что вопросы здравоохранения и социального обеспечения должны занимать второе по значимости место в национальной повестке дня в рамках Европейского союза (ЕС).

- Национальные, европейские и международные организации взяли на себя твердые обязательства по сокращению неравенств в отношении здоровья и приоритизации действий и инвестиций, направленных на обеспечение более справедливой жизни всех граждан.

- В докладе, подготовленном в рамках инициативы HESRi, указано, что достижение справедливой жизни – это один из основных целевых и инвестиционных приоритетов для многих правительств, региональных организаций и международных учреждений. Создание равных возможностей, сокращение масштабов бедности, социальная интеграция, борьба с дискриминацией и стигматизацией и поощрение экономических, социальных и культурных прав человека являются теми целями, достижению которых уделяется максимальное внимание. Важное значение имеет использование этих синергических связей посредством укрепления альянсов и моделей сотрудничества в целях ускорения инвестиций в создание условий для здоровой и благополучной жизни всех членов общества *(11)*.

Доклад ОСОЗ содержит основанное на фактических данных описание факторов, приводящих к неравенствам в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ, а также уже осуществляемых мероприятий и стратегических подходов, направленных на устранение этих неравенств.

Иными словами он содержит набор базовых понятий, которые помогут странам лучше понимать последствия их дальнейших действий, стратегий и мер политики по повышению справедливости в отношении здоровья.

Прогресс в Европейском регионе ВОЗ

- В Европейском регионе ВОЗ имеют место позитивные сдвиги: средняя ожидаемая продолжительность жизни увеличивается; младенческая смертность снижается; в реализации политики Здоровье-2020 в государствах-членах наблюдаются значительные успехи.

- Однако, **несмотря на эти успехи и на достижения в области политики и исследований, в каждой стране сохраняются неравенства в отношении здоровья**. Прогресс в деле сокращения неравенств в отношении здоровья не был столь быстрым, как это первоначально ожидалось.

- Новаторская работа комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) продолжает оказывать воздействие во всем мире, обеспечивая доказательную базу относительно как причин возникновения неравенств в отношении здоровья, так и факторов, лежащих в основе этих причин *(12)* (см. вставку 0.1).Со времени публикации доклада КСДЗ и *Обзора социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ (2)* государства-члены во всем мире опубликовали свои собственные аналитические обзоры, посвященные неравенствам в отношении здоровья, и осуществили целый ряд мер, программ и стратегий на национальном, региональном и местном уровнях.

- Повестка дня в области устойчивого развития *(15)* и ее 17 Целей в области устойчивого развития (ЦУР) являются основой для действий по обеспечению лучшего и более устойчивого будущего для всех. Они призывают к действиям по искоренению бедности и неравенства, защите планеты и обеспечению того, чтобы все люди могли пользоваться такими благами, как здоровье, справедливость и благополучие. Очень важно принять все меры к тому, чтобы никто не остался без внимания. ЦУР обеспечивают новый импульс для того, чтобы все сектора государственного управления и общества могли разрабатывать и осуществлять комплексные и согласованные меры для преодоления неравенств в отношении здоровья *(16)*.

Вставка 0.1. Четыре фактора, необходимые для сокращения неравенств в отношении здоровья

Другие факторы также оказывают влияние на способность людей вести здоровую и благополучную жизнь. Такие факторы, как **общественное участие и расширение прав и возможностей граждан**, а также обеспечение на правительственном уровне **согласованности политики и подотчетности**, оказывают существенное влияние на следующие составляющие здоровья: наличие и доступность услуг здравоохранения; более гарантированные и справедливые доходы; более здоровые условия жизни; более высокий уровень доверия, безопасности и принадлежности к обществу; более справедливые и безопасные условия занятости и труда *(13)*. Общественное участие дает людям и местным сообществам возможность оказывать значимое влияние на условия, от которых зависит их здоровье и благополучие. Участие в общественной жизни положительно влияет на здоровье отдельных людей и населения в целом, а также создает более широкие преимущества. Расширение прав и возможностей местных сообществ имеет важнейшее значение для обеспечения справедливости в отношении здоровья, объединения людей и формирования чувства коллективной судьбы и контроля над жизнью, что способствует повышению уровня здоровья и справедливости в отношении здоровья *(13)*.

Гендерное равенство признается в качестве одной из важнейших составляющих здоровья и благополучия, и хотя некоторые европейские страны имеют самые хорошие результаты при проведении любой количественной оценки, ни одна страна в Европейском регионе ВОЗ не достигла гендерного равенства. Кроме того, в период с конца 2000-х годов прогресс в этом направлении был медленным *(14)*.



- 13-я общая программа работы ВОЗ и ее цели «трех миллиардов» представляют собой стратегический план для действий ВОЗ по оказанию поддержки странам в достижении ЦУР. Содействуя укреплению здоровья, обеспечивая безопасность в мире и помогая людям, подвергающимся наибольшему риску быть оставленными без внимания, ВОЗ стремится усилить свое воздействие на здоровье населения мира и включить вопросы охраны здоровья в число приоритетов политических повесток дня на национальном и субнациональном уровнях *(17)*.

- Доклад ОСОЗ содержит новые фактические данные и показатели, ориентированные на обеспечение справедливости, что дает основания быть уверенными в том, что достижение ЦУР и целей «трех миллиардов» вполне возможно. Все вместе мы можем разорвать порочный круг неравенств в отношении здоровья, уменьшить социальный градиент и повысить уровень здоровья и благополучия всех людей, создав условия, необходимые для здоровой и благополучной жизни всех членов общества. Это может быть достигнуто путем осуществления комплекса мер политики и максимально быстрого включения вопросов охраны здоровья населения в число важнейших приоритетов деятельности, направленной на обеспечение устойчивого развития.

Ключ к достижению справедливости в отношении здоровья: всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ)

- Во всем Европейском регионе ВОЗ **системы здравоохранения используют новые подходы к преодолению неравенств в отношении здоровья**, обеспечивая адекватное государственное финансирование здравоохранения и внедряя инновационные методы и программы предоставления высококачественных услуг здравоохранения на местном уровне.

- **ВОУЗ – это ключевой подход к преодолению несправедливости в отношении здоровья**. Суть этого подхода заключается в том, что никто не должен страдать от неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения или испытывать финансовые трудности при потреблении таких услуг. Тем не менее **несколько миллионов человек в Регионе испытывают финансовые трудности, обусловленные расходами на здравоохранение из собственного кармана**. Такие расходы могут мешать людям удовлетворять свои другие основные потребности, такие, как питание, жилье и отопление жилища.

- Люди испытывают финансовые трудности, когда расходы на здравоохранение из собственного кармана начинают превышать платежеспособность домохозяйства. Даже небольшие платежи из собственного кармана могут вызвать финансовые трудности для бедных домохозяйств или домохозяйств, которые должны платить за долгосрочное лечение в случае хронической болезни (например, за лекарства).

Всеобщий охват услугами здравоохранения по пропорциональному принципу

- Задача «выравнивания градиента здоровья» не может быть достигнута путем предоставления одинакового объема качественных услуг здравоохранения всем группам населения. В лучшем случае это улучшит состояние здоровья всех людей в одинаковой степени, но градиент будет сохраняться (см. вставку 0.2). В худшем случае спрос на предлагаемые услуги будет наибольшим среди людей, уже имеющих наибольший доступ к ресурсам, вследствие чего неравенства в отношении здоровья будут увеличиваться.

- Точно так же **весь градиент здоровья не может быть уменьшен только за счет целевого охвата наиболее обездоленных групп населения**, поскольку это не улучшит здоровье людей, которые находятся в относительно неблагоприятном положении, но не входят в целевую группу. Среди специалистов, занимающихся разработкой политики, это часто называют сценарием «нахождения на краю пропасти».

- Для предотвращения вышеуказанных рисков и для достижения поставленной цели предлагается такой подход, как **пропорциональный охват услугами здравоохранения, суть которого заключается в охвате услугами всех граждан, плюс выделение дополнительных ресурсов, которые распределяются на основе потребностей**. Этот подход опирается на наличие достаточно чувствительного индикатора риска последующего ухудшения здоровья для выявления необходимости и обеспечения возможности осуществления любого вмешательства на достаточно раннем этапе причинно-следственного пути (к заболеванию) для позитивного изменения ситуации.

- Пропорциональный охват услугами здравоохранения можно обеспечить несколькими способами, включая следующие: прямое предоставление услуг, передача полномочий на предоставление услуг, распределение финансовых ресурсов или нормативно-правовое регулирование системы осуществления платежей из страхового фонда или бюджета социального обеспечения.

Вставка 0.2. Основные понятия

- Справедливость – это отсутствие предупреждаемых, несправедливых или устранимых различий между группами населения, объединенными по социальным, экономическим, демографическим, географическим или иным признакам. Принцип справедливости в отношении здоровья означает, что в идеале каждый человек должен иметь справедливую возможность достижения своего полного потенциала здоровья и что никто не должен находиться в условиях, мешающих реализации этого потенциала *(19)*.

- Состояние здоровья и благополучия людей **зависит от условий, в которых они рождаются, растут, живут, работают и стареют**, от генетических и биологических детерминант, а также от **социальных детерминант здоровья (СДЗ)**, то есть политических, социальных, экономических, институциональных и экологических факторов, которые формируют условия повседневной жизни *(20, 12).* Важнейший вопрос заключается в том, делают ли общество и правительства все возможное для того, чтобы предотвратить или уменьшить неравенства в отношении здоровья.

- Социальный градиент здоровья означает, что **чем ниже социально-экономическое положение людей и сообществ, тем хуже их здоровье и что, соответственно, чем выше социально-экономическое положение людей и сообществ, тем лучше их здоровье**. Этот градиент характеризуется постоянством и не зависит от того, какой именно признак анализируется: различия в годах обучения, доходах или уровне благосостояния или различия в показателях развития человеческого потенциала на региональном уровне. Каждый из этих факторов может быть использован в качестве маркеров социально-экономического положения.

- Ускорение действий по удовлетворению потребностей самых бедных людей (первый квинтиль) имеет жизненно важное значение, но люди во втором квинтиле тоже нуждаются в дополнительной помощи, так как со временем они могут оказаться в самом низком квинтиле. Универсальные меры политики и мероприятия должны быть ориентированы на все группы населения, от самого низкого до самого высокого квинтиля, и они должны **способствовать ускорению принятия мер, направленных на оказание помощи людям и сообществам, подвергающимся наибольшему риску остаться без внимания** *(2)*.

Улучшение доказательной базы способствует совершенствованию мер политики

- В настоящее время, более чем когда либо прежде, внимание уделяется таким вопросам, как справедливость в отношении здоровья, гендерное равенство и право людей на наивысший достижимый уровень здоровья. Однако неравенства в отношении здоровья сохраняются. Слишком часто усилия по сокращению неравенств в отношении здоровья **сводятся к реализации отдельных мер политики** (например, в области образования), а эффективность и воздействие этих мер порой переоценивались *(21)* (вставка 0.3).

Вставка 0.3. Доказательства, факты и аргументы

Доказательства являются одним из многих факторов, которые могут побудить политиков приступить к разработке и реализации практических мер. Надежные дезагрегированные данные необходимы для демонстрации воздействия бедности на здоровье на субнациональном и местном уровнях, чтобы и политики, и общественность смогли осознать реальные масштабы этой проблемы. Без таких данных невозможно выявить препятствия и барьеры на пути к достижению справедливости в отношении здоровья.

Мониторинг справедливости в отношении здоровья и распределения детерминант здоровья имеет важнейшее значение, поскольку он:

- позволяет отслеживать развитие ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья;
- вносит важнейший вклад в сбор и анализ фактических данных, необходимых для более эффективного планирования соответствующих мероприятий, разработки стратегий и определения приоритетных направлений деятельности
- обеспечивает правительства и общественность информацией о том, являются ли конкретные меры политики, программы и практические подходы успешными или нет.

Дезагрегированные национальные данные, позволяющие оценить потребности в услугах здравоохранения групп населения, условия жизни которых обычно не находят отражения в национальной статистике, необходимы для обеспечения справедливости в отношении здоровья. Наличие более качественных дезагрегированных данных имеет ключевое значение для достижения целей «трех миллиардов», которые гласят, что информационные системы здравоохранения являются основой для мониторинга неравенств в отношении здоровья и что предоставляемые отчетные данные следует дезагрегировать по следующим признакам: пол, доход, инвалидность, этническая принадлежность и возрастные категории, независимо от того, идет ли речь об обследованиях, рутинных наборах данных или других источниках данных.

Распространение дезагрегированных данных среди общественности таким образом, чтобы они были доступны всем гражданам, позволяет им иметь право голоса в национальных дискуссиях по вопросам здравоохранения, благополучия и устойчивого развития.

- Расширение масштабов деятельности по обеспечению справедливости в отношении здоровья и созданию условий, необходимых для ведения здоровой и благополучной жизни, требует комплексного осуществления мер политики и практических мероприятий.
- В рамках инициативы HESRi выделено пять областей стратегических действий, которые основаны на надежных фактических данных и положениях, озвученных в документах КСДЗ и *Обзоре социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ*. Эти направления деятельности необходимы для того, чтобы люди могли иметь возможность жить здоровой, благополучной жизнью *(2, 12)* (рис. 0.17).
  1. Услуги здравоохранения
  2. Защищенность доходов и социальная защита
  3. Условия жизни
  4. Социальный и человеческий капитал
  5. Условия занятости и труда

Рис. 0.17. Условия, которые согласно докладу ОСОЗ необходимы для обеспечения справедливости в отношении здоровья



Сокращение неравенств в отношении здоровья и связанные с этим экономические выгоды

- **Неравенство в отношении здоровья сопряжено со значительными экономическими потерями**, на долю которых приходится 15% расходов систем социального обеспечения и 20% расходов на услуги здравоохранения в странах со средним и высоким уровнем дохода *(15)*.
- Сокращение различий в показателях смертности между высшими и низшими социально-экономическими группами населения принесет существенные экономические выгоды.
- Если будут осуществлены мероприятия по устранению барьеров на пути к достижению и поддержанию хорошего здоровья и благополучия, то связанные с этим выгоды будут значительными.
- Экономический анализ, основанный на наименее амбициозном сценарии, показал, что устранение таких барьеров обеспечит монетизированные выгоды для стран в диапазоне от 0,3% ВВП в Дании до 4,3% ВВП (эквивалент 60 млрд. евро) в Италии *(22)*.
- Гендерное неравенство также сопряжено с большими экономическими потерями. Поэтому сокращение гендерного неравенства принесет существенные экономические выгоды. Общие потери от более низкого уровня занятости женщин в 2013 году составили 370 млрд евро или 2,8% ВВП ЕС. Именно такой была бы расчетная экономия средств, если бы уровень трудовой занятости женщин увеличился до 75%, то есть до уровня, указанного в стратегии «Европа 2020» *(23)*.

Содействуйте достижению цели путем устранения барьеров и создания условий, необходимых для достижения справедливости в отношении здоровья

- Для достижения максимально возможного потенциала здоровья и благополучия необходим ряд основных условий. Эти условия являются основой для достижения устойчивого прогресса в деле сокращения неравенств в отношении здоровья и построения более инклюзивного общества.
- Для обеспечения справедливости в отношении здоровья необходимы последовательные и целенаправленные меры политики по улучшению ситуации в следующих ключевых областях: услуги здравоохранения, защищенность доходов и социальная защита, условия жизни, социальный и человеческий капитал, условия занятости и труда.
- Измерение и мониторинг состояния и тенденций в области обеспечения справедливости в отношении здоровья и их корреляции с этими важнейшими условиями имеют важнейшее значение для понимания того, какие меры политики являются эффективными.
- Набор инструментов HESRi позволяет государствам-членам отслеживать, измерять и обосновывать необходимость осуществления мер политики по сокращению неравенств.
- У нас есть знания, необходимые для достижения прогресса. Следовательно, ускорение прогресса в этой области теперь является вопросом политической воли, приверженности и выбора.

Содействуйте ускорению прогресса путем осуществления комплекса мер политики, способствующих инклюзивному развитию и расширению прав и возможностей граждан

- Действия по достижению и ускорению прогресса означают переход от выявления и разъяснения проблемы неравенств в отношении здоровья к реализации найденных решений.

- Любые меры политики и мероприятия более эффективны, когда действия, необходимые для создания условий для обеспечения справедливости в отношении здоровья, координируются в транспарентной и инклюзивной политической среде. В свою очередь для создания такой среды необходимо принять меры для повышения уровня подотчетности, общественного участия, прав и возможностей граждан и местных сообществ, а также согласованности политики во всех секторах.

- Комплексные меры политики способствуют ускорению прогресса тогда, когда услуги здравоохранения предоставляются по модели восходящего выравнивания, то есть когда они обеспечивают «выравнивание» показателей здоровья всех слоев общества пропорционально их потребностям. Выравнивание значений показателей в сторону их повышения вполне достижимо посредством обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения в сочетании с ускоренной реализацией мер, направленных на оказание помощи наиболее неблагополучным группам населения.

- Используемые подходы должны способствовать повышению показателей здоровья и благополучия всех людей в сочетании с ускорением мер по улучшению положения неблагополучных групп населения.

- Для улучшения ситуации необходимы комплексные подходы и комплексные решения и, следовательно, переход от фрагментарных, краткосрочных и узконаправленных мероприятий к разработке и реализации согласованных и всеобъемлющих мер политики.

Оказывайте влияние на ход событий: поставьте цель обеспечения справедливости в отношении здоровья в центр стратегий устойчивого и инклюзивного развития

- Устранение неравенств в отношении здоровья оказывает влияние, выходящее за рамки одного лишь сектора здравоохранения, так как справедливость в отношении здоровья играет решающую роль в обеспечении устойчивого и инклюзивного развития.

- Включение социальных ценностей – таких, как справедливость, равенство, гендерное равенство, доверие, принадлежность обществу, устойчивость и уважение человеческого достоинства – в систему формирования экономической политики имеет важное значение для устранения препятствий на пути достижения устойчивого развития и создания инклюзивных обществ, тем самым создавая условия, для того, чтобы все люди могли вести здоровую и благополучную жизнь.

- Новые партнеры и альянсы имеют жизненно важное значение для обеспечения максимальной эффективности действий в секторах, не связанных со здравоохранением, на инклюзивное развитие, а также на повышение уровня здоровья и благополучия всего населения.

— Одним из методов достижения этих целей являются беседы с общественностью, политиками, руководителями высшего звена и гражданским обществом о том, почему справедливость в отношении здоровья имеет большую общественную ценность.

- Реализация прав человека, включая право на здоровье, является одним из важнейших аспектов этого процесса.

Краткое описание темы

Набор данных о справедливости в отношении здоровья

Основные функции этого инструмента включают:

- анализ неравенств в отношении здоровья *внутри* стран;
- создание и поддержание регулярно обновляемого банка данных из международно признанных источников, включая данные обследований домашних хозяйств, дезагрегированные по признаку пола, уровню экономических ресурсов (доход, уровень развития человеческого потенциала или богатство) и уровню образования.

Доклад ОСОЗ

В разделе 1 дается описание неравенств в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ с использованием набора данных о справедливости в отношении здоровья. В частности, в этом разделе:

- анализируются нынешнее состояние и тенденции различий в отношении здоровья *внутри* стран;
- объясняются причины различий в состоянии здоровья и благополучия внутри стран;
- анализируются различия в неравенстве в отношении здоровья *между* кластерами стран с аналогичной экономикой.

В разделе 2 набор данных о справедливости в отношении здоровья и дополнительные микроданные используются для анализа состояния и тенденций основных условий, необходимых для здоровой жизни в Европе в 21 веке. В частности, в нем анализируется связь между основными условиями и состоянием и тенденциями в области обеспечения справедливости в отношении здоровья в течение 10–15-летнего периода. Основные условия достижения справедливости в отношении здоровья относятся к пяти следующим областям государственной политики: *услуги здравоохранения, защищенность доходов и социальная защита, условия жизни, социальный и человеческий капитал, условия занятости и труда*.

- Декомпозиционный анализ позволяет идентифицировать наиболее важные факторы, обусловливающие неравенства в отношении здоровья, исходя из пяти основных условий. Этот анализ наглядно показывает не только множественные факторы, влияющие на здоровье и благополучие, но и причинно-следственные механизмы формирования неравенств в отношении здоровья, на которые могут быть нацелены меры политики в Европейском регионе ВОЗ.

В разделе 3 обобщаются фактические данные и излагаются стратегии, меры политики и подходы, обладающие наибольшим потенциалом для создания условий для здоровой и благополучной жизни всех людей.

1. Состояние и тенденции в области обеспечения справедливости в отношении здоровья и благополучия населения Европейского региона ВОЗ

1.1 Набор данных о справедливости в отношении здоровья.

- Настоящий раздел посвящен набору данных о справедливости в отношении здоровья, созданному в рамках подготовки доклада ОСОЗ. Он включает **108 показателей в разбивке по полу, возрасту, социально-экономическому положению и географическому положению**. Выбор этих показателей был основан на результатах проведенного научно-консультативной группой анализа общедоступных данных, позволяющих идентифицировать доказательно обоснованные меры обеспечения справедливости в отношении здоровья (подробная информация о процедуре сбора и анализа данных и о шагах, предпринятых для обеспечения надежности исходных данных и аналитических выводов, приведена в Приложении 1).

- 108 показателей охватывают нынешнее состояние и тенденции за последние 10–15 лет в Европейском регионе ВОЗ в следующих областях: здоровье и благополучие, детерминанты здоровья и охват населения услугами здравоохранения, а также инвестиции в доказательно обоснованные меры политики, позволяющие оказать позитивное воздействие на справедливость в отношении здоровья и лежащие в ее основе детерминанты.

- В настоящем докладе анализируется ряд наиболее важных показателей из общего набора показателей (n = 108), характеризующих состояние справедливости в отношении здоровья, включая показатели, охватывающие большое количество стран.

- Однако даже при наличии 108 показателей существуют некоторые ограничения на степень детализации, которую можно обеспечить при анализе неравенств. Это обусловлено меньшей доступностью данных по некоторым странам и отсутствием дезагрегированных данных по некоторым показателям, что еще раз подтверждает правильность ЦУР 17.18, относящейся к необходимости: «усилить поддержку в целях наращивания потенциала развивающихся стран, в том числе наименее развитых стран и малых островных развивающихся государств, с тем чтобы значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальности, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий" *(16)*.

- **Полный набор данных о справедливости в отношении здоровья будет свободно доступен в интернете**, и государства-члены Европейского региона ВОЗ смогут изучить весь спектр показателей, относящихся к каждой конкретной стране.

- В этом **наборе данных, который охватывает все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ**, используется несколько факторов стратификации, включая квинтили доходов, уровни образования, классифицированные в соответствии с Международной стандартной классификацией образования (МСКО) (для простоты именуемые как "годы обучения"),[2] возраст и пол, чтобы показать как неравенства, существующие внутри стран, так и прогресс в их сокращении.

- Этот набор содержит дезагрегированные на национальном уровне данные по всем 53 государствам-членам. Диаграммы в докладе представляют данные

[2] Категории образования основаны на категориях МСКО, которые агрегируются для формирования переменной образования, включающей три категории: 1) образование начального уровня (дошкольное и неполное среднее образование); 2) образование среднего уровня (полное среднее образование и послесреднее образование, не включающее высшее образование); и 3) высшее образование (также известное как третичное образование). Возрастной диапазон, используемый при сборе данных о неполном среднем, полном среднем и высшем образовании, может отличаться в разных странах.

таким образом, чтобы можно было увидеть, каким группам населения не уделяется достаточного внимания и в каких именно областях, а также определить масштабы социально-экономических градиентов неравенств в отношении здоровья. Конечная цель согласуется с ЦУР, политикой Здоровье-2020 и мандатом ВОЗ, относящимся к цели «трех миллиардов», которые ориентированы на то, чтобы никого не оставить без внимания и обеспечить здоровую жизнь и благополучие для всех людей в любом возрасте *(16, 17)*.

Пять основных условий в рамках набора данных о справедливости в отношении здоровья

Набор данных о справедливости в отношении здоровья охватывает не только показатели здоровья, но и показатели, характеризующие пять основных условий, необходимых для здоровой жизни, а также показатели мер политики по созданию этих основных условий (которые анализируются в разделе 2).

- **Услуги здравоохранения**. Меры политики в этой области направлены на обеспечение наличия, надлежащего качества, а также физической и ценовой доступности профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных услуг и программ.

- **Защищенность доходов и социальная защита**. Меры политики в этой области направлены на обеспечение гарантированного базового дохода домохозяйств и на смягчение неблагоприятных медицинских и социальных последствий бедности на всех этапах жизни

- **Условия жизни**. Меры политики в этой области направлены на выравнивание различий в возможностях людей, их доступе к услугам здравоохранения и условиях их жизни, каждое из которых оказывает влияние на здоровье и благополучие человека.

- **Социальный и человеческий капитал**. Меры политики в этой области направлены на укрепление социального и человеческого капитала в области охраны здоровья населения посредством целенаправленной деятельности в сфере просвещения, обучения и повышения грамотности населения; а также посредством укрепления социального капитала отдельных лиц и сообществ таким образом, чтобы это способствовало защите и повышению здоровья и благополучия.

- **Условия занятости и труда**. Для улучшения ситуации в этой области необходим комплекс мер политики по созданию условий занятости и труда более благоприятных для здоровья трудящихся, включая такие параметры, как наличие и доступность рабочих мест, безопасность труда, заработная плата, физические и психические нагрузки и выполнение небезопасных видов работ.

Основные сведения о наборе данных о справедливости в отношении здоровья

- При подготовке Доклада был использован широкий спектр методов визуализации данных, чтобы наглядно продемонстрировать нынешнюю ситуацию с неравенствами в отношении здоровья в странах Региона. В нем также показано, имело ли место в 10–15-летний период значительное сокращение или увеличение таких неравенств (см. данные о тенденциях изменения показателей) (Приложение 1).

- **Градиентные диаграммы**, которые используются для отображения социально-экономического градиента определенного показателя (например, такого, как ожидаемая продолжительность жизни или низкая самооценка здоровья), основаны на анализе того, как значения изучаемого показателя варьируются между подгруппами населения. По признакам социально-экономического статуса, например, по количеству лет обучения или уровню дохода или благосостояния, число выделенных подгрупп населения составляет три или пять. Для людей, принадлежащих к каждой подгруппе, средний уровень показателя рассчитывается и представляется на графике разноцветной точкой.

- Красные точки на диаграммах всегда представляют группу с самыми низкими социально-экономическими ресурсами, такими как доход или годы обучения.

- Например, для показателя, представленного на рис. 1.1, где более высокие уровни представляют худшие результаты, большинство красных точек группируются в правой стороне графика, указывая на худшие результаты среди людей с самыми низкими доходами.

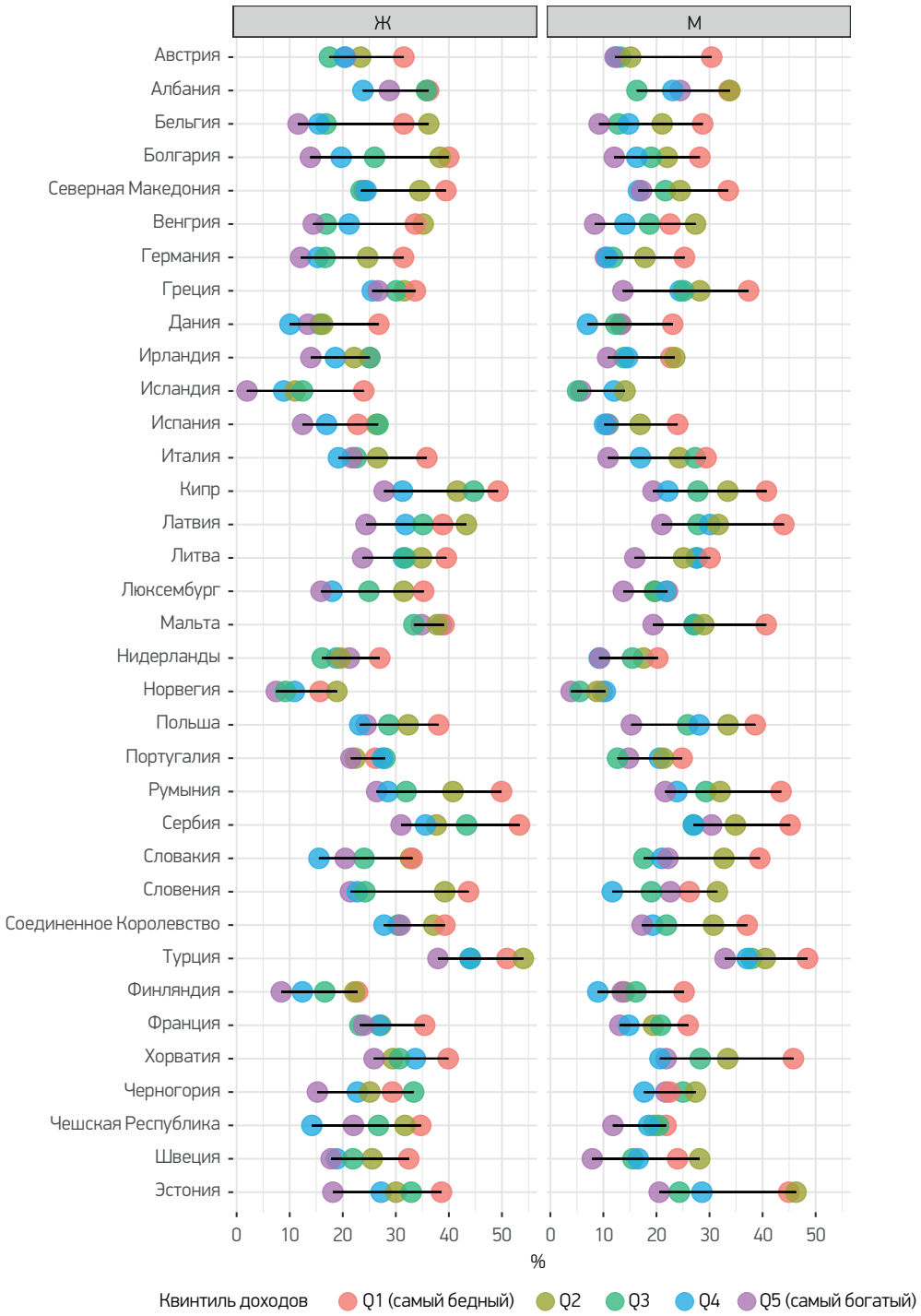
- **Диаграммы разрыва** в виде синих гистограмм используются для отображения разницы – или разрыва – в средних уровнях показателя между подгруппой с наибольшими ресурсами и подгруппой с наименьшими

ресурсами.Так, например, на диаграммах показана разница между квинтилями населения с самым высоким и с самым низким уровнем дохода или между квинтилями с самым высоким уровнем образования (высшее образование) и с самым низким уровнем образования (незаконченное среднее образование).

- Эти диаграммы также показывают динамику изменения анализируемых показателей за определенное количество лет, называемую тенденцией. **Тенденции показывают, где был достигнут прогресс и где он может быть ускорен**.

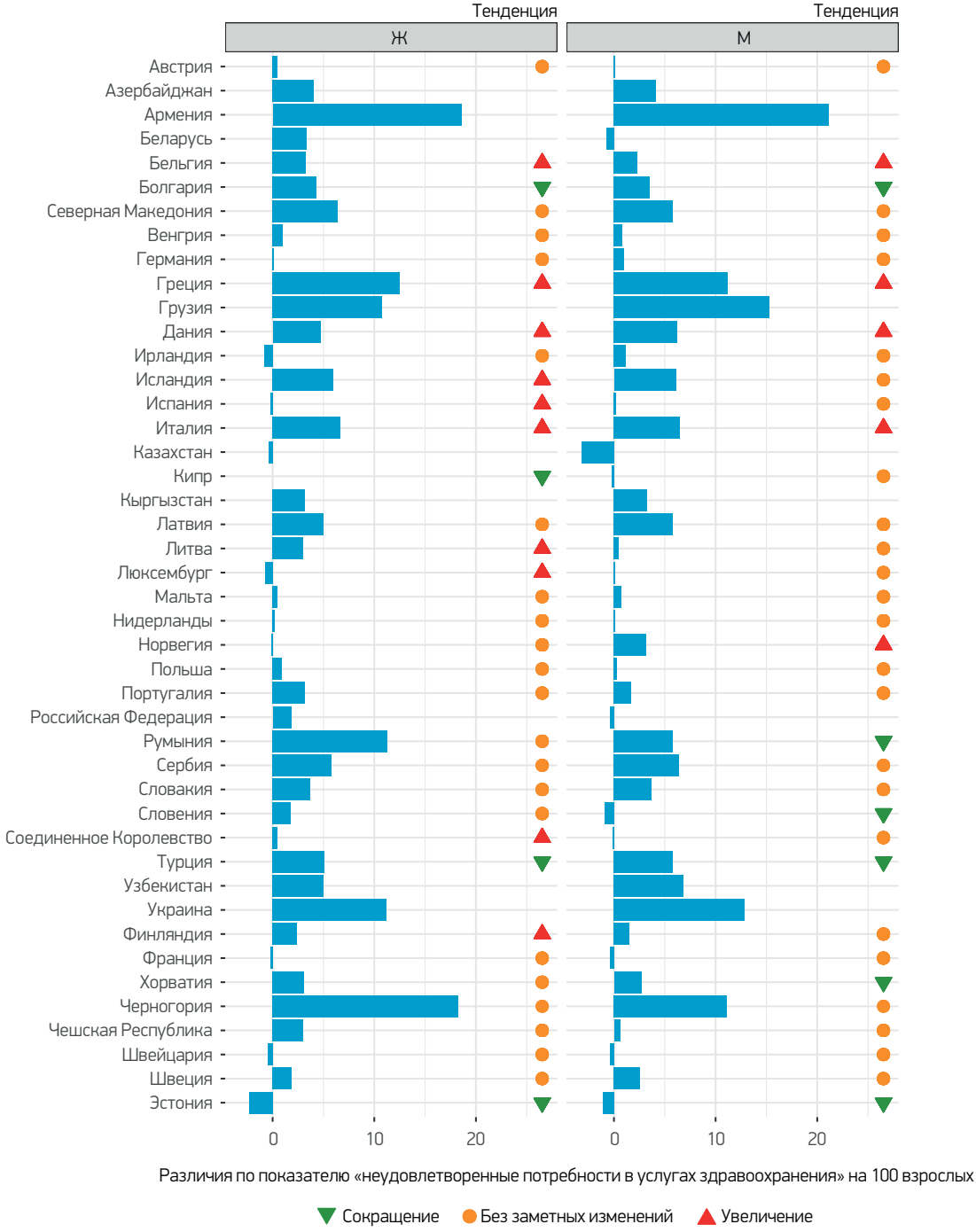
- Например, предположим, что рис. 1.2 показывает разницу между людьми с наибольшим количеством лет обучения и людьми с наименьшим количеством лет обучения. В Украине разница между этими двумя группами населения составляет чуть более 10%, а информация о динамике этого показателя отсутствует вследствие того, что соответствующие данные имеются только за последний год.

Рис. 1.1. Образец диаграммы доклада ОСО3, показывающий разрывы в показателях в разбивке по квинтилям доходов



Примечание: Ж = женщины. М = мужчины.

Рис. 1.2. Пример диаграммы доклада ОСО3, показывающей различия в показателях между двумя группами населения (и соответствующие тенденции)



Примечание: Ж = женщины. М = мужчины.

- Синие гистограммы также используются для отображения общих уровней показателей, не дезагрегированных по подгруппам, таких как расходы на здравоохранение.
- В разделе 1.2 анализируются показатели смертности, заболеваемости и благополучия среди детского населения, а в разделе 1.3 – показатели смертности, заболеваемости и благополучия среди взрослого населения.
- В конце главы представлены профили неравенств в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ (раздел 1.4).

Основные результаты анализа состояния и тенденций в области обеспечения справедливости в отношении здоровья в европейских странах

- В Европейском регионе ВОЗ и среди детей, и среди взрослых наблюдается четкий **социально-экономический градиент шансов на здоровье и достойную жизнь, о чем свидетельствуют множественные показатели**, например, показатели смертности, заболеваемости и благополучия.

- В большинстве стран четко прослеживается социально-экономический градиент следующих **ключевых показателей социально-экономического положения**:

— количество лет **обучения**;

— уровни **доходов, богатства и достатка**;

— уровень **развития человеческого потенциала**, который измеряется по трем составляющим: долгая и здоровая жизнь, доступ к знаниям и достойный уровень жизни (в субнациональных регионах).

- **На наличие неравенств в отношении здоровья и благополучия указывают многочисленные факторы**. Например, среди групп населения с более низкими доходами и с более низким уровнем образования наблюдается более высокий уровень следующих рисков: плохое здоровье в детстве и во взрослом возрасте; более высокая младенческая смертность; развитие хронического заболевания; никотиновая зависимость и ожирение; плохое психическое здоровье.

- **Набор данных о справедливости в отношении здоровья включает более 100 показателей, которые способствуют более глубокому пониманию причин неравенств в отношении здоровья и путей устранения таких неравенств**. Этот набор данных показывает, что в период с середины 2000-х годов большинство показателей справедливости в отношении здоровья в государствах-членах Европейского региона ВОЗ не изменились или ухудшились.

- Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Регионе увеличивается, но в каждой стране сохраняются **неравенства в отношении здоровья между взрослыми людьми из различных социальных групп**. Ожидаемая продолжительность жизни, которая часто используется как ключевой показатель количественной оценки здоровья, имеет важное, но недостаточное значение для полного понимания причин неравенств в отношении здоровья и путей устранения таких неравенств.

- Ограничения в повседневной деятельности из-за хронической болезни не позволяют многим взрослым людям жить достойной жизнью.

- **Без эффективных целенаправленных мер такие разрывы по показателям здоровья сохраняются и увеличиваются на последующих этапах жизни**.

1.2 Различия в показателях здоровья детей: состояние и тенденции

Рис. 1.3. Разница в доле детей из самых бедных и самых богатых семей, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, 2014 г. (и динамика изменения этого показателя в период с 2002 г.)



Примечание. Ж = женщины М = мужчины. Благосостояние семей установлено по данным ШДС.[3]

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования HBSC 2014 года, а также ряда других данных на страновом уровне.[4]

[3] В рамках исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) была разработана шкала достатка семьи (ШДС) для измерения материального благосостояния, которая представляет собой косвенный показатель социально-экономического статуса (чаще измеряемый по роду занятий родителей или годам обучения родителей). ШДС включает такие элементы, как: владение транспортным средством, посудомоечной машиной и компьютером; наличие собственной спальни; количество ванных комнат в доме/квартире; некоторые составляющие, относящиеся к путешествиям. Эти элементы отражают модели потребления и покупательной способности семьи.

[4] Большая часть используемых данных получена из обследований и административных систем в государствах-членах и эти данные могут меняться из года в год. Тенденции основаны на статистическом тесте, устанавливающем, что вероятность того, что тенденция была обусловлена случайными колебаниями данных, не достигает 10%. Таким образом, если тенденция обозначается как «увеличение», это указывает на большую вероятность реальной восходящей тенденции в стране, а не на случайные колебания значений между годами.

Разница в доле детей из семей с различными уровнями благосостояния, которые оценивают свое здоровье как плохое или удовлетворительное, не изменяется

- Данные по 38 странам на рис. 1.3 показывают, что среди девочек из самых бедных семей доля девочек, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, на 7% выше, чем среди девочек из самых богатых семей.
- Что касается мальчиков, то в среднем среди мальчиков из самых бедных семей доля мальчиков, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, на 6% выше, чем среди мальчиков из самых богатых семей.
- В большинстве стран эти различия в доле детей из различных социальных групп, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, не претерпели заметных изменений в период с 2002 по 2014 год (рис. 1.3). В странах, где такие различия сократились, это происходило главным образом среди девочек.

Различия в уровне здоровья и благополучия в ранние годы сохраняются и во взрослом возрасте

- Несмотря на то, что почти во всех странах Европейского региона ВОЗ существуют системы всеобщего и доступного начального образования, неравенства все еще имеют место в раннем возрасте. Это свидетельствует о том, что хотя универсальные программы и являются мощным средством воздействия, для успешного решения проблемы неравенств необходимы ускоренные программы оказания наиболее уязвимым группам населения необходимой поддержки, включая поддержку во время беременности и в первые годы жизни ребенка *(24)*.
- Для долгосрочного инклюзивного экономического роста жизненно важно, чтобы каждый ребенок имел высокий уровень здоровья и благополучия, а также равные возможности для достижения успеха в жизни.

Раннее развитие детей закладывает основу для их дальнейшей жизни

- У детей, оценивающих свое здоровье как хорошее, также наблюдаются: более высокая успеваемость в школе, более высокие показатели здоровья и благополучия во взрослом возрасте и более высокие шансы найти высокооплачиваемую работу *(24)*.
- Для устранения глубинных причин неравенств и для целенаправленного воздействия на многие факторы развития детей необходимо использовать широкие программы и подходы – наряду с реализацией ускоренных стратегий оказания помощи детям, которые больше всего рискуют остаться без внимания *(24)*.

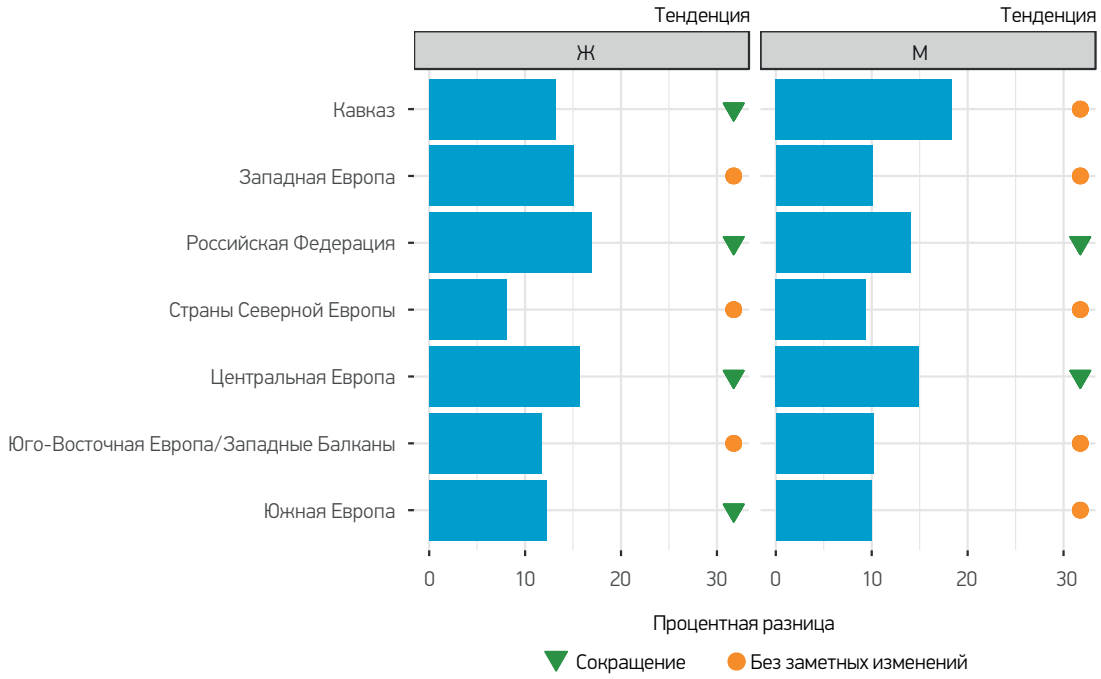
Дети из более богатых домохозяйств имеют более высокий уровень благополучия во всех частях Региона

- В странах Европейского региона ВОЗ дети из наименее обеспеченных домохозяйств чаще, чем дети из наиболее обеспеченных домохозяйств, сообщают о низком уровне субъективного благополучия, измеряемого по уровню удовлетворенности жизнью (рис. 1.4). Дети из наименее обеспеченных домохозяйств также чаще сообщают о низком уровне своего здоровья (рис. 1.3) и о недостаточности физической активности (рис. 1.5).
- Анализ данных по 39 странам, сгруппированным в группы с аналогичным политическим ландшафтом и аналогичными стратегическими подходами (см. рис. 1.4),[5] показывает, что среди девочек в беднейшем квинтиле доля респондентов, неудовлетворенных жизнью, на 8–17% выше доли таких респондентов в богатейшем квинтиле, а среди мальчиков в этих же квинтилях различия по данному показателю варьируются от 9 до 18%.

[5] Подробная информация о группировке стран приводится в Приложении 3.

- В таких группах стран, как страны Северной Европы, Юго-Восточная Европа/Западные Балканы и Западная Европа, эти различия в процентной доле детей, сообщающих о низком уровне благополучия, не претерпели заметных изменений в период с 2002 по 2015 год (рис. 1.4).

Рис. 1.4. Разница в доле детей, сообщающих о неудовлетворительной жизни, наблюдаемая при сравнении детей из наименее и наиболее обеспеченных семей, на 100 детей, 2014 г. (или последний год, по которому имеются такие данные; динамика этих показателей показана за период с 2002 г.), в разбивке по группам стран



Примечание. Ж = женщины М = мужчины.

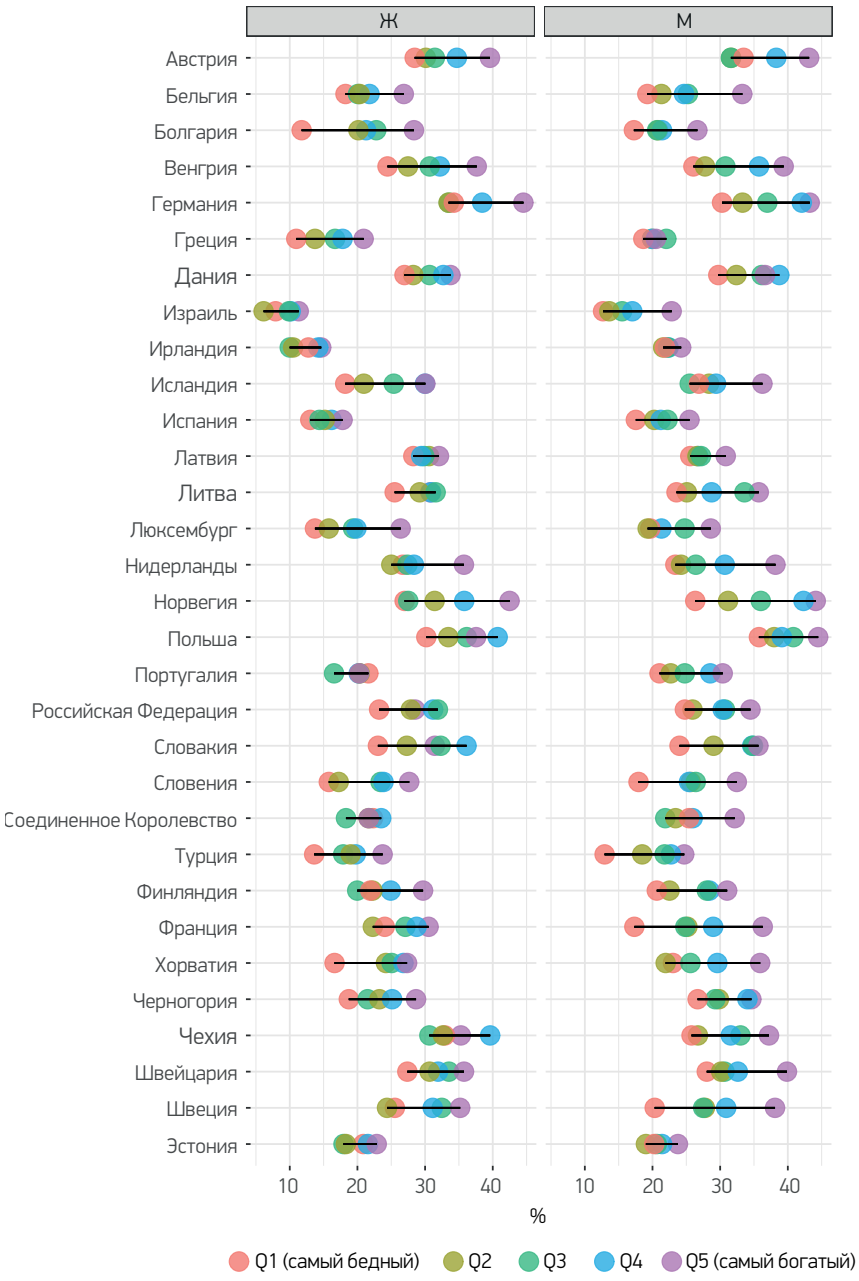
Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования HBSC 2014 года, за исключением Литвы, Северной Македонии и Турции, для которых источником информации являются данные 2015 года из международной программы ОЭСР по оценке образовательных достижений учащихся (PISA).[6]

Социальный градиент физической активности детей

- Согласно индексу PISA ESCS[6] и среди девочек, и среди мальчиков в более богатых домашних хозяйствах наблюдается более высокий уровень физической активности (рис. 1.5).
- В 65% стран (20/31) девочки из наименее обеспеченных домохозяйств (обозначенных красными точками на рис. 1.5) наименее склонны к выполнению физических упражнений, по сравнению с девочками из более богатых домохозяйств.
- В 77% стран (24/31) мальчики из беднейших домохозяйств наименее склонны к физическим упражнениям по сравнению с мальчиками из более богатых домохозяйств.
- В подавляющем большинстве стран на рис. 1.5 (29/31) доля физически активных девочек в беднейших домохозяйствах меньше, чем в самых богатых домохозяйствах (до 17%).
- Что касается мальчиков в этих же странах (n = 31), то доля физически активных мальчиков в беднейших домохозяйствах на 2–19% ниже чем среди мальчиков в наиболее обеспеченных домохозяйствах.
- Собранные данные показывают, что в среднем по Европейскому региону ВОЗ мальчики более физически активны, чем девочки. На уровне стран средний процент физически активных детей варьируется от 9,1% до 36,8% среди девочек и от 16,3% до 39,6% среди мальчиков.
- Социальный градиент показателей ожирения обсуждается в конце этого раздела.

[6] Индекс экономического, социального и культурного статуса (ESCS) был создан Международной программой по оценке образовательных достижений учащихся (PISA) на основе следующих переменных: Международный социально-экономический индекс профессионального статуса (ISEI); самый высокий уровень образования родителей учащихся в виде количества лет обучения; индекс семейного богатства PISA; индекс домашних образовательных ресурсов PISA; и индекс имущественных ценностей, относящихся к классической культуре в семейном доме.

Рис. 1.5. Процент детей в возрасте 15 лет, которые физически активны согласно индексу ESCS (PISA)



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Q = квинтиль.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных индекса ESCS за 2015 г. (PISA).

На национальном уровне географическое расположение места рождения и проживания людей может повлиять на их шансы на здоровую и благополучную жизнь даже в раннем детстве

- Внутри стран Европейского региона ВОЗ наблюдаются большие различия в степени географических неравенств по показателям младенческой смертности.
- Данные о младенческой смертности в 2016 году в 35 странах (см. Рис. 1.6) показывают, что в наиболее неблагополучных регионах страны среди каждых 1000 живорожденных число детей, не доживающих до первого года жизни, может быть на 41 ребенка больше, чем среди детей, родившихся в наиболее благополучных регионах.
- Эти неравенства сопоставимы по своим масштабам с абсолютными показателями младенческой смертности

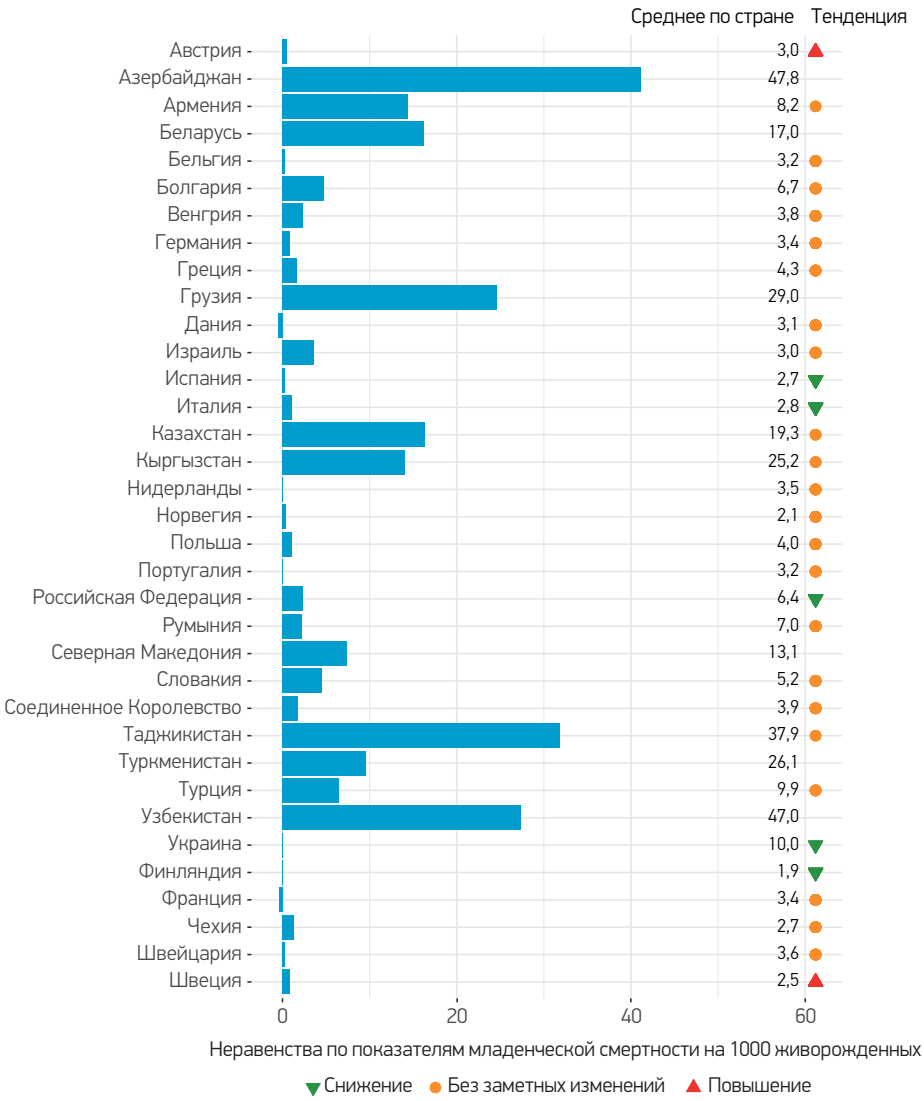
в Регионе: средние показатели младенческой смертности в странах колеблются от 1,9 до 47,8 смертей на 1000 живорождений.

- При сопоставлении стран с аналогичными экономическими и культурными характеристиками между географическими регионами внутри стран наблюдаются заметные различия в уровнях младенческой смертности. Это свидетельствует о том, что неравенства по показателям младенческой смертности являются предотвратимыми.

Во многих странах разрывы в показателях младенческой смертности остаются такими же, какими они были 10 лет назад

- В 23 из 35 стран в различных частях Региона в период с 2005 по 2016 год эти разрывы в показателях младенческой смертности между наиболее и наименее благополучными географическими регионами стран либо остались без изменений, либо даже увеличились.

Рис. 1.6. Различия в показателях младенческой смертности на 1000 живорожденных между самыми неблагополучными и самыми благополучными субнациональными регионами, данные за разные годы (и динамика этих показателей за период с 2005 г.)



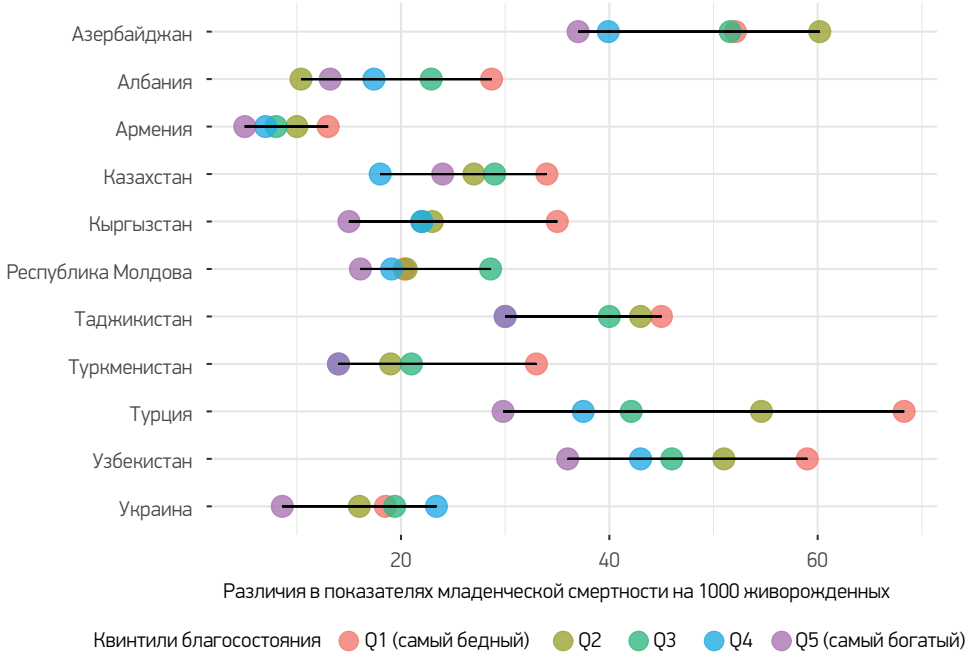
Примечание. Самым последним годом, по которому имелись данные по большинству стран, был 2016, со следующими исключениями: Азербайджан, 2006; Беларусь, 2005; Грузия, 2005; Казахстан, 2015; Кыргызстан, 2014; Северная Македония, 2005; Российская Федерация, 2015; Таджикистан, 2015; Узбекистан, 2006, Украина, 2012.

Источник: набор данных за период 2005–2016 гг., подготовленный авторами на основе данных Евростата, ОЭСР и GDL

Показатели младенческой смертности коррелируют с уровнем благосостояния домашних хозяйств

- На рис. 1.7 показаны различия в уровнях младенческой смертности между группами населения с самым низким и самым высоким уровнем благосостояния в 10 странах, по которым имелись соответствующие дезагрегированные данные.[7]
- Дети, рожденные в беднейших семьях, чаще умирают в первый год жизни, чем дети, рожденные в самых богатых семьях.
- Данные по этим 10 странам показывают, что среди каждых 1000 живорожденных детей в квинтиле семей с самым низким доходом число детей, не доживших до первого года жизни, на 4–23% превышает число таких детей в квинтиле семей с самым высоким доходом.
- Это сопоставимо со средним показателем для Европейского региона ВОЗ, который составляет 27 младенцев, не доживших до первого года жизни, на каждую 1000 живорожденных детей.

Рис. 1.7. Число смертей на 1000 живорожденных у детей в возрасте до 12 месяцев, по квинтилям благосостояния семей, данные за разные годы



Примечание. Самые последние имеющиеся данные варьируются по странам следующим образом: Албания, 2009, Армения, 2016, Азербайджан, 2006, Казахстан, 2011, Кыргызстан, 2014, Республика Молдова, 2005, Таджикистан, 2012, Туркменистан, 2016, Узбекистан, 2006, Украина, 2007.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Всемирного банка за период 2006–2016 гг.

ЦУР и младенческая смертность

Задача 3.1. К 2030 году снизить глобальный коэффициент материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений.

Задача 3.2. К 2030 году положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до пяти лет, при этом все страны должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность в возрасте до пяти лет до не более 25 случаев на 1000 живорождений.

[7] Индекс благосостояния является суммарной мерой совокупного уровня жизни домохозяйства. Квинтили индекса благосостояния рассчитываются с использованием данных об активах домохозяйства,сбор которых не связан с большими трудностями – наличие в домохозяйстве телевизора/ов, велосипеда/ов, материалов для жилищного строительства, а также доступ к качественным услугам водоснабжения и водоотведения (санитарии).

Социально-экономический градиент здоровья влияет на другие показатели здоровья в первые годы жизни

- Рис. 1.8 демонстрирует существование различий в охвате вакцинацией против кори. В 11 из 16 стран, по которым имеются дезагрегированные по благосостоянию данные, дети из домашних хозяйств, входящих в один из двух самых низких квинтилей, с наименьшей вероятностью были вакцинированы против кори.

- В этих странах из каждых 100 детей в наименее обеспеченном квинтиле вакцинировано против кори было в среднем на 9 детей меньше по сравнению с самым богатым квинтилем. Средние показатели охвата вакцинацией варьируются от 71 до 98 детей на каждые 100.

- Представленные данные являются наиболее свежими дезагрегированными данными, доступными на момент написания доклада. Более свежие данные имеются о потреблении вакцин, но они не были дезагрегированы по квинтилям богатства.

Рекомендации по сокращению неравенств по показателям иммунизации

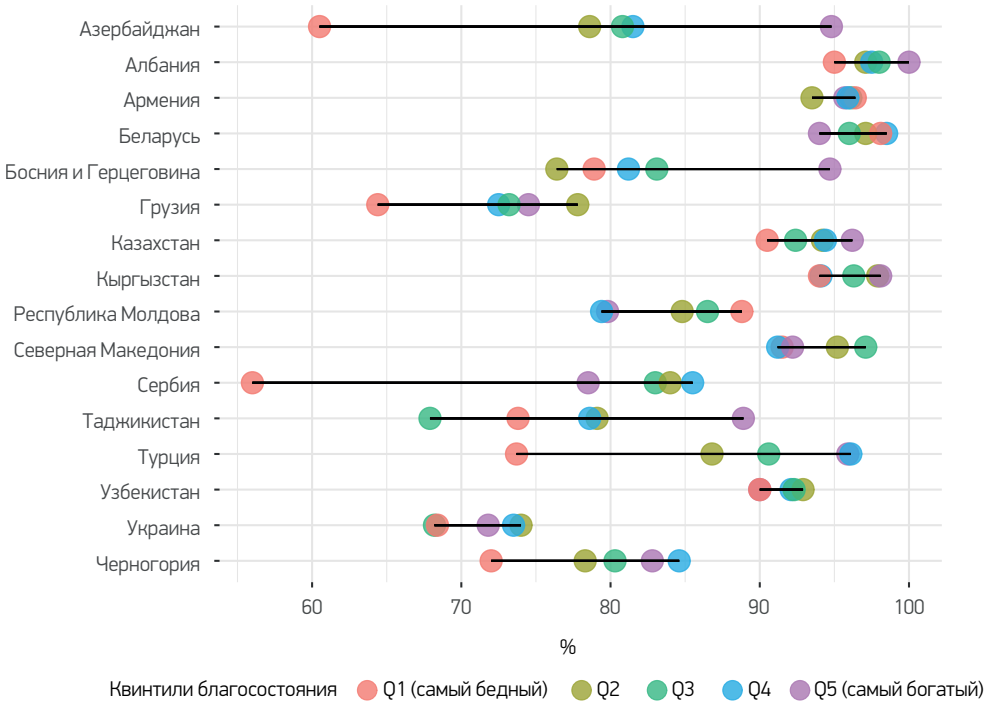
- Европейский план действий в отношении вакцин направлен на достижение следующей долгосрочной цели: “Европейский регион, которому больше не угрожают заболевания, предотвращаемые с помощью вакцин, и где во всех странах обеспечен справедливый доступ к качественным, безопасным и приемлемым по стоимости вакцинам и услугам иммунизации на всех этапах жизни.” *(25)*.

- Термин «нерешительность в отношении вакцин/вакцинации « означает отсрочку или отказ от вакцинации несмотря на наличие этого вида медицинских услуг *(26)*. Неравенство в отношении здоровья может быть одним из факторов, обуславливающих такую нерешительность. В 2019 г. ВОЗ включила эту проблему в число 10 основных угроз для глобального здравоохранения *(27)*.

- В некоторых странах Европейского региона ВОЗ среди детей родителей с более высоким количеством лет обучения наблюдаются более низкие показатели охвата иммунизацией. Эта корреляция не является последовательной, и низкий охват прививками в этой группе детей часто коррелирует со специфическими вакцинами (например, с вакциной против вируса папилломы человека (ВПЧ); см., например, Feiring et al., 2015 *(28)*).

- В Руководстве по адаптации программ иммунизации (АПИ) дается описание научно обоснованных механизмов и путей ускорения действий по сокращению пробелов в охвате иммунизацией. Цель Руководства заключается в том, чтобы оказать государствам-членам помощь в следующих областях: выявление наиболее восприимчивых групп населения; диагностика факторов, способствующих или препятствующих успеху программ иммунизации; разработка и внедрение научно обоснованных подходов как для поддержания высокого уровня вакцинации среди населения в целом, так и для увеличения охвата вакцинацией против некоторых заболеваний, когда это необходимо.

Рис. 1.8. Процент детей в возрасте 12–59 месяцев, получивших хотя бы одну дозу противокоревой вакцины, по квинтилям благосостояния, данные за разные годы



Примечание. Самые последние имеющиеся данные варьируются по странам следующим образом: Албания, 2008, Армения, 2010, Азербайджан, 2006, Босния и Герцеговина, 2011, Беларусь, 2005, Грузия, 2005, Казахстан, 2010, Кыргызстан, 2012, Республика Молдова, 2012, Северная Македония, 2011, Сербия, 2005, Таджикистан, 2006, Турция, 2003, Узбекистан, 2006, Украина, 2012.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ (ГОЗ) за период 2003–2012 гг.

ЦУР и вакцинация

Задача 3.8. Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех.

1.3 Различия в состоянии здоровья взрослых: состояние и тенденции

Разрывы в состоянии здоровья взрослого населения в Европейском регионе ВОЗ не уменьшаются

- Показатели самооценки физического и психического здоровья и благополучия все чаще признаются в качестве ранних признаков, позволяющих определить риск смертности и заболеваемости, и широко рассматриваются как надежные показатели объективного состояния здоровья (29, 30) (см. Приложение 4).

- В 45 из 48 стран на рис. 1.9 женщины с наименьшим количеством лет обучения чаще оценивают свое здоровье как плохое или удовлетворительное по сравнению с женщинами с наибольшим количеством лет обучения, причем такая же картина наблюдается и среди мужчин в 47 из 48 стран.

- В этих странах доля женщин с наименьшим количеством лет обучения, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, может превышать соответствующий показатель среди женщин с наибольшим количеством лет обучения вплоть до 31%. Среди мужчин этот разрыв может доходить до 33%.

- Средняя доля женщин, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, варьируется от 16 до 66 из каждых 100, а среди мужчин этот диапазон составляет от 15 до 56 из каждых 100.

- Внутристрановые различия по такому показателю самооценки как «плохое здоровье» либо оставались неизменными, либо увеличились в период с 2005 по 2017 год в большинстве частей Региона (рис. 1.9, рис. 1.10, рис. 1.11).

- Показатели самооценки здоровья позволяют получить объективное представление о влиянии мер политики и мероприятий, что невозможно сделать с помощью показателей смертности или заболеваемости, так как в этом случае для выявления эффекта требуется больше времени *(31)*.

Гендерные различия по такому показателю самооценки, как плохое или удовлетворительное здоровье

- В Андорре, Кыргызстане, Литве и Румынии образовательный градиент здоровья среди мужчин ниже, чем среди женщин. В этих странах различия по показателям самооценки здоровья в группах населения с высоким и низким уровнем образования менее выражены среди мужчин, чем среди женщин. Это, по-видимому, свидетельствует о том, что уровень образования оказывает меньшее влияние на здоровье мужчин, чем на здоровье женщин.

- Однако в Азербайджане, Дании, Исландии, Израиле, Республике Молдова и Украине наблюдается обратная картина, так как в этих странах образовательный градиент здоровья среди женщин меньше, чем среди мужчин. В этих странах различия по показателям самооценки здоровья в группах населения с высоким и низким уровнем образования менее выражены среди женщин, чем среди мужчин. Это, по-видимому, свидетельствует о том, что уровень образования оказывает меньшее влияние на здоровье женщин, чем на здоровье мужчин.

Различия по такому показателю самооценки, как плохое здоровье, между группами населения, дезагрегированными по признаку образования и доходов

- На рис. 1.9 показаны различия по показателю «плохое здоровье» в разбивке по количеству лет обучения, а на рис. 1.10 показаны различия по этому же показателю в разбивке по уровню доходов. Люди с самыми низкими доходами чаще оценивают свое здоровье как плохое, чем люди с самыми высокими доходами.

- В 37 из 38 стран на рис. 1.10 существует четкий социально-экономический градиент. Причем доля взрослых, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, выше в квинтилях с более низким доходом как среди мужчин, так и среди женщин.

- Данные по этим 38 странам показывают, что в квинтиле с самым низким доходом число женщин, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, на 2–29% превышает число таких женщин в квинтиле с самым высоким доходом, и что среди мужчин в этих же квинтилях разрыв в анализируемых показателях составляет 6–29%.

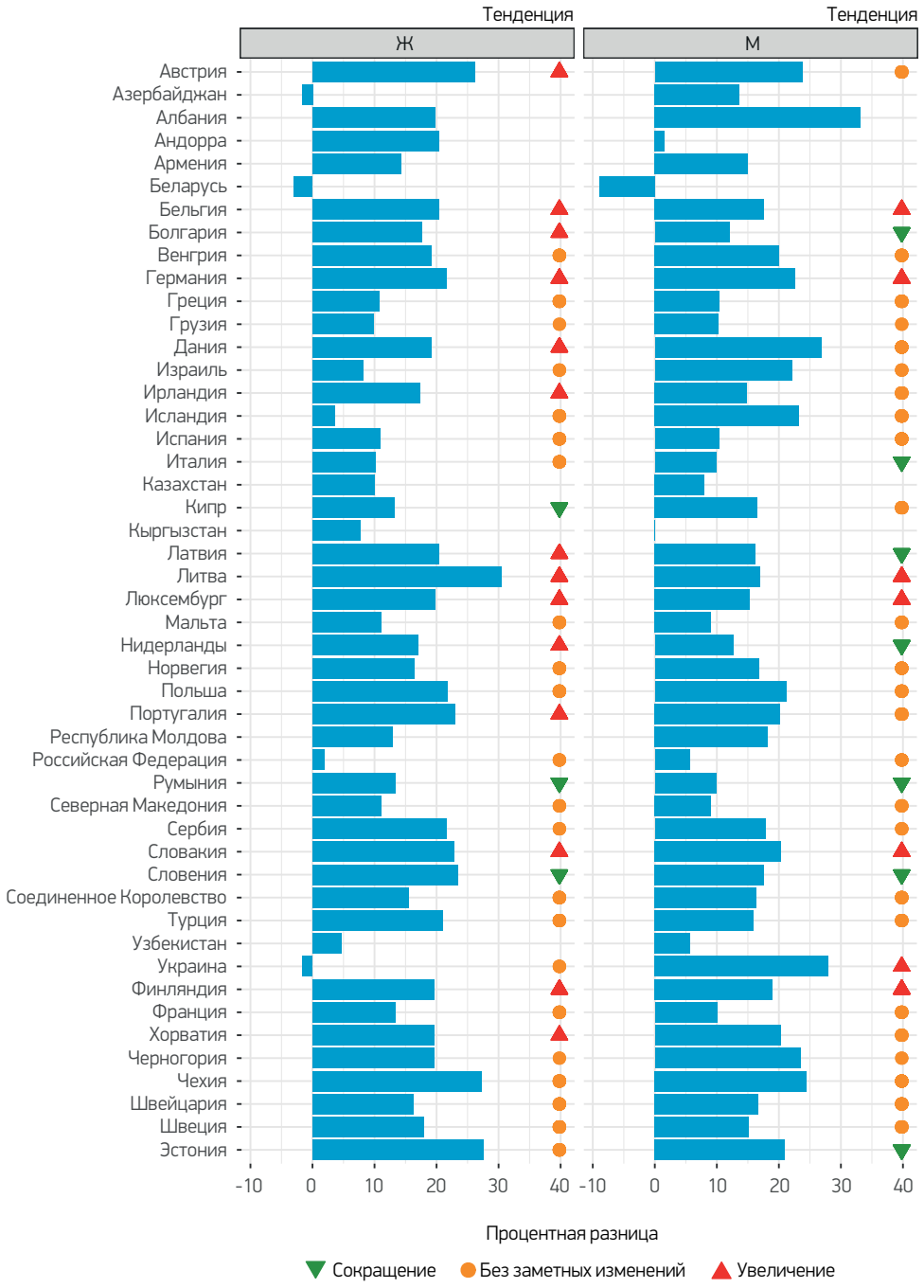
- Средние показатели самооценки здоровья как «плохое или удовлетворительное» варьируются от 15 до 60 на каждых 100 женщин и от 15 до 50 на каждых 100 мужчин.

По всем компонентам градиент показателей здоровья совпадает с социальным градиентом

- Анализ данных, собранных с помощью различных методов, таких как самооценка здоровья (рис. 1.9 и 1.10), оценка психического здоровья по пятибалльной шкале ВОЗ (индекс благополучия ВОЗ-5)[8] и оценка удовлетворенности жизнью, показывает, что градиенты показателей смертности и заболеваемости совпадают с социально-экономическими градиентами (более подробно эта тема обсуждается в разделе 2).

[8] Респондентов спрашивают, как часто за последние две недели они себя чувствовали: (1) бодрыми и в хорошем настроении; (2) спокойными и расслабленными; (3) активными и энергичными; (4) свежими и отдохнувшими после пробуждения; и (5) удовлетворенными от того, что их повседневная жизнь наполнена событиями и делами, которые их интересуют *(32)*.

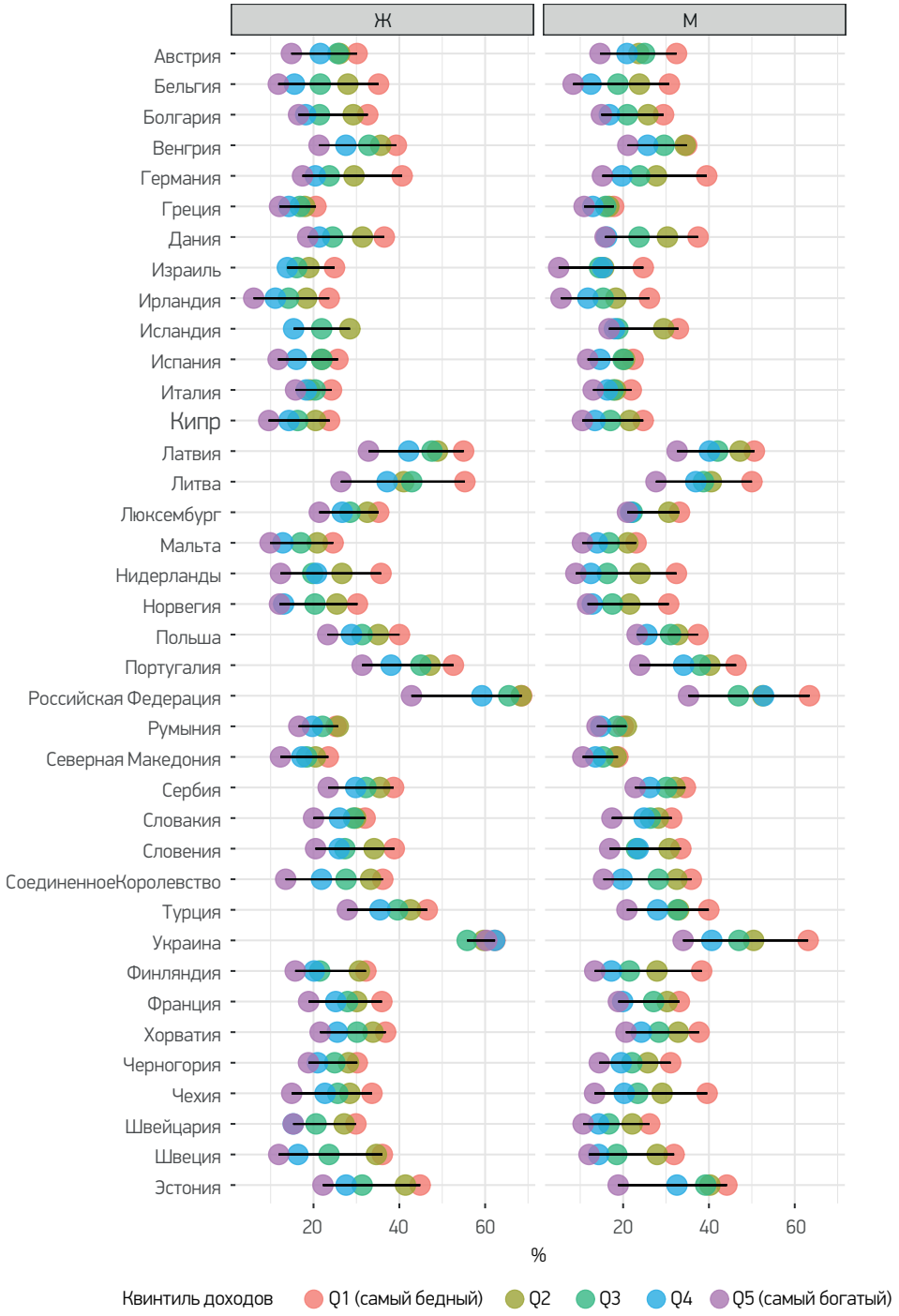
Рис. 1.9. Разница в доле взрослых с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, 2017 г. (и динамика изменения этого показателя в период с 2005 г.)



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины Отрицательные проценты означают, что среди лиц с наименьшим количеством лет обучения/низким уровнем образования доля людей, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, меньше, чем среди лиц с наибольшим количеством лет обучения.

Источник: набор данных за 2005–2017 гг., подготовленный авторами на основе данных ESS, обследования EU-SILC и WVS.

Рис. 1.10. Процентная доля взрослых, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы



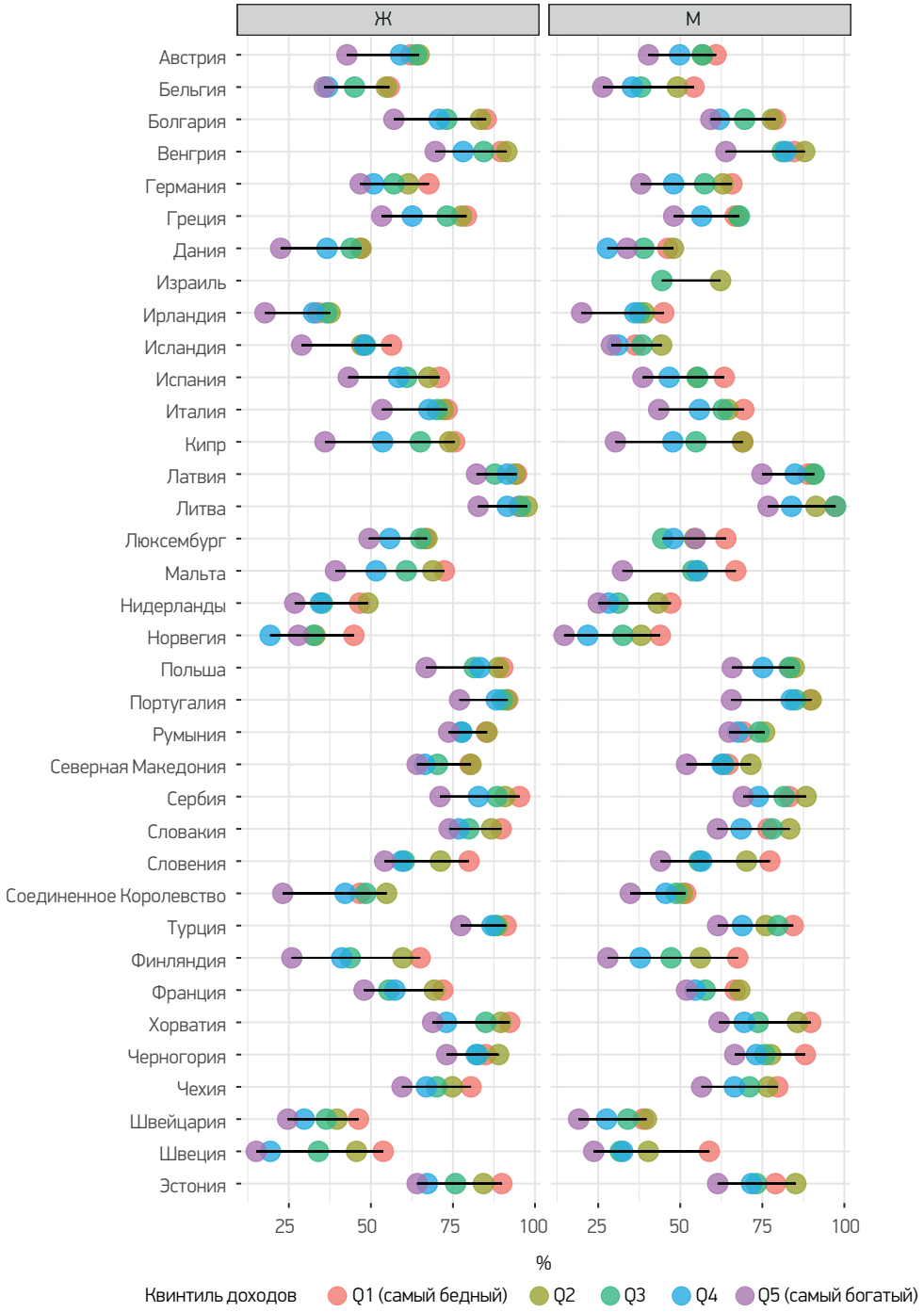
Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Некоторые данные отсутствуют из-за слишком малого размера выборки, например, это касается женщин в Исландии (Q1 и Q5) и женщин в Израиле (Q5).

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования EU-SILC и ESS за 2012–2017 гг.

Неравенства в отношении здоровья сохраняются и на более поздних этапах жизни

- В большинстве стран Европейского региона ВОЗ наблюдаются различия в самооценке здоровья людей в возрасте 65 лет и старше (рис. 1.11).
- Во всех странах среди женщин в возрасте 65 лет и старше и в 33 из 36 стран среди мужчин в той же возрастной группе наблюдается четкий социально-экономический градиент, когда люди из 1-го и 2-го (т.е. самых низких) квинтилей дохода, чаще оценивают свое здоровье как плохое или удовлетворительное.

Рис. 1.11. Доля людей в возрасте 65 лет и старше, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Некоторые данные отсутствуют из-за слишком малого размера выборки, например, это касается мужчин в Израиле (Q1, Q4 и Q5) и женщин в Израиле (Q5).

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования EU-SILC и ESS за 2014–2017 гг.

Различия в самооценке здоровья и благополучия наблюдаются на разных этапах жизненного цикла

- Процентное распределение детей, людей трудоспособного возраста и людей в возрасте 65 лет и старше, сообщающих о плохом состоянии здоровья, в разбивке по доходу домашнего хозяйства или уровню благосостояния, свидетельствует о том, что социально-экономический градиент здоровья с возрастом увеличивается.

- Так, например, в домохозяйствах из соответственно беднейшего и богатейшего квинтилей разрыв в доле

детей, оценивающих свое здоровье как плохое или удовлетворительное, в среднем составляет 6% среди девочек и 5% среди мальчиков, в то время как у взрослых этот разрыв увеличивается до 19% среди женщин и до 17% среди мужчин.

- В группе населения в возрасте 65 лет и старше этот разрыв увеличивается еще больше. В среднем он составляет 22% среди женщин и 21% среди мужчин.

Люди, начинающие очередной этап жизни с более слабым здоровьем, рискуют еще больше отстать от других людей

- Количество лет жизни, прожитых в хорошем здоровье, особенно после достижения пенсионного возраста, во многом зависит от совокупного воздействия всех благоприятных и неблагоприятных факторов.

В Европейском регионе ВОЗ у взрослых из более богатых домохозяйств наблюдается более высокий уровень благополучия

- Как и в случае детей (см. рис. 1.3) взрослые из наименее обеспеченных домохозяйств по всему Региону чаще, чем взрослые из более богатых домохозяйств, сообщают о низком уровне благополучия, измеряемом по уровню удовлетворенности жизнью[9] (рис. 1.12).

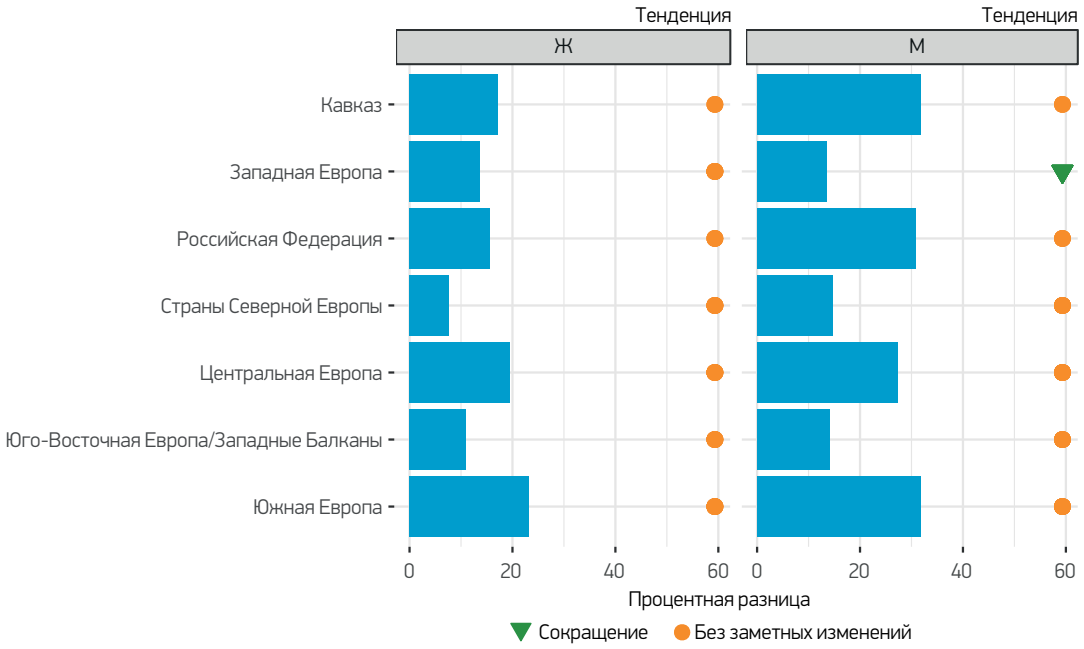
- Разница в уровне удовлетворенности жизнью является самой низкой в странах Северной Европы и самой высокой в странах Южной Европы (рис. 1.12).

- В каждом кластере стран, за исключением мужчин в Западной Европе, различия в доле взрослых, сообщающих о низкой удовлетворенности жизнью, не претерпели заметных изменений в период с 2003 по 2016 год.

- Во всех кластерах стран, за исключением западной Европы, различия в удовлетворенности жизнью между теми, кто находится в квинтилях с самым низким и самым высоким доходом, больше среди мужчин, чем среди женщин. В четырех из семи кластеров стран разница по этому показателю между мужчинами с самыми низкими доходами и мужчинами с самыми высокими доходами составляет более 20%.

[9] Для оценки общего качества жизни людей, в опросах (EQLS и т.д.) респондентам предлагается осуществить самооценку своего здоровья и благополучия на основе количественной оценки удовлетворенности жизнью с помощью, например, такого вопроса: “Учитывая все обстоятельства, насколько вы удовлетворены своей жизнью в настоящее время?» Эта субъективная оценка дополняет данные, полученные с помощью других обследований, и является важным компонентом оценки общего благополучия человека.

Рис. 1.12. Процентная разница между взрослыми, сообщающими о неудовлетворительной жизни, на 100 взрослых в квинтиле с самым низким доходом и квинтиле с самым высоким доходом, 2003–2016 гг. (и тенденции) в разбивке по группам стран



Примечание. Ж = женщины М = мужчины.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования EU-SILC и ESS за 2003–2016 гг.

Люди из квинтиля с самым низким доходом имеют самый низкий уровень удовлетворенности жизнью в Европейском регионе ВОЗ

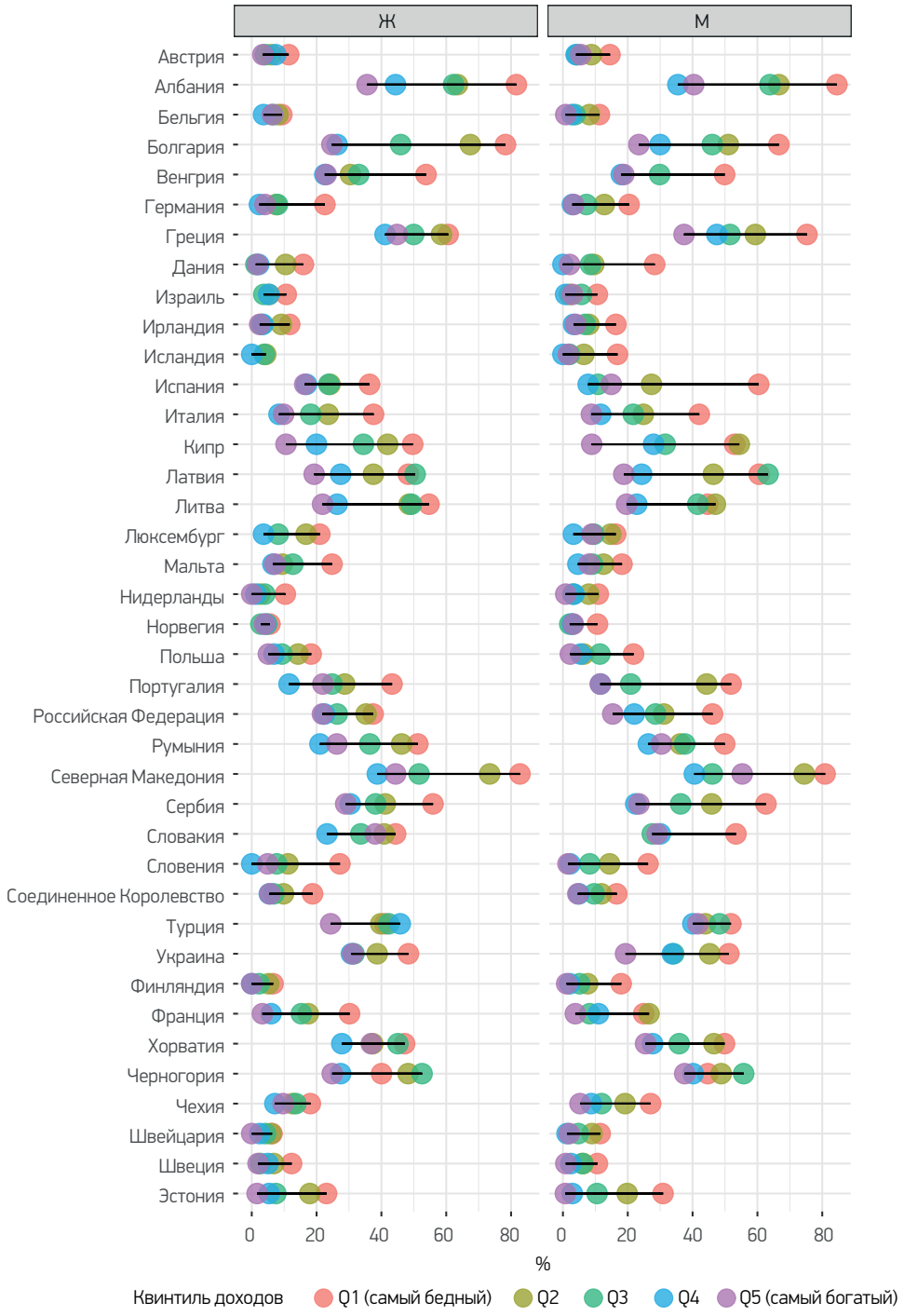
- В Регионе наблюдаются существенные различия в доле взрослых, сообщающих о неудовлетворенности жизнью (рис. 1.13). В общей сложности в 15 из 39 стран различия в показателях неудовлетворенности жизнью между женщинами в квинтилях с самым низким и самым высоким доходом превышают 20% (аналогичные различия у мужчин наблюдаются в 21 из 39 стран).
- В 36 из 39 стран женщины с самым низким доходом чаще сообщают о неудовлетворенности жизнью. В 34 из этих 39 стран аналогичная картина наблюдается и среди мужчин.
- В этих странах в квинтиле с самым низким доходом доля женщин, сообщающих о низком уровне удовлетворенности жизнью, на 2–54% превышает долю таких женщин в квинтиле с самым высоким доходом. Среди мужчин в 1-ом и 5-ом квинтилях дохода разрыв в этом показателе варьируется от 7 до 46%.
- Средний показатель сообщений респондентов о неудовлетворенности жизнью в Регионе составляет 23 из каждых 100 как для женщин, так и для мужчин.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Европейском регионе ВОЗ увеличивается, но в каждой стране сохраняются неравенства в отношении здоровья между взрослыми людьми из различных социальных групп

- В период с 2010 до 2015 года средняя ожидаемая продолжительность жизни в Регионе увеличилась с 76,7 до 77,8 года. Однако этот средний показатель не позволяет увидеть внутристрановые различия. По 19 странам такие различия показаны на рис. 1.14 (данные дезагрегированы по уровню образования).
- В таблице 1.1 показаны как показатели ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), так и величина различий между этими показателями в разбивке по уровням образования мужчин и женщин в вышеприведенных 19 странах.

- Средняя ОПЖ мужчин в этих 19 странах ниже средней ОПЖ женщин. Однако разрыв в ожидаемой продолжительности жизни у мужчин из разных социальных групп больше, чем у женщин.
- Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между женщинами с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения остался прежним или увеличился во всех 19 странах за период с 2013 по 2016 год. Что касается мужчин, то величина разрыва в показателях за этот же период осталась прежней почти во всех странах.

Рис. 1.13. Доля взрослых, сообщающих о неудовлетворенности жизнью, в разбивке по квинтилям дохода, 2016 г. (или последний год, по которому имеются соответствующие данные)



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Некоторые данные отсутствуют из-за слишком малого размера выборки, например, это касается: мужчин в Венгрии и Словакии (Q2); женщин в Исландии (Q1 и Q5); женщин в Израиле (Q5); и женщин в Люксембурге (Q5).

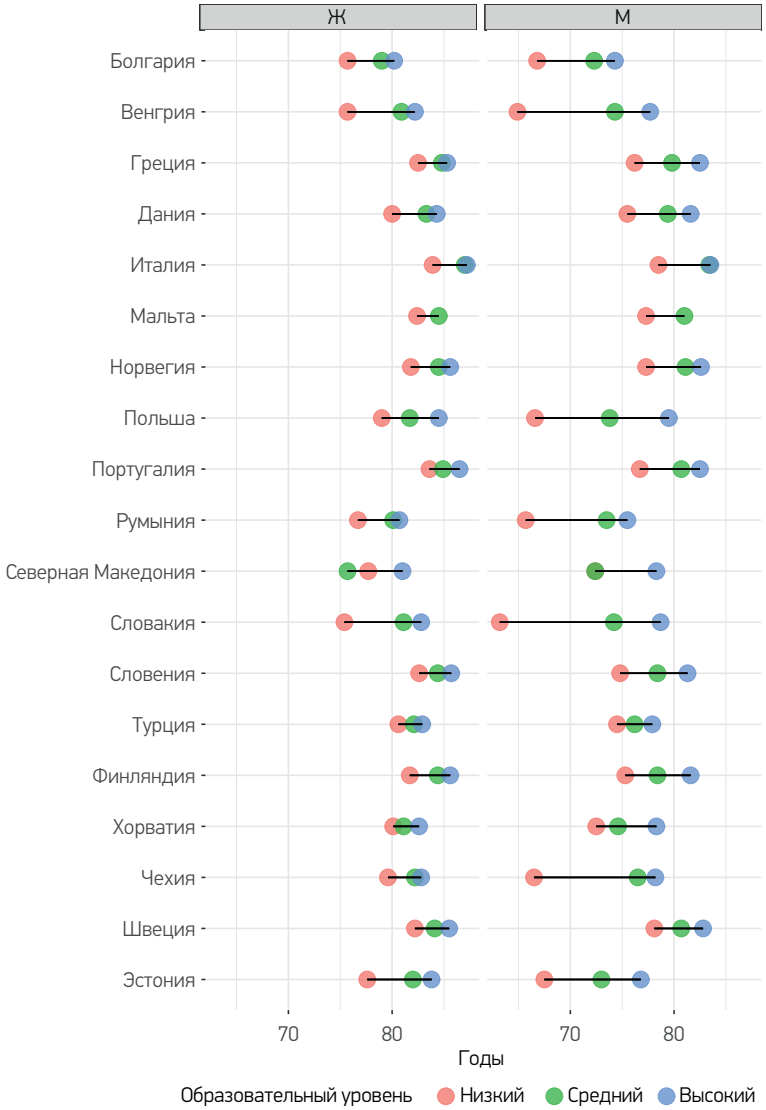
Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования EU-SILC и данных ESS за 2016 г. (кроме данных по Украине – 2012 г.).

Таблица 1.1 Средние значения и диапазоны показателей ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и разрыва в ОПЖ в 19 странах Европейского региона ВОЗ, 2016 г. (или последний доступный год)

	Ожидаемая продолжительность жизни (в годах)		Разрывы в показателях ОПЖ (в годах)	
	Среднее значение	Диапазон	Среднее значение	Диапазон
Женщины	82,0	78,1–86,0	3,9	2,3–7,4
Мужчины	76,2	71,1–81,8	7,6	3,4–15,5

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата.

Рис. 1.14. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в разбивке по уровням образования, 2016 г. (или последний доступный год)



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Данные по Мальте относятся к 2011 г.. Данные об уровне высшего образования среди жителей Мальты отсутствуют. Категории образования основаны на категориях МСКО, которые объединяются для формирования переменной образования, состоящей из трех категорий (более подробная информация о категориях МСКО приводится в разделе 1.1). Возрастной диапазон, используемый в разных странах при сборе данных о доле населения с неполным средним, полным средним и высшим образованием, может различаться.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата.

Внутри стран наблюдаются значительные различия в ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) между мужчинами и женщинами из разных социальных групп

- Проведенный анализ показал, что у женщин с меньшим количеством лет обучения ОПЖ вероятно будет на 2,3–7,4 года меньше, чем у женщин с бóльшим количеством лет обучения.
- У мужчин с меньшим количеством лет обучения ОПЖ вероятно будет на 3,4–15,5 лет меньше, чем у мужчин с бóльшим количеством лет обучения.
- В четырех странах разрыв в показателях ОПЖ между мужчинами с неполным средним образованием и мужчинами с высшим образованием составляет более 10 лет.

Прогресс в сокращении субнациональных неравенств по показателям ожидаемой продолжительности жизни был ограниченным

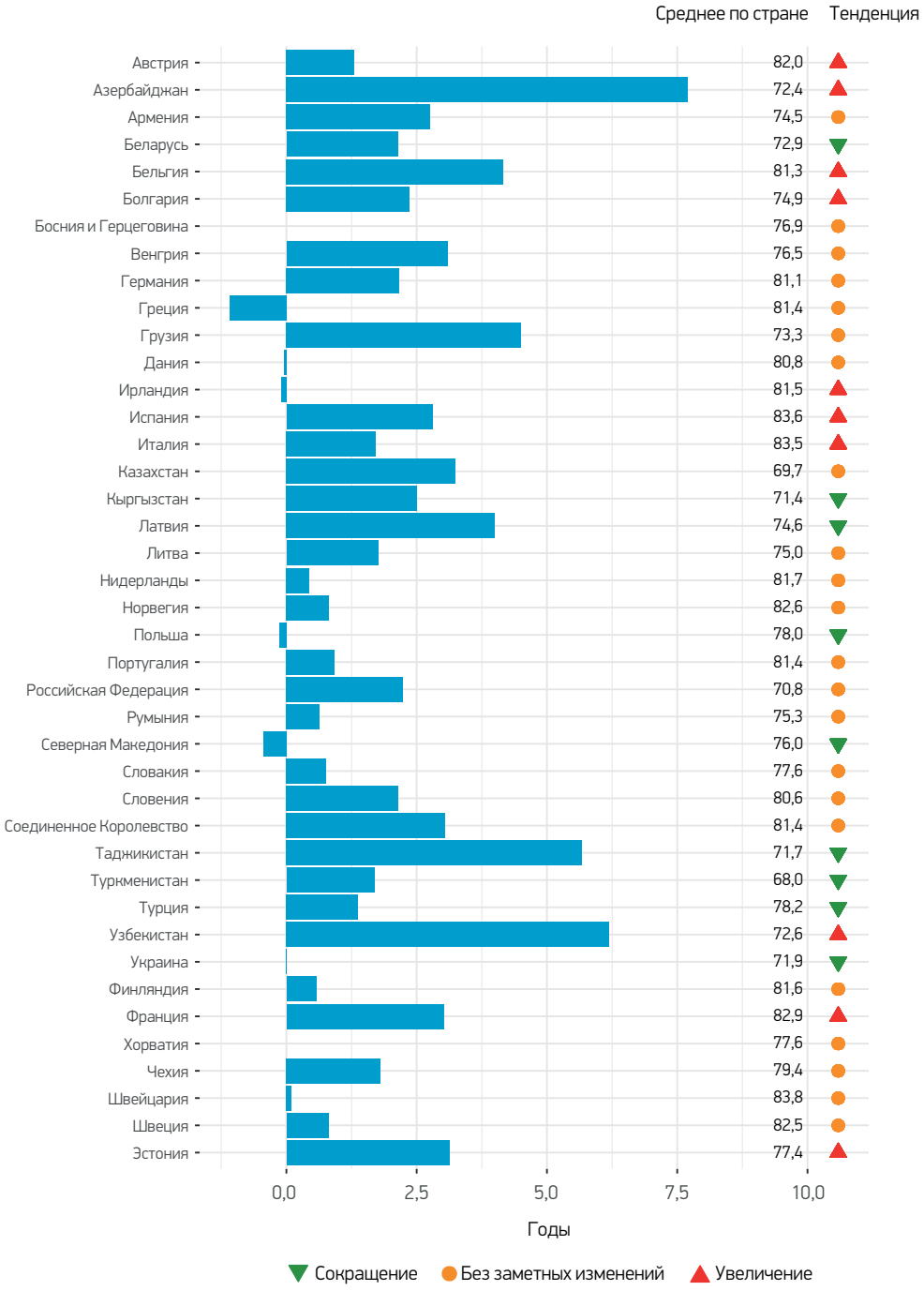
- Прогресс в деле сокращения субнациональных неравенств по показателям ОПЖ за период от 2005 до 2016 года вызывает разочарование (рис. 1.15).
- Тенденции показывают, что за этот период в 32 из 41 страны различия в ожидаемой продолжительности жизни между наиболее и наименее благополучными субнациональными регионами остались неизменными или увеличились (рис. 1.15).
- В этих странах (n = 41) средняя продолжительность жизни колеблется от 68,0 до 83,8 лет.
- В 34 из 41 страны ожидаемая продолжительность жизни в наиболее неблагополучных субнациональных регионах ниже, чем в наиболее благополучных регионах. В этих странах мужчины и женщины, живущие в наиболее неблагополучных регионах, умирают в среднем на 7,7 года раньше по сравнению с жителями наиболее благополучных регионов.
- Однако в семи странах ожидаемая продолжительность жизни в наиболее неблагополучных регионах оказалась выше, чем в наиболее благополучных регионах (в 2016 г.).

Из-за ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций организма, многие люди не могут жить достойной жизнью

- Неравенства по такому показателю, как ограничения жизнедеятельности, обусловленные заболеваниями, влияют не только на возможность людей вести высококачественную домашнюю и семейную жизнь, но и на общую производительность труда и, следовательно, на экономические показатели страны. Ограничения жизнедеятельности, обусловленные нарушением функций организма, относятся к тем ограничениям, которые люди испытывают в своей обычной деятельности в течение по крайней мере шести месяцев в результате проблем со здоровьем *(33)*.
- Неравенства по показателю «ограничения жизнедеятельности, обусловленные заболеваниями», наблюдаются во всех странах Европейского региона ВОЗ (особенно в странах с дезагрегированными данными о доходах). В 38 странах, показанных на рис. 1.16, процентное распределение женщин и мужчин, сообщивших об ограничениях жизнедеятельности из-за плохого состояния здоровья, соответствует выраженному социальному градиенту по квинтилю дохода.
- Данные по этим 38 странам показывают, что среди каждых 100 женщин в квинтиле с самым низким доходом число женщин, сообщающих об ограничениях в повседневной жизни из-за плохого состояния здоровья, на 4–20% превышает число таких женщин в квинтиле с самым высоким доходом.
- В этих же странах различие в данном показателе между мужчинами в квинтиле с самым низким доходом и мужчинами в квинтиле с самым высоким доходом составляет 4–22%.
- В период с 2005 по 2016 год среди женщин разрывы в показателях ограничений жизнедеятельности, обусловленных заболеваниями, либо не изменились, либо увеличились в 32 из 38 стран, показанных на рис. 1.16, а среди мужчин аналогичная картина наблюдалась в 31 из 38 стран.

- Эти неравенства создают порочный круг нездоровья, поскольку хронические болезни, ограничивающие жизнедеятельность, мешают людям принимать участие в социальной, экономической и культурной деятельности, такой как оплачиваемая и добровольная работа, профессиональные обучение и подготовка, а также вести полноценную социальную жизнь и иметь круг друзей. Риск экономической и социальной изоляции и уязвимости возрастает, и это оказывает непосредственное воздействие на семьи с точки зрения увеличения бремени по уходу и обеспечению доходов домашних хозяйств.

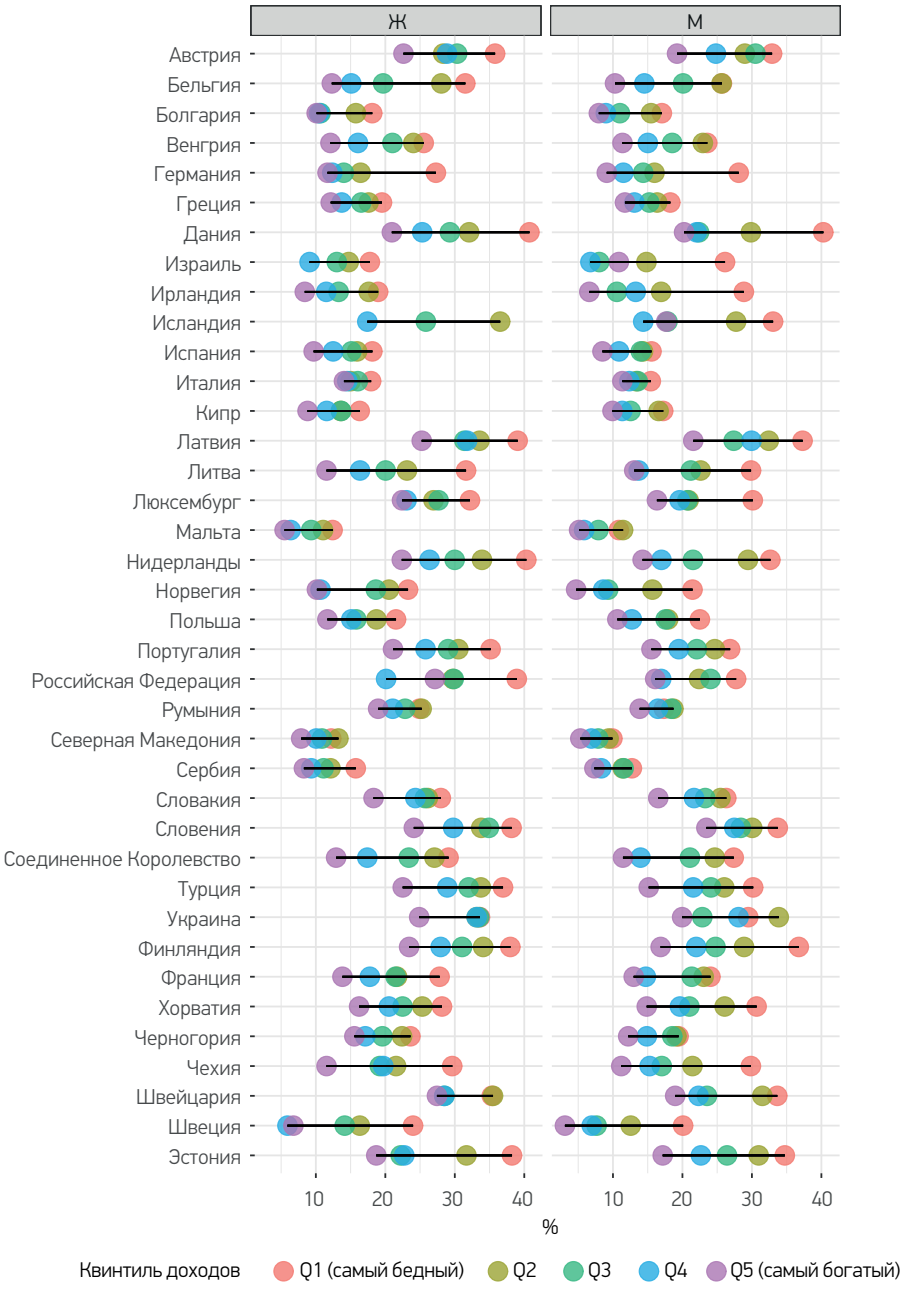
Рис. 1.15. Разница в ожидаемой продолжительности жизни между наиболее неблагополучными и наиболее благополучными субнациональными регионами, 2016 г. (и тенденции за период с 2005 г.)



Примечание. На основе индекса наклона неравенства. Различия между наиболее неблагополучными субнациональными регионами и наиболее благополучными субнациональными регионами оцениваются как индекс наклона неравенства по сравнению с субнациональным индексом развития человеческого потенциала (ИРЧП). В 2016 г. в семи странах в самых богатых регионах были зарегистрированы более низкие показатели ожидаемой продолжительности жизни, чем в самых бедных регионах.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата, ОЭСР и GDL за период 2005–2016 гг.

Рис. 1.16. Доля взрослых, сообщающих о том, что из-за проблем со здоровьем они страдают от стойких ограничений жизнедеятельности (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы



Примечание. Ж = женщины М = мужчины Некоторые данные отсутствуют из-за слишком малого размера выборки, например, это касается женщин в Исландии (Q1 и Q5) и женщин в Израиле (Q5).

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования EU-SILC и ESS за 2012–2017 гг.

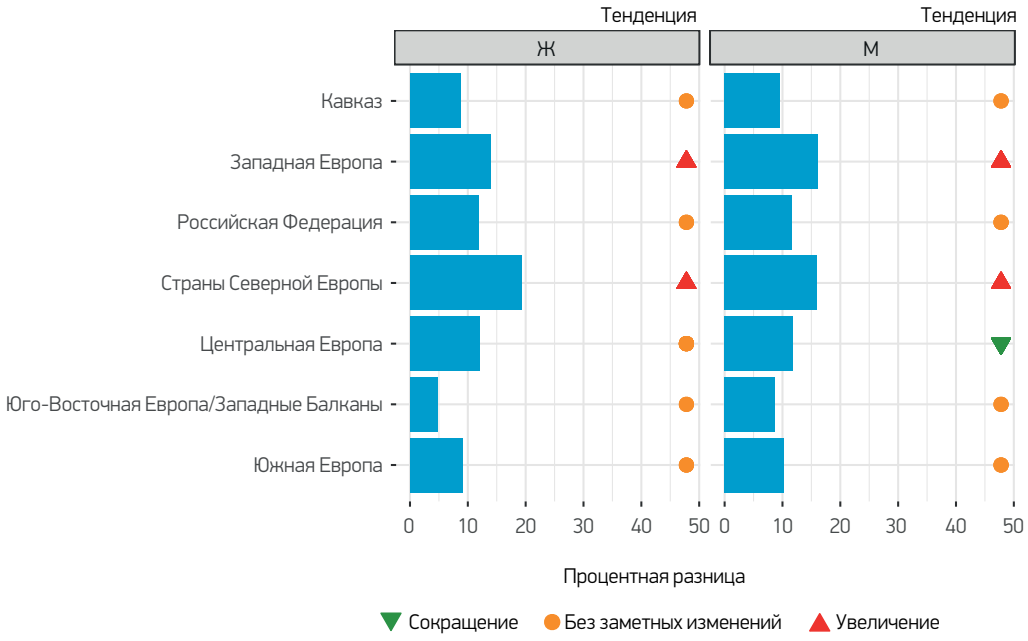
Сравнения показателей между регионами показывают лишь незначительный прогресс в уменьшении различий в стойких ограничениях жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем

- Анализ тенденций по группам стран в рамках Европейского региона ВОЗ показал, что неравенства по показателям стойких ограничений жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем между людьми в квинтилях с самым низким и самым высоким доходом оставались в целом неизменными в период с 2004 по 2016 год (рис.1.17).
- Однако следует отметить, что на субрегиональном уровне разрыв в таких показателях сократился для мужчин в Центральной Европе, но увеличился для

мужчин и женщин в Западной Европе и странах Северной Европы.

- В Западной Европе, Южной Европе, Юго-Восточной Европе/Западных Балканах и на Кавказе различия в заболеваемости, ограничивающие повседневную жизнедеятельность лиц с самым низким и самым высоким уровнем дохода, являются более выраженными среди мужчин, чем среди женщин. В Центральной Европе, странах Северной Европы и Российской Федерации различия в этих показателях являются более значительными для женщин.

Рис. 1.17. Разница в доле взрослых, сообщающих о стойких ограничениях жизнедеятельности из-за проблем со здоровьем, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом, 2016 г. (с указанием тенденций за период с 2004 г.), в разбивке по кластерам стран



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования EU-SILC и данных ESS.

Во всех частях Европейского региона ВОЗ показатели психического нездоровья (по самооценке респондентов), как правило, выше в квинтилях с самым низким доходом

- Различия в показателях психического нездоровья между квинтилями домохозяйств с самым низким и самым высоким доходом существуют в большинстве стран (рис. 1.18). В четверти стран Региона различия в показателях психического нездоровья (по самооценке респондентов) между людьми с самыми низкими и самыми высокими доходами составляют более 20%. Люди с самыми низкими доходами в два раза чаще имеют низкий уровень психического здоровья, чем люди с самыми высокими доходами.

- В 32 из 35 стран на рис. 1.18 самые высокие показатели психического нездоровья наблюдаются у женщин в 1-м и 2-м квинтилях дохода. Среди мужского населения самые высокие показатели психического нездоровья также наблюдаются в 1-м и 2-м квинтилях дохода в 34 из 35 стран.

- В этих странах в квинтиле с самым низким доходом (1 квинтиль) доля женщин, сообщающих о низком уровне психического здоровья, на 1–24% превышает долю таких женщин в квинтиле с самым высоким доходом (5 квинтиль). У мужчин в 1-ом и 5-ом квинтилях дохода разрыв в показателях психического нездоровья варьируется в диапазоне 4–26%.

- В рамках Региона о низком уровне психического здоровья (по самооценке респондентов) в среднем сообщают 23 из каждых 100 женщин и 27 из каждых 100 мужчин.

- Половина всех проблем с психическим здоровьем во взрослом возрасте начинают формироваться в подростковом возрасте или даже раньше *(34)*.

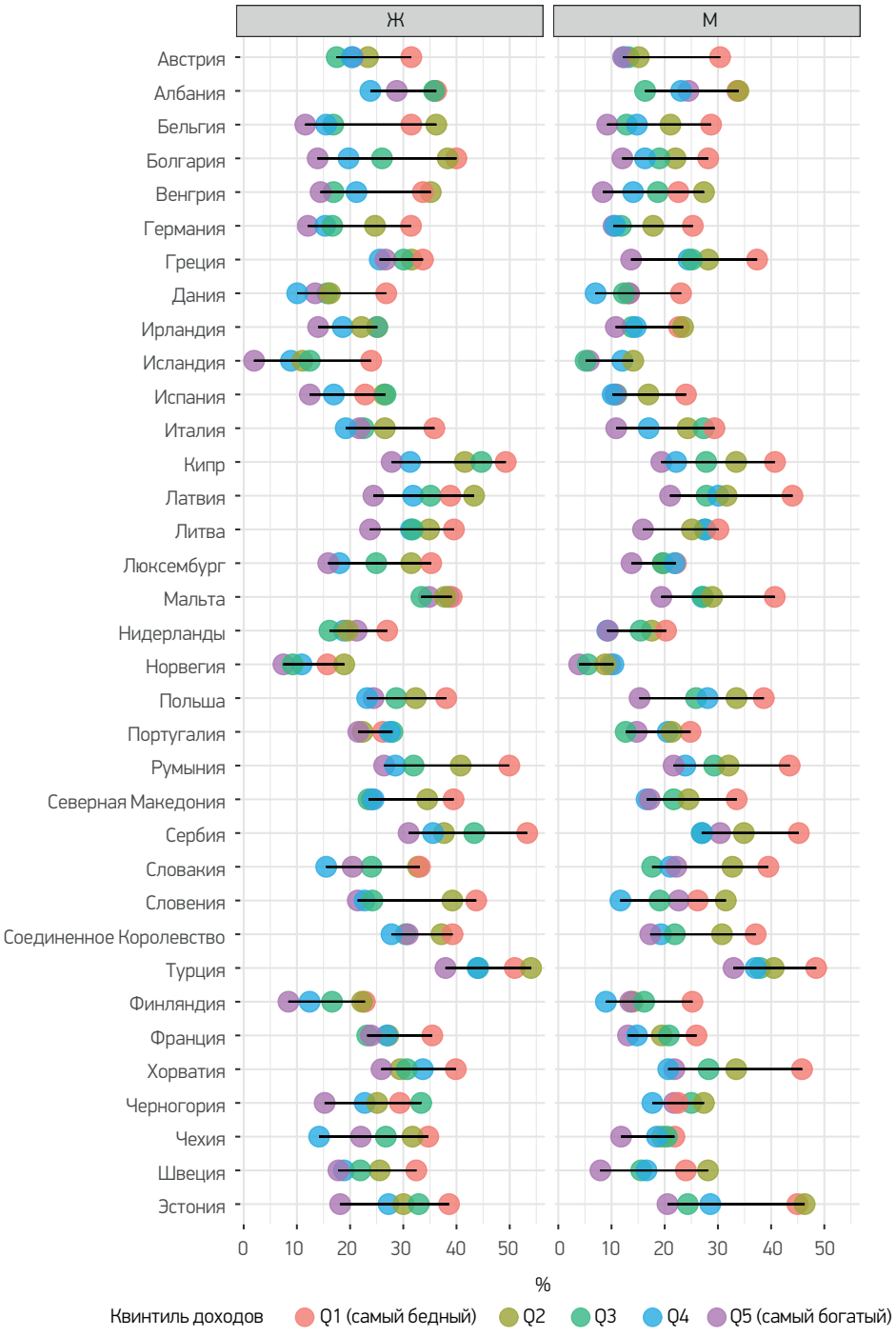
ЦУР и психическое здоровье

Задача 3.4. К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия.

Показатель 3.4.1. Смертность от ССЗ, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний.

Показатель 3.4.2. Смертность от самоубийств.

Рис. 1.18. Доля взрослых с низким уровнем психического здоровья по Индексу благополучия ВОЗ-5 (с поправкой на возраст), в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Респонденты, которые набрали менее 50 баллов из 100 по Индексу благополучия ВОЗ-5. Данные о мужчинах в Исландии отсутствуют из-за малого размера выборки (Q1).

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за 2007, 2011 и 2016 гг.

Неравенства в отношении психического здоровья в Регионе являются столь же распространенными как и неравенства в отношении физического здоровья

- Мужчины и женщины с самыми низкими доходами в странах Европейского региона ВОЗ, в среднем в два раза чаще сообщают о низком уровне психического здоровья по сравнению с мужчинами и женщинами с самыми высокими доходами.

- Охрана психического здоровья является важнейшим приоритетом общественного здравоохранения, так как психические нарушения являются одним из причинных факторов развития ССЗ и инфекционных заболеваний (таких, как ТБ).

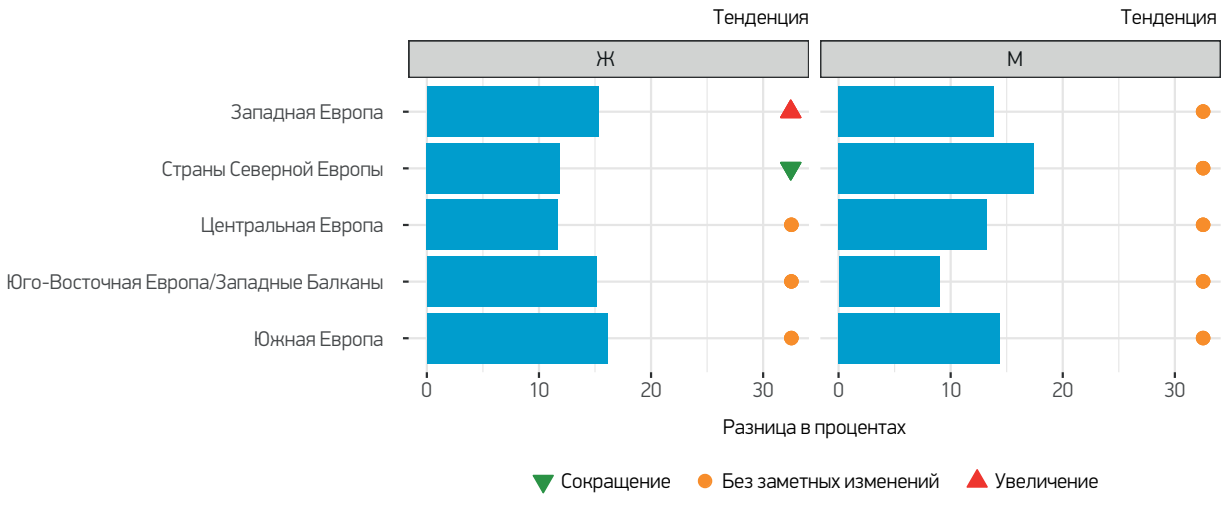
- Данные о взаимосвязи, существующей между инфекционными заболеваниями и психическим здоровьем, а также другими социально-экономическими факторами (см. вставку 1.1), могут быть полезными с аналитической точки зрения, поскольку дезагрегированные данные по инфекционным заболеваниям для прямой оценки неравенств не являются широко доступными в рамках Региона. Особую озабоченность вызывает взаимосвязь, существующая между психическим нездоровьем и лишением свободы (см. вставку 1.2).

- Депрессивные и тревожные расстройства входят в пятерку основных причин общего бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ (бремя болезней измеряется количеством лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности).

- Приведенные на рис. 1.19 данные по 35 странам, разбитым на кластеры с аналогичными характеристиками в отношении реализуемых стратегических мер и общих направлений политики (более подробная информация по этому вопросу приводится в Приложение 3), свидетельствуют о том, что среди женщин в самом низком квинтиле дохода число женщин, сообщающих о психическом нездоровье, на 12–16% превышает этот показатель среди женщин в самом высоком квинтиле дохода, а среди мужчин в этих же квинтилях различия по данному показателю варьируются от 9 до 17%.

- Кластеризация стран, используемая на рис. 1.19, отражает тот факт, что гендерные различия в степени неравенств в отношении психического здоровья в различных частях Региона варьируются.

Рис. 1.19. Разница в доле взрослых, сообщающих о плохом психическом здоровье по индексу благополучия ВОЗ-5, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом в 2007–2016 гг. (с указанием тенденций), в разбивке по кластерам стран



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.

ЦУР и инфекционные заболевания

Задача 3.3. К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями.

ЦУР 1. Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах.

ЦУР 10. Сокращение неравенства внутри стран и между ними.

Вставка 1.1. Инфекционные заболевания и неравенства в отношении здоровья

- Инфекционные заболевания, такие как туберкулез, ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит, непропорционально влияют на людей, которые подвергаются наибольшему риску остаться без должного внимания и помощи *(35)*.
- Несмотря на самые быстрые темпы снижения заболеваемости ТБ в сравнении с другими регионами ВОЗ, в Европейском регионе наблюдается самый высокий процент случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) во всем мире, причем только в 60% этих случаев больные проходят успешный курс лечения. Из 30 стран мира с самым высоким бременем МЛУ-ТБ девять находятся в Европейском регионе (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Украина и Узбекистан).
- Заболеваемость туберкулезом – особенно его лекарственно устойчивыми формами – коррелирует с такими социальными детерминантами, как наличие и качество жилья/бездомность, питание и стигматизация, связанная с социальной маргинализацией. Заболеваемость ТБ является особенно высокой в местах лишения свободы и среди групп населения, которые живут в стесненных жилищных условиях и/или работают в переполненных служебных/производственных помещениях.
- Во многих странах Региона системы эпиднадзора не собирают данные о неравенствах в отношении инфекционных заболеваний *(36)*.
- Решающую роль в снижении бремени ТБ, ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита играют такие факторы, как справедливый доступ к профилактике, ранней диагностике и полноценному лечению и уходу, а также эффективные меры противодействия стигматизации и дискриминации *(37)*.
- Программы активизации профилактических мероприятий и повышения уровня ВОУЗ путем принятия мер по снижению распространенности туберкулеза должны включать сокращение числа людей, живущих в переполненных жилищах или местах скопления людей (таких как тюрьмы), и борьбу с нищетой. Для сокращения бремени туберкулеза следует принимать активные меры по борьбе с бедностью и связанными с ней социальными и структурными факторами, которые способствуют неравенству в диагностике и лечении ТБ *(38–40)*. По оценкам, бремя ТБ может быть снижено на 76%, если будет улучшена система социальной защиты *(41, 42)*.
- Многосекторальные действия имеют решающее значение для сокращения бремени этих трех заболеваний. В частности, документ «Общая позиция Организации Объединенных Наций в отношении ликвидации ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов» содержит призыв активизировать секторальную и межсекторальную деятельность с целью ликвидации этих эпидемий *(41)*. Такие действия необходимы для обеспечения права на здоровье для всех, без какой-либо дискриминации и стигматизации и независимо от возраста, пола, расы или этнической принадлежности, состояния здоровья, инвалидности или уязвимости к заболеваниям, сексуальной ориентации или гендерной идентичности, гражданства, статуса просителя убежища или мигранта или наличия судимости. Под руководством ВОЗ 14 учреждений ООН в Европе и Центральной Азии одобрили общую позицию Организации Объединенных Наций в отношении ликвидации ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов посредством межсекторального сотрудничества.

Вставка 1.2. Универсальные и ускоренные меры по улучшению психического здоровья в тюрьмах

- Эффективные программы по сокращению неравенств в отношении психического здоровья должны включать как универсальную политику, так и ускоренные действия по оказанию помощи тем людям, которые подвергаются наибольшему риску. Среди людей, находящихся в заключении, наблюдаются очень низкие показатели здоровья, включая повышенный уровень психических заболеваний, расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также повышенный уровень самоповреждений и самоубийств. В контингенте заключенных непропорционально высока доля молодых людей с несколькими годами обучения.

- В местах содержания под стражей можно успешно осуществлять меры по устранению неравенств в отношении здоровья, так как там можно охватить медицинской помощью тех людей со значительными потребностями в услугах здравоохранения, которые часто не в состоянии получить такие услуги на уровне местного сообщества.

- Преимущества охвата заключенных медицинскими услугами (и последствия неадекватного их качества) часто реализуются только после того, как освобожденные лица возвращаются в свои общины. Учитывая большое количество людей, которые на глобальном уровне ежегодно находятся в тюремном заключении или в местах лишения свободы для несовершеннолетних правонарушителей, меры по улучшению здоровья людей, находящихся в заключении, имеют важнейшее значение для глобального здравоохранения, общественного здоровья и сокращения неравенств в отношении здоровья.

Тенденции в расходах на здравоохранение различаются

- Уровень расходов на здравоохранение в странах Региона колеблется от 0,03% до 0,52% ВВП.

- В период с 2000 по 2017 гг. расходы на здравоохранение остались на прежнем уровне или снизились в 18 из 33 стран Европейского региона ВОЗ (рис. 1.20). В 15 из 33 стран расходы на здравоохранение увеличились.

- На рис. 1.20 представлены фактические данные о том, что в более чем половине стран, по которым имеются данные, бюджеты общественного здравоохранения не увеличиваются для удовлетворения растущих потребностей.

Сокращение расходов на здравоохранение негативно влияет на показатели ожидаемой продолжительности жизни

- Было установлено, что сокращение бюджетных ассигнований на первичную медико-санитарную помощь и общественное здравоохранение негативно сказывается на показатели здоровья населения, включая ожидаемую продолжительность жизни *(2, 43, 44)*.

Мероприятия в области общественного здравоохранения являются действенными и экономически эффективными инструментами сокращения неравенств в отношении здоровья

- Многие мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний являются весьма эффективными с точки зрения затрат и позволяют экономить деньги и другие ресурсы в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе – при условии, что они направлены на решение реальных жизненных проблем неблагополучных групп населения и что они осуществляются как в рамках служб здравоохранения, так и в партнерстве с другими секторами *(45)*.[10]

[10] Следует отметить, что в восточной части Европейского региона ВОЗ имеется очень мало фактических данных, которые могли бы свидетельствовать о правильности этого утверждения.

- Агрегированные данные о расходах на здравоохранение не позволяют судить о том, как именно распределяются выделенные финансовые средства. В частности, здесь следует отметить, что расходы на лечебную помощь, как правило, превышают расходы на профилактику.

- Меры политики, направленные на выделение большего объема ресурсов для регионов страны с более высокими медико-санитарными, социальными и экономическими потребностями, способствует сокращению различий в состоянии здоровья как между социальными группами, так и между географическими регионами *(46)*.

- Например, почти половина стран ОЭСР либо уже внедрили системы гендерного бюджетирования, либо планируют сделать это в ближайшее время. Это предполагает анализ, исполнение и мониторинг бюджетов различных уровней с учетом гендерных аспектов. Он может выявлять предубеждения в распределении ресурсов, которые могут непреднамеренно влиять на результаты медицинского обслуживания населения *(47)*.

Необходим региональный анализ

- На рис.1.20 показаны результаты анализа национальных расходов, однако во многих странах бюджеты здравоохранения формируются на субнациональном уровне. Поэтому для того, чтобы понять, способствует ли бюджетное распределение внутри стран и между ними обеспечению справедливости в отношении здоровья, их следует анализировать на субнациональном уровне.

- Выделение большего объема ресурсов здравоохранения тем субнациональным регионам, которые испытывают большее количество потребностей, может помочь сократить неравенства в отношении здоровья *(48)*.

Среди нынешних курильщиков доля людей с наименьшим количеством лет обучения, скорее всего, является непропорционально высокой

- Почти во всех странах, среди мужчин и женщин, распространенность курения наиболее высока среди людей с наименьшим количеством лет обучения, и самая низкая среди людей с наибольшим количеством лет обучения (Рис.1.21).

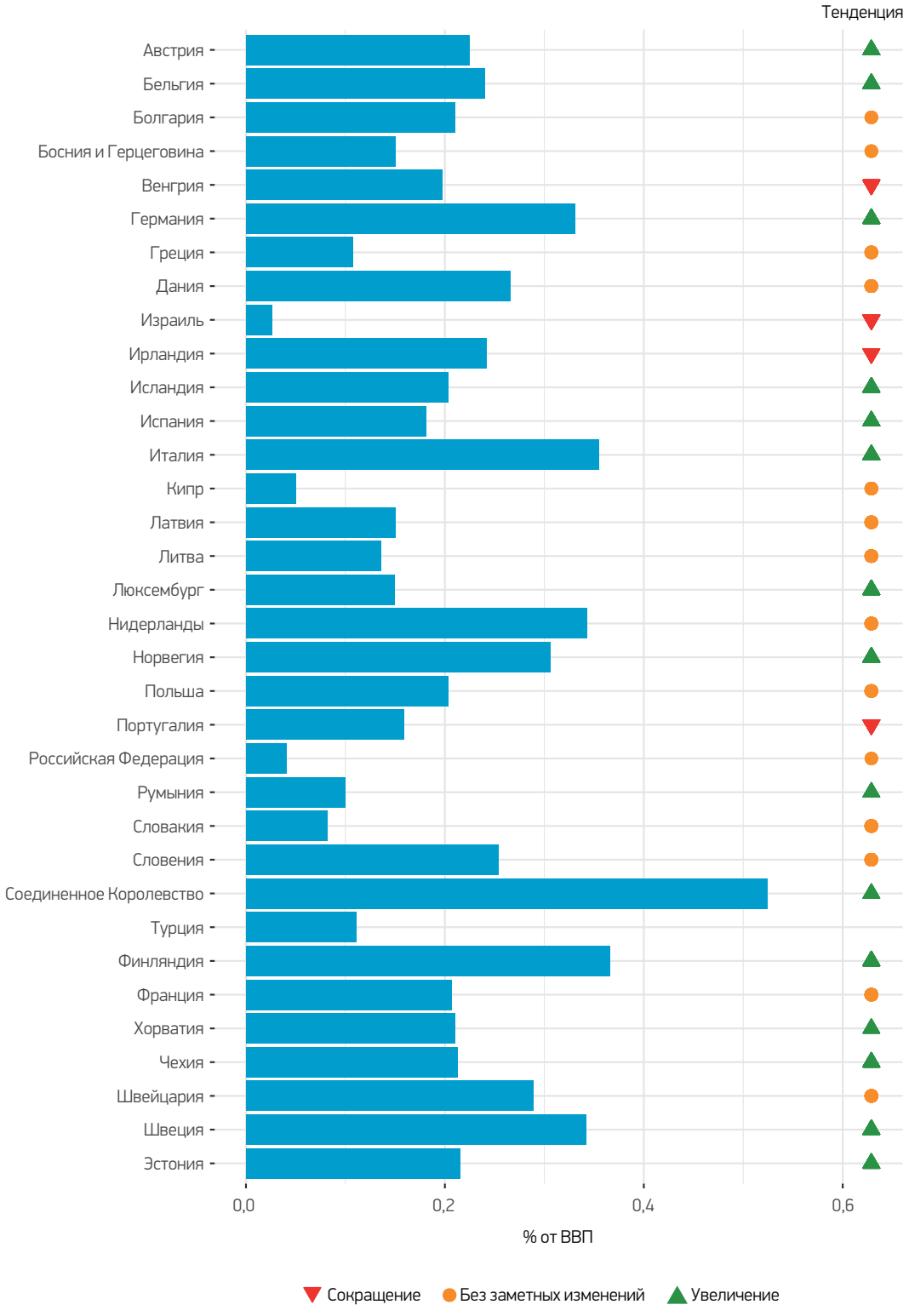
- В большинстве стран – 25 из 40 для женщин; 36 из 40 для мужчин – люди с наименьшим количеством лет обучения, скорее всего, курят, и во многих странах различия в уровнях курения являются очень значительными (более 20%).

- В этих странах разрыв в показателях курения между женщинами с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения может доходить до 28%, с более высокими показателями в первой группе. Для мужчин разрыв в этих показателях варьируется от 2 до 41%, также с более высокими показателями в группе мужчин с наименьшим количеством лет обучения.

- Средние показатели курения в странах выше среди мужчин, чем среди женщин (среди женщин этот показатель может доходит до 34%, а среди мужчин он варьируется от 10 до 57%.

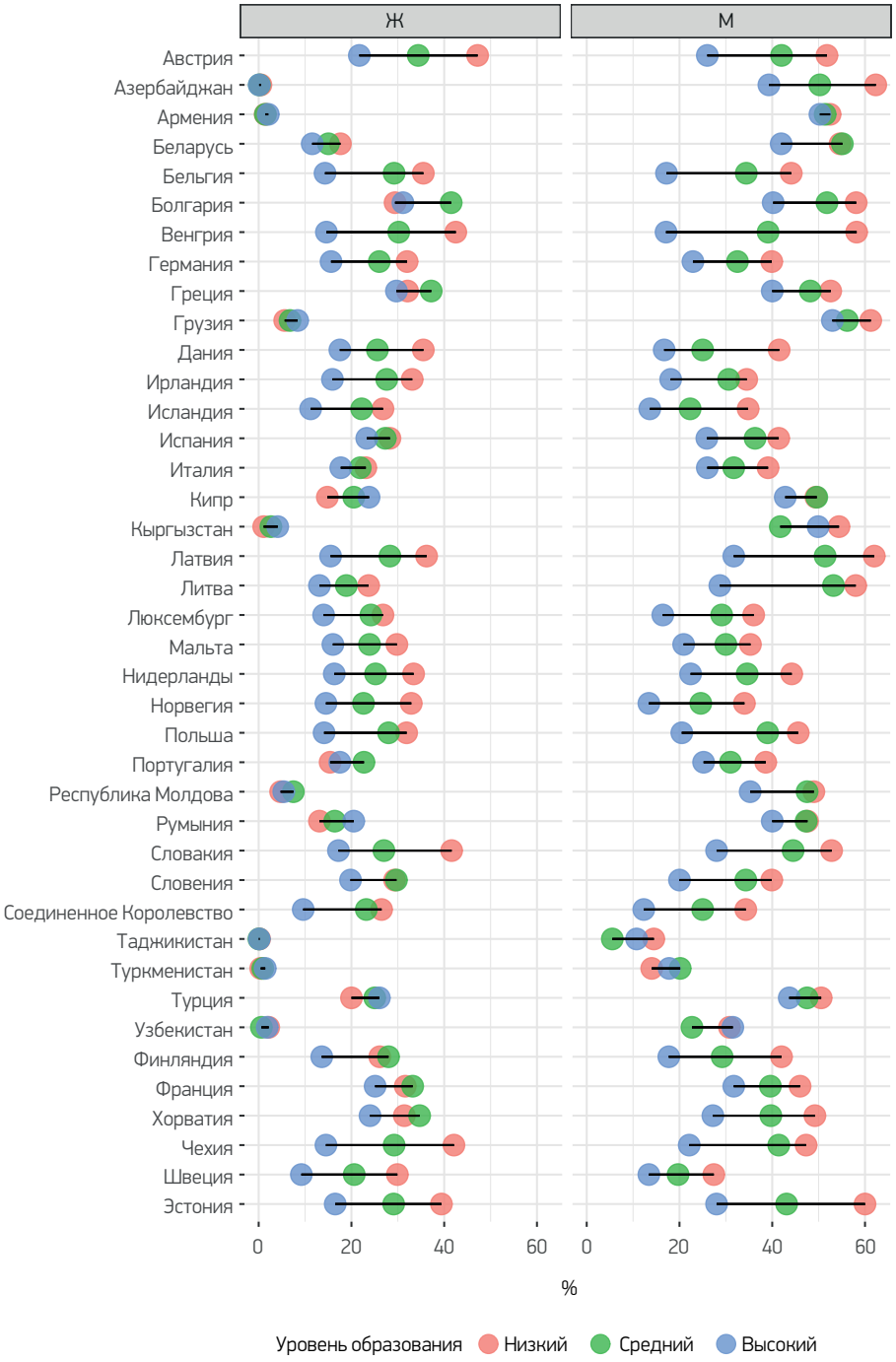
- В странах, где курение женщин традиционно считается неприемлемым явлением, отмечается очень низкая распространенность курения среди женщин – по данным, полученным от самих женщин, и, как следствие, в течение многих лет какой-либо градиент этого показателя для женщин отсутствует *(20, 49)*.

Рис. 1.20. Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП, 2017 г, (и тенденции за период с 2000 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата и ОЭСР за период 2000–2017 гг.

Рис. 1.21. Процент людей в возрасте 18–64 лет, которые в настоящее время курят, в разбивке по уровню образования, данные за разные годы



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Самым последним годом, по которому имелись данные по большинству стран, был 2014 со следующими исключениями: Армения, 2016, Азербайджан, 2017, Беларусь, 2016, Грузия, 2016, Кыргызстан, 2013, Республика Молдова, 2013, Таджикистан, 2016, Туркменистан, 2013, Турция, 2017, Узбекистан, 2013.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследований EU-SILC за 2012–2017 годы и данных, собранных с использованием Инструмента STEPS ВОЗ.

Курение считается одним из ключевых факторов риска усугубления неравенств в отношении здоровья

- Курение оказывает очень сильное негативное влияние на такой показатель, как ожидаемая продолжительность жизни.

- Многие страны Европейского региона ВОЗ осуществили ряд мероприятий по сокращению масштабов курения, включая следующие: налогообложение табачных изделий, принятие законов о свободных от табачного дыма общественных местах, программы содействия прекращению курения, жесткая политика в отношении упаковки и маркировки табачных изделий, а также введение запретов на все виды рекламы, стимулирования продажи и спонсорства, используемые табачными компаниями *(50)*. Однако для улучшения наших знаний об эффективности таких мер с точки зрения сокращения неравенств по показателям курения, а также сокращения общего числа курильщиков требуется дополнительная работа.

Курение и коммерческие детерминанты здоровья (КДЗ)

- Как и употребление алкоголя (см. вставку 1.3), употребление табака относится к тем поведенческим факторам риска для здоровья, которые связаны с деятельностью негосударственных субъектов, таких как табачная промышленность. Действия этих негосударственных субъектов играют важную и стратегическую роль в продвижении или, напротив, подрыве справедливости в отношении здоровья. Роль государства заключается в обеспечении того, чтобы гражданское общество могло выполнять функцию контроля или надзора путем создания прозрачной нормативно-правовой базы, способствующую процветанию организаций гражданского общества (см. вставку 1.4).

- Действия в отношении социальных и коммерческих детерминант здоровья требуют от научных и практических работников общественного здравоохранения готовности участвовать в процессах подотчетности за пределами сферы здравоохранения.

ЦУР и табак

Задача 3.a. Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах.

ЦУР и потребление

ЦУР 12. Обеспечение перехода к рациональным (устойчивым) моделям потребления и производства.

ЦУР и алкоголь

Задача 3.5. Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем.

Показатель 3.5.1. Охват лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (медикаментозные, психосоциальные и реабилитационные услуги и услуги по последующему уходу).

Показатель 3.5.2. Злоупотребление алкоголем (определяемое в соответствии с национальными особенностями употребление алкоголя на душу населения в возрасте от 15 лет) в литрах чистого спирта в календарный год.

Вставка 1.3. Алкоголь и неравенства в отношении здоровья

- В Европейском регионе ВОЗ зарегистрированы самые высокие в мире уровни употребления алкоголя и связанного с алкоголем вреда. В 2016 г. вредное употребление алкоголя стало причиной более чем 1 миллиона смертей в Европе. Анализ избыточной смертности, обусловленной употреблением алкоголя, в 17 европейских странах показал, что в большинстве стран смертность среди людей с низким уровнем образования вдвое превышает смертность среди людей с самым высоким уровнем образования *(51)*.

- Эта составляющая бремени болезни различается между странами и между группами населения внутри стран. В Восточной Европе на употребление алкоголя приходится почти четверть бремени болезней *(52)*. В восточной части Европейского региона ВОЗ среди мужчин регистрируется самая высокая доля расстройств, вызванных с употреблением алкоголя *(47)*.

- Употребление алкоголя – это один из важнейших факторов риска как для женщин, так и для мужчин, проживающих в Регионе. Однако алкоголь по-разному воздействует на женщин и мужчин, так как при употреблении одного и того же количества алкоголя у женщин наблюдаются более высокие концентрации алкоголя в крови, чем у мужчин. У женщин, подвергающихся насилию со стороны интимного партнера, риск развития проблем с употреблением алкоголя увеличивается в два раза *(14)*.

- Сосредоточение внимания только на уровне употребления алкоголя не позволит выявить все виды связанных с алкоголем неравенств. Люди с более низкими доходами употребляют меньше алкоголя и они более склонны воздерживаться от употребления алкоголя; однако они испытывают более высокие уровни вреда, связанного с алкоголем, в сравнении с более богатыми группами населения с тем же уровнем употребления алкоголя *(53)*. Люди с более низкими доходами также подвергаются более высокому риску вредного и опасного употребления алкоголя, пьянства и проживания в непосредственной близости от магазинов, продающих алкогольные напитки, по сравнению с более богатыми людьми, живущими в ресурсообеспеченных районах *(52–54)*.

- Неравенства также могут быть усугублены в результате осуществления мер по сокращению употребления алкоголя, например, таких как просвещение по вопросам здоровья и традиционные кампании в области общественного здравоохранения, направленные на то, чтобы убедить людей изменить свое поведение. Меры вмешательства более эффективны, когда предпринимаются многосекторальные действия и партнеры совместно работают над устранением различий в доступности алкоголя (например, с помощью таких мер, как планирование, лицензирование и т.д.) *(52, 53)*. Таким образом, согласованность мер политики является важным аспектом решения проблемы неравенств в отношении употребления и воздействия алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Кроме того, улучшение дезагрегированных данных о потреблении алкоголя (в разбивке по квинтилям доходов и годам образования) поможет лучше понять влияние неравенств на уровни употребления алкоголя в Регионе.

Вставка 1.4. КДЗ, НИЗ и справедливость

- Коммерческие детерминанты здоровья (КДЗ) можно определить как **стратегии или подходы, которые частный сектор использует для продвижения определенных видов товаров и стимулирования определенных моделей поведения**, включая те, которые наносят ущерб здоровью *(55)*. Такие КДЗ непосредственно способствуют росту бремени НИЗ. Почти 70% всех смертей в мире связаны с НИЗ, и половина из них являются преждевременными и приходятся на лиц трудоспособного возраста *(56)*. Поскольку развитие НИЗ можно весьма легко предупредить, эти случаи смерти также являются предотвратимыми *(57)*.

- На национальном уровне возможности профилактики и контроля НИЗ значительно различаются; однако именно **государство несет главную ответственность за защиту прав человека на здоровье**. Поэтому государственные органы обязаны принимать все меры для обеспечения того, чтобы негосударственные субъекты (в том числе не относящиеся к сектору здравоохранения) соблюдали обязательства и правовые положения, направленные на защиту здоровья населения. Например, Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака содержит требование о том, что «при разработке и осуществлении своей политики общественного здравоохранения по борьбе против табака Стороны действуют таким образом, чтобы защитить свою политику от воздействия коммерческих и других корпоративных интересов табачной промышленности в соответствии с национальным законодательством» *(58)*. ВОЗ рекомендует использовать наиболее эффективные и рациональные меры и подходы для сокращения НИЗ, и многие из них относятся к категории законодательных актов, которые могут осуществляться и применяться только правительствами *(59)*.

Вставка 1.4. Продолжение

- Алкогольная, пищевая, табачная и игорная индустрии используют маркетинговые, лоббистские и другие факторы влияния, которые в долгосрочной перспективе подрывают политику сокращения НИЗ и неравенств в отношении здоровья *(60)*. В Англии в районах, где живут люди с низким социально-экономическим статусом, число точек быстрого питания в пять раз превышает соответствующий показатель в более богатых районах страны *(61)*.

- **Без принятия мер по устранению воздействия КДЗ на справедливость в отношении здоровья существует риск того, что некоторые люди окажутся в худшем положении в «законодательном порядке"** будучи не в равной степени защищены законами и правилами, влияющими на их здоровье и благополучие.

- Чтобы уменьшить негативное воздействие КДЗ на неравенства в отношении здоровья и на бремя НИЗ, необходимо использовать **общесоциальный и многосекторальный подход** к устранению глубинных причин этой проблемы, которые также можно назвать «причинами непосредственных причин» *(62)*. **Согласованность политики** необходима для создания благоприятных условий для здоровья и жизни людей, а также для того, чтобы при необходимости принимать соответствующие запретительные и регулирующие меры. Незаконному рынку табачных изделий способствует ряд факторов, в том числе повышение налогов на фирмы, производящие сигареты. Для борьбы с незаконной торговлей табачными изделиями борьба с незаконной торговлей табаком требует принятия на популяционном уровне мер, ориентированных как на предложение (например, путем укрепления международного таможенного сотрудничества), так и на спрос (например, путем повышения осведомленности потребителей) о незаконной торговлей табачными изделиями *(63)*.

- Для преодоления трудностей, связанных с экономическими, политическими и культурными системами, затронутыми КДЗ, **крайне важна многосекторальная работа** с участием государственного и частного секторов, а также создание и обеспечение соблюдения национальных нормативных рамок, касающихся вредной для здоровья продукции *(60)*. Политические, социальные и демократические **механизмы подотчетности** являются частью полезного инструментария для оценки многочисленных социальных и коммерческих детерминант здоровья, которые способствуют обеспечению справедливости в отношении здоровья *(64)*. Общесистемные подходы, такие как ценовая политика и налогообложение, являются эффективными методами сокращения неравенств и факторов риска НИЗ, таких как курение и нездоровое питание *(65)*.

Социально-экономический градиент заболеваемости диабетом среди женщин

- В 34 из 40 стран на рис. 1.22 женщины с наименьшим количеством лет обучения, как правило, чаще сообщают о том, что они больны диабетом, чем женщины с наибольшим количеством лет обучения.

- В этих странах разрыв в показателях заболеваемости диабетом между женщинами с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения может достигать 4%, при этом более высокие показатели наблюдаются в первой группе. Для мужчин разрыв в этих показателях может достигать 5%, также с более высокими показателями в группе мужчин с наименьшим количеством лет обучения.

- Средние статистические показатели заболеваемости диабетом в странах выше среди женщин, чем среди мужчин: доля женщин, живущих с диабетом, составляет от двух до восьми процентов, а среди мужчин этот показатель варьируется от одного до шести процентов.

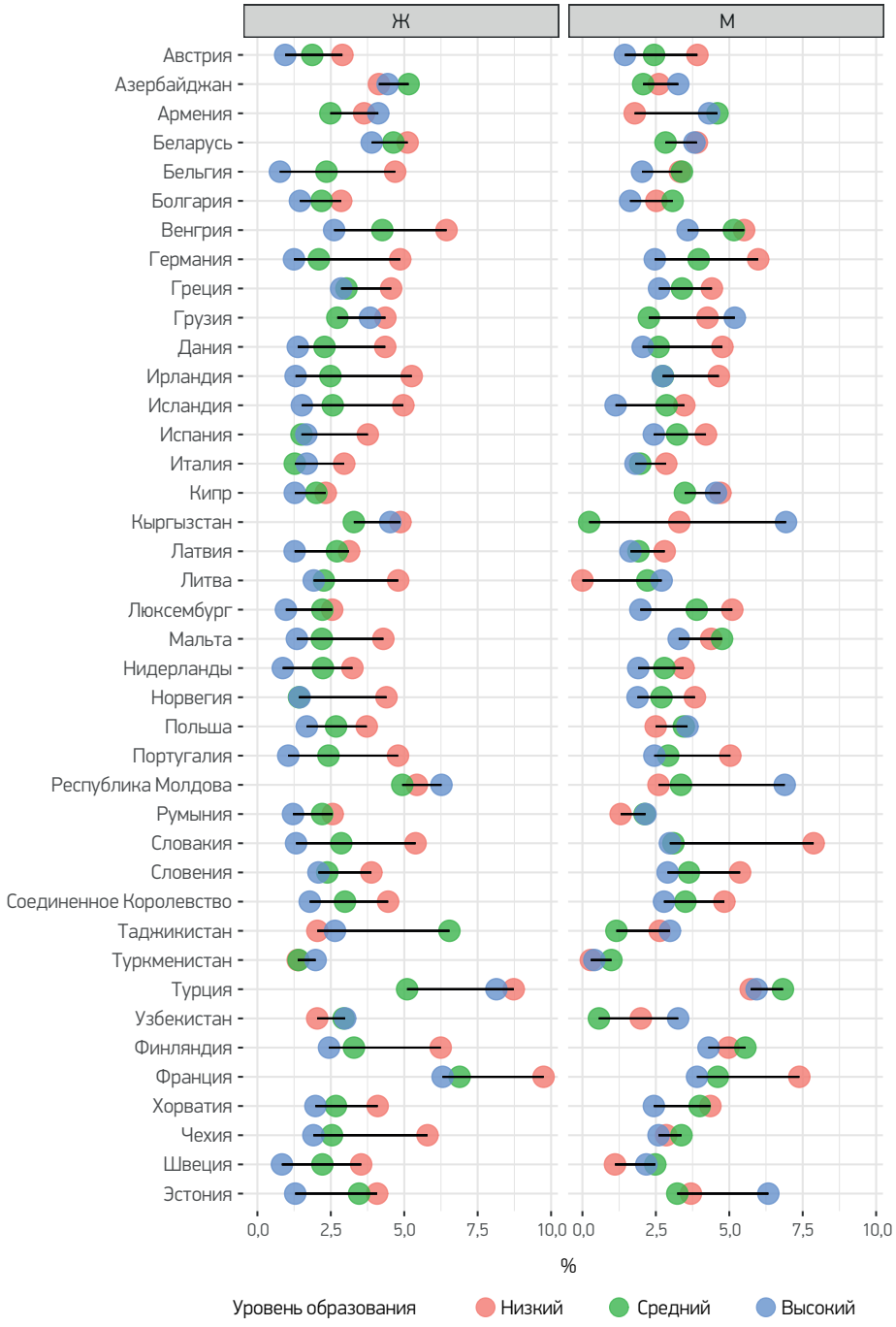
Социально-экономический градиент заболеваемости диабетом среди мужчин является менее выраженным, но он все же очевиден

- В 21 из 40 стран, по которым имеются данные, мужчины с наименьшим количеством лет обучения чаще сообщают о своем заболевании диабетом, чем мужчины с наибольшим количеством лет обучения.

- НИЗ и социальный градиент здоровья взаимосвязаны, причем основными факторами, влияющими на этот градиент, являются НИЗ *(62)*.

- ССЗ и рак являются двумя основными причинами смертности в Европейском регионе ВОЗ, а диабет входит в число четырех основных НИЗ.

Рис. 1.22. Процент людей в возрасте 18–64 лет, сообщающих о том, что они больны диабетом (с поправкой на возраст), в разбивке по уровню образования, данные за разные годы



Диагноз ожирения ставится, когда индекс массы тела (ИМТ) равен или превышает 30: ИМТ рассчитывается с помощью измерений роста и веса человека. Данные EHIS основаны на результатах самооценки респондентов, а данные инструмента STEPS ВОЗ основаны на физических измерениях.

Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Самым последним годом данных по большинству стран был 2014 г. со следующими исключениями: Армения, 2016, Австрия, 2013, Азербайджан, 2017, Бельгия, 2013, Беларусь, 2016, Дания, 2015, Грузия, 2016, Исландия, 2015, Италия, 2015, Кыргызстан, 2013, Республика Молдова, 2013, Норвегия, 2015, Таджикистан, 2016, Туркменистан, 2013, Турция, 2017, Соединенное Королевство, 2013, Узбекистан, 2013.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных за 2012–2017 годы из обследований EHIS и данных, полученных с использованием Инструмента STEPS ВОЗ.

ЦУР и НИЗ

Задача 3.4. К 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия.

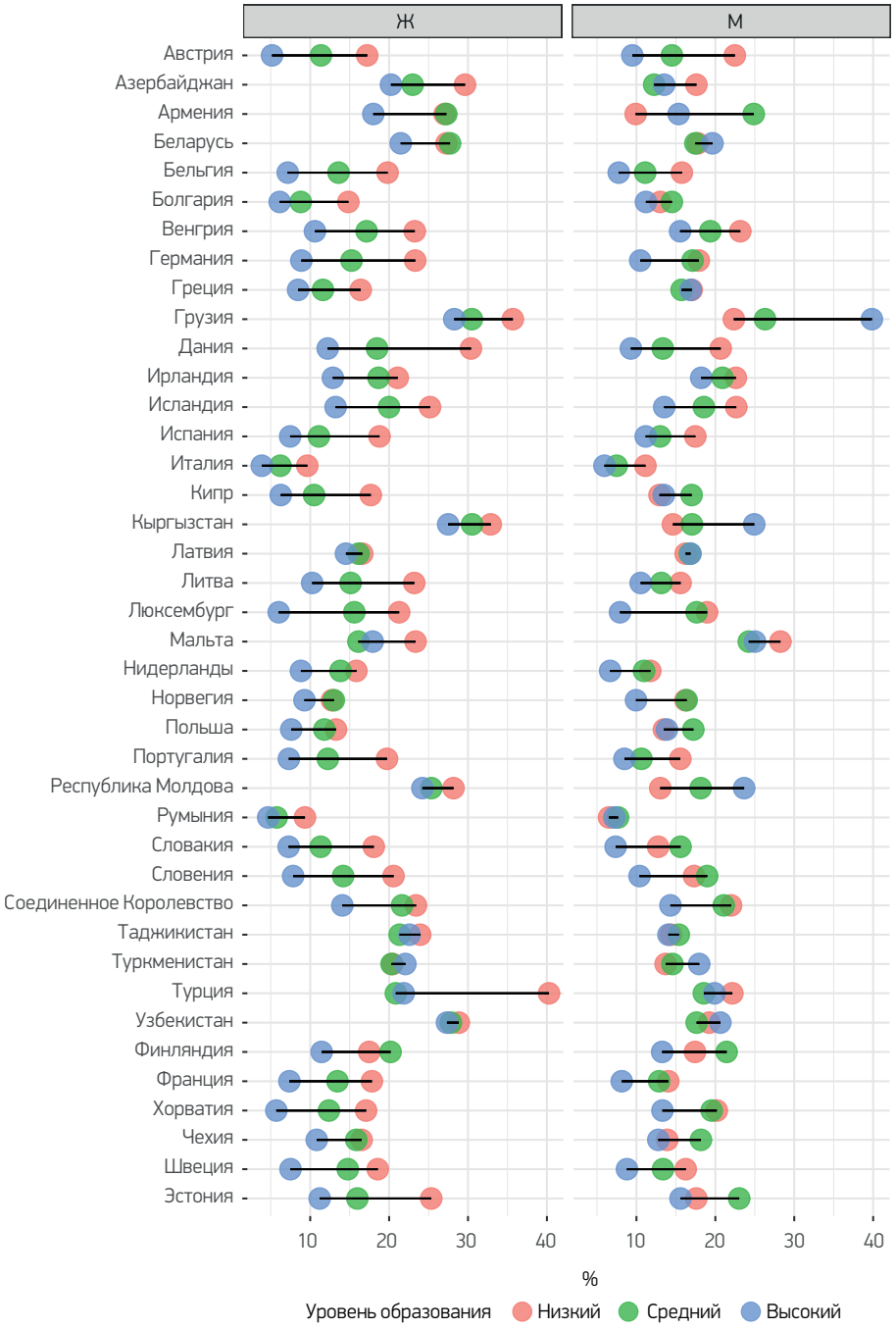
Ожирение и социальный градиент

- Почти в каждой стране, как среди женщин, так и среди мужчин, люди с наибольшим количеством лет обучения имеют наименьшую вероятность развития ожирения (рис. 1.23).
- Это отражает неравенства в показателях ожирения среди молодых мужчин и женщин в разбивке по квинтилям дохода, причем самые низкие показатели ожирения наблюдаются среди лиц с самыми высокими доходами *(66)*.
- Разрыв в показателях ожирения между женщинами с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения может достигать 18%, при этом более высокие показатели наблюдаются в первой группе. Среди мужчин этот разрыв может достигать 13%.
- Средние показатели ожирения внутри стран варьируются от 7 до 32% среди женщин и от 8 до 26% среди мужчин.
- В Европейском регионе ВОЗ ожирением страдают 21% мужчин и 24% женщин в возрасте старше 18 лет, причем показатели ожирения также растут и среди детского населения *(15)*.

Согласованность политики и сокращение неравенств в отношении ожирения

- В Плане действий Европейского региона ВОЗ в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. государствам-членам рекомендуется принять общегосударственные подходы для решения такой проблемы, как “неравный доступ к надлежащему питанию на протяжении всей жизни и неравное распределение бремени избыточной массы тела, ожирения, алиментарно-зависимых НИЗ и нарушений питания” *(67)* (см. вставку 1.4). Например, дети подвергаются воздействию многих маркетинговых сообщений в интернете, а саморегулирование и обещания частных компаний не смогли предотвратить воздействие таких сообщений, которые чаще всего рекламируют нездоровые продукты *(68)*.
- Правительства не могут быть привлечены к судебной ответственности за невыполнение этих рекомендаций. Они могут свободно принимать решение о том, финансировать (или не финансировать) информационные кампании в защиту общественного здоровья и регулировать (или не регулировать) коммерческую рекламу *(64)*.

Рис. 1.23. Процент людей в возрасте 18–64 лет, сообщающих о том, что они страдают от ожирения (с поправкой на возраст), в разбивке по уровню образования, данные за разные годы



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Самым последним годом данных по большинству стран был 2014 год со следующими исключениями: Армения, 2016, Австрия, 2013, Азербайджан, 2017, Бельгия, 2013, Беларусь, 2016, Дания, 2015, Грузия, 2016, Исландия, 2015, Италия, 2015, Кыргызстан, 2013, Республика Молдова, 2013, Норвегия, 2015, Таджикистан, 2016, Туркменистан, 2013, Турция, 2017, Соединенное Королевство, 2013, Узбекистан, 2013.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных за 2013–2017 гг. из обследований EHIS и данных, полученных с использованием Инструмента STEPS ВОЗ.

1.4 Сводные круговые диаграммы, показывающие неравенства в отношении здоровья

Понимание внутристрановых различий

- Чтобы понять общую величину различий в показателях здоровья в Европейском регионе ВОЗ, для ряда показателей здоровья с наибольшим охватом стран анализируются средние внутристрановые различия.
- На рис. 1.24 и 1.25 показаны различия в показателях здоровья и благополучия взрослого населения по всему Региону.
- На рис. 1.24 показаны различия в этих показателях между **квинтилями населения с самыми высокими и самыми низкими уровнями дохода** (значения различий основаны на результатах анализа данных по всем странам Региона, по которым имеются соответствующие данные). По 38 странам анализируются показатели заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, по 39 – показатели удовлетворенности жизнью, по 35 – показатели психического здоровья и по 38 – показатели самооценки здоровья.
- На рис. 1.25 анализируется величина различий между группами населения с самым высоким и самым низким количеством лет обучения с охватом 39 стран для заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, 49 стран для удовлетворенности жизнью, 35 стран для психического здоровья и 49 стран для самооценки здоровья.

Понимание круговых диаграмм

- **Каждый сегмент круговой диаграммы показывает, во сколько раз больше подвержены риску** люди из наименее благополучной группы по сравнению с людьми из наиболее благополучной группы (данные по каждому показателю).
- Оценка 1,0 означает, что между двумя группами существует равенство показателей. Оценка менее 1,0 означает, что у наименее благополучной группы наблюдаются более высокие значения этого показателя, чем у наиболее благополучной группы.
- Рис. 1.24 и рис. 1.25 показывают, что вышеуказанное не относится ни к одному показателю, что подтверждает тот факт существования социально-экономического градиента не только в показателях здоровья, но и во всех основных детерминантах здоровья.
- Для обеспечения сопоставимости показателей на этих рисунках показаны **коэффициенты разрыва**, а не абсолютные различия. Это объясняется тем, что различия в абсолютных уровнях распространенности варьируются от показателя к показателю, что затрудняет сопоставление показателей. Коэффициенты разрыва – это соотношение между процентом людей в квинтильной группе с самым низким уровнем образования, которые имеют показатель x, и процентом людей в квинтильной группе с самым высоким уровнем образования, которые имеют показатель x. Например, показателем x может быть «заболевание, ограничивающее жизнедеятельность”или «низкая самооценка здоровья» (синоним: плохое состояние здоровья). Это соотношение широко используется в литературе, посвященной теме справедливости в отношении здоровья.

Влияние неравенства доходов на здоровье и благополучие населения Европейского региона ВОЗ

- На рис. 1.24 обобщены неравенства в показателях здоровья, по которым имеются данные с разбивкой по доходам.
- Наименее благополучные группы населения представлены в квинтиле с самым низким доходом, а наиболее благополучные – в квинтиле с самым высоким доходом.
- В среднем по Региону **мужчины и женщины в квинтиле с самым низким доходом в стране более чем в два раза чаще сообщают о плохом состоянии здоровья, чем мужчины и женщины в квинтиле с самым высоким доходом**.
- Мужчины и женщины в квинтиле с самым низким доходом **также почти в два раза чаще сообщают о заболеваниях, ограничивающих жизнедеятельность, и о низком уровне психического здоровья**, чем мужчины и женщины в квинтиле с самым высоким доходом.

Гендерные аспекты, низкие доходы и неравенства

- Неравенства в уровне удовлетворенности жизнью являются еще более выраженными. В среднем по Европейскому региону ВОЗ у мужчин с более низкими доходами особенно часто наблюдается низкий уровень благополучия по сравнению с мужчинами с более высокими доходами. **Мужчины в квинтиле с самым низким доходом более чем в три раза чаще сообщают о низком уровне удовлетворенности жизнью, чем мужчины в самом высоком квинтиле**. На благополучии мужчин сказываются такие факторы, как гендерные ожидания и устойчивые стереотипы о роли мужчин в обществе, что обусловливает больший разрыв в уровне благополучия между низкооплачиваемыми и высокооплачиваемыми мужчинами, чем между женщинами *(47)*.

- **Женщины в квинтиле с самым низким доходом также чаще сообщают о низком уровне удовлетворенности жизнью, чем женщины в квинтиле с самым высоким доходом** (почти в 2,5 раза чаще).

Рис. 1.24. Средние значения внутристрановых неравенств по показателям здоровья (коэффициент разрыва между людьми в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе Набора данных о справедливости в отношении здоровья

Влияние неравенства в уровне образования на ситуацию в Европейском регионе ВОЗ

- На рис. 1.25 приведены сводные данные о **тех же четырех показателях здоровья**, что и на рис. 1.24. Однако здесь данные представлены с разбивкой по уровню образования, а не по доходам. На рис. 1.25 люди с худшими показателями представлены группой с наименьшим количеством лет обучения, а люди с лучшими показателями – группой с наибольшим количеством лет обучения.

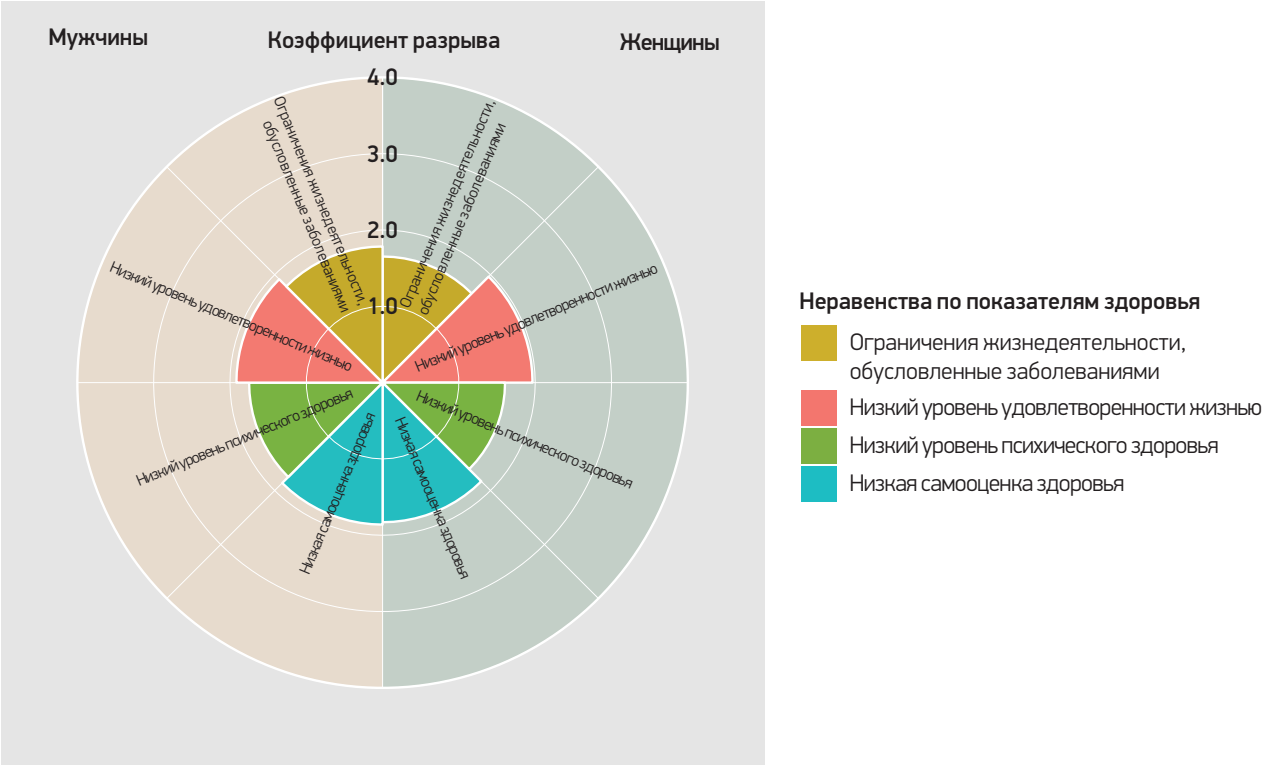
- В отношении всех четырех отобранных показателей здоровья в Регионе наблюдаются неравенства, **причем мужчины и женщины с более низким уровнем образования чаще сообщают о заболеваниях, ограничивающих жизнедеятельность, неудовлетворенности жизнью и низком уровне физического и психического здоровья, чем мужчины и женщины** с более высоким уровнем образования.

- Различия по таким показателям, как **удовлетворенность жизнью и самооценка здоровья, несколько более выражены**, чем различия по двум другим показателям, что отражается в том, что:

— **и мужчины, и женщины с самым низким уровнем образования почти в два раза чаще сообщают о плохом здоровье и неудовлетворительности жизнью**, чем мужчины и женщины с более высоким уровнем образования;

— у людей с наименьшим количеством лет обучения показатели заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, и психического нездоровья более чем в полтора раза превышают эти показатели у людей с наибольшим количеством лет обучения.

Рис. 1.25. Средние значения внутристрановых неравенств по показателям здоровья (коэффициент разрыва между людьми с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе Набора данных о справедливости в отношении здоровья

Неравенства в отношении показателей неинфекционной заболеваемости и факторов риска развития НИЗ

- Неравенства в отношении четырех из пяти факторов риска развития НИЗ следуют социально-экономическому градиенту.

- Чем больше социальных и экономических ресурсов и возможностей имеют люди, тем ниже вероятность их подверженности риску развития НИЗ (за исключением употребления алкоголя).

- У женщин с меньшим количеством лет обучения наблюдается наибольшее неравенство с точки зрения риска развития ССЗ (рис. 1.26).

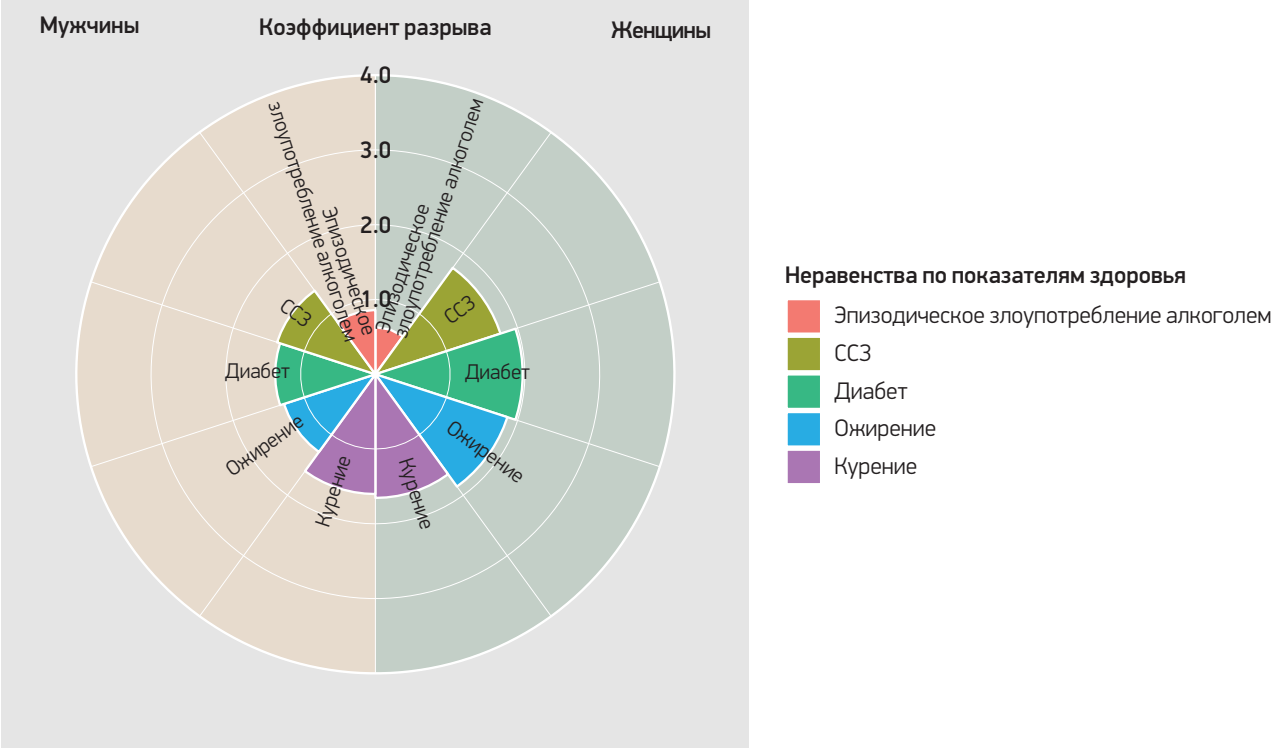
- На рис. 1.26 сравниваются средние значения неравенств по ряду показателей НИЗ и факторов риска развития НИЗ между мужчинами и женщинами с наибольшим и наименьшим количеством лет обучения (т.е. соответственно с высшим и с неполным средним образованием) в странах Европейского региона ВОЗ.

- Дополнительный риск ССЗ, диабета, ожирения и курения среди женщин с наименьшим количеством лет обучения по сравнению с женщинами с наибольшим количеством лет обучения является более выраженным, чем дополнительный риск среди мужчин с аналогичными уровнями образования.

- В среднем по Региону у женщин с самым низким уровнем образования риск заболевания диабетом почти в два раза ваше, чем у женщин с самым высоким

уровнем образования, в то время как у мужчин такое соотношение составляет менее 1,5 раз. Согласно зарегистрированным данным от диабета страдает 4,3% женщин с самым низким уровнем образования в сравнении с 2,2% женщин с самым высоким уровнем образования. У мужчин эти показатели составляют соответственно 3,8% и 2,8%.

Рис. 1.26. Средние значения внутристрановых неравенств в отношении НИЗ и факторов риска НИЗ (коэффициент разрыва между людьми с самым высоким и с самым низким количеством лет обучения)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе Набора данных о справедливости в отношении здоровья

Из-за отсутствия **единого показателя** для измерения неравенств не существует **единого решения** анализируемой проблемы.

Для сокращения неравенств в отношении здоровья и создания условий и устранения препятствий для здоровой и благополучной жизни всех людей необходимо разработать широкий комплекс различных подходов и решений.

Этот вопрос подробно обсуждается в разделе 2.

2. Пять основных условий, лежащих в основе неравенств в отношении здоровья

- В разделе 2 анализируются пять основных условий, выявленных в ходе реализации инициативы ОСОЗ, которые оказывают воздействие на справедливость в отношении здоровья и которые необходимы для здоровой и благополучной жизни, так как отсутствие любого из этих условий способствует возникновению коренных причин неравенств в отношении здоровья[11].

- Основные условия и области для осуществления мер политики по устранению неравенств в отношении здоровья (рис. 2.1) приведены здесь.

— ***Услуги здравоохранения*** – показатели и мероприятия, связанные с наличием, физической и ценовой доступностью и качеством профилактических, лечебных и здравоохранительных услуг и программ.

— ***Защищенность доходов и социальная защита*** – показатели и меры, связанные с обеспечением базовых доходов и сокращением связанных со здоровьем рисков и последствий бедности и нищеты в течение всей жизни.

— ***Условия жизни*** – показатели и мероприятия, касающиеся различных возможностей, социальных, экономических и экологических условий жизни, каждое из которых оказывает влияние на здоровье и благополучие людей.

— ***Социальный и человеческий капитал*** – показатели и мероприятия, связанные с формированием человеческого капитала в области охраны здоровья посредством образования, обучения и повышения грамотности людей, а также формированием социального капитала на индивидуальном и коллективном уровнях таким образом, чтобы это способствовало защите и повышению здоровья и благополучия.

— ***Условия занятости и труда*** – показатели и мероприятия, касающиеся того воздействия, которое условия занятости и труда оказывают на здоровье, включая такие параметры, как наличие и доступность рабочих мест, безопасность труда, заработная плата, физические и психические нагрузки, а также риски, связанные с работой.

- В докладе КСДЗ было дано описание комплекса условий для достижения цели «Ликвидация разрыва в течение жизни одного поколения» *(69)*. Здесь уместно отметить, что условия, изложенные в докладе КСДЗ, в целом соответствуют пяти условиям инициативы ОСОЗ.

Рис. 2.1. Условия, указанные в докладе ОСОЗ как необходимые для обеспечения справедливости в отношении здоровья



[11] Эти показатели были отобраны на основе обзора, проведенного Научно-консультативной группой экспертов; более подробные пояснения по данному методу приведены в Приложении 1.

Декомпозиционный анализ

- Декомпозиционный анализ, проведенный по эконометрической модели, был направлен на поиск статистического объяснения различий в показателях здоровья, которые наблюдались между социально-экономическими группами в разделе 1. Для этой цели был использован набор причинных факторов, систематически различающихся между этими группами (см. вставку 2.1).

- Такой анализ помогает понять многосекторальные условия, являющиеся причиной неравенств в отношении здоровья даже при наличии эффективных систем здравоохранения. Так, например, различия в состоянии здоровья могут объясняться различиями в жилищных условиях и условиях труда, а также различиями в качестве медицинского обслуживания. Даже если странам удастся сократить неравенства, относящиеся к одному фактору, могут сохраняться неравенства, относящиеся к другим факторам, что подчеркивает важность применения многосекторального подхода к решению проблемы неравенств в отношении здоровья.[12]

Вставка 2.1. Почему в докладе ОСОЗ используется декомпозиционный анализ?

- Декомпозиционный анализ является мощным методом для понимания факторов, способствующих неравенствам в отношении здоровья, так как он позволяет установить ассоциации между разрывами в отношении здоровья и ключевыми базовыми условиями, а затем проанализировать относительный вес каждого из условий, способствующих неравенствам по целому ряду показателей здоровья, таких как психическое здоровье, ограничивающие жизнедеятельность заболевания и благополучие. Это обеспечивает более качественный и точный анализ для оказания поддержки лицам, принимающим решения, и общественности в определении как того, какие факторы порождают неравенства в конкретной стране, какие меры политики могут быть приняты для их сокращения, так и того какие сектора и заинтересованные стороны как внутри, так и за пределами правительственного аппарата, имеют ключевое значение для ускорения прогресса на пути к здоровой и благополучной жизни для всех в их стране (см. Приложение 2).

- Декомпозиционный анализ – это метод исследования, широко используемый для детализации и изучения факторов, влияющих на различия в социально-экономических показателях, таких как гендерный разрыв в заработной плате или разрыв в показателях здоровья. Главная задача декомпозиционного анализа состоит в том, чтобы объяснить различия в показателях здоровья между социально-экономическими группами населения, приведенные в разделе 1, путем рассмотрения влияния комплекса способствующих факторов, которые систематически различаются между этими группами.

- Это помогает понять многосекторальные условия, лежащие в основе неравенств в отношении здоровья между группами людей в странах, даже в тех случаях, когда существуют эффективные службы здравоохранения, направленные на сокращение или ликвидацию неравенств в отношении здоровья и охвата услугами здравоохранения.

- Декомпозиционный анализ показывает степень воздействия каждого фактора на неравенства в отношении здоровья по сравнению с каждым другим фактором. Используя имеющиеся данные, он показывает не только то, какие факторы в каждом из пяти условий являются статистически значимыми для объяснения различий в состоянии здоровья населения, но и относительный размер их вклада.

[12] Анализ, представленный в настоящем докладе, фокусируется на неравенствах в показателях самооценки здоровья между квинтилями дохода. Однако этот тип анализа может быть применен к неравенствам в других показателях здоровья с использованием других факторов стратификации.

Основные результаты анализа

- **Ни один фактор в одиночку не способен объяснить неравенства в отношении здоровья. Каждое из пяти условий, необходимых для здоровой жизни, демонстрирует явный социально-экономический градиент, и все они способствуют формированию неравенств в отношении здоровья.**

- В каждом из основных условий, необходимых для здоровья населения *(услуги здравоохранения, защищенность доходов и социальная защита, условия жизни, социальный и человеческий капитал, условия занятости и труда)*, имеются различия, которые способствуют формированию неравенств в отношении здоровья в каждом государстве-члене Европейского региона ВОЗ.

- Не существует какого-либо единого вида вмешательств или мер политики, обеспечивающего устранение неравенств в отношении здоровья. **Для выполнения этой задачи и повышения справедливости в отношении здоровья в каждой из пяти областей требуется широкий комплекс согласованных мер политики**. Пакеты мер политики являются эффективным способом ускорения прогресса, поскольку они обладают мощным потенциалом для повышения уровня здоровья каждого человека пропорционально потребностям. Выравнивания показателей в сторону их повышения нельзя достичь ни посредством обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения, ни реализацией специальных мер, направленных на оказание помощи наиболее неблагополучным группам населения.

- Решения должны быть комплексными, что означает необходимость перехода от проведения фрагментарных и краткосрочных или узко направленных мероприятий к использованию согласованных и всеобъемлющих мер политики.

- Все сектора, включая сектор здравоохранения, должны нести ответственность за сокращение неравенств в отношении здоровья. Многосекторальные действия – это необходимое условие для достижения справедливости в отношении здоровья и благополучия для всех граждан.

- Меры политики по устранению глубинных причин неравенства, которые являются всеобъемлющими, согласованными и последовательными, могут ускорить прогресс в сокращении неравенств в отношении здоровья.

- Во многих областях региона необходимы более всеобъемлющие дезагрегированные данные для лучшего понимания глубинных причин неравенства в отношении здоровья и улучшения механизмов определения приоритетов и оптимального сочетания различных мер политики.

2.1 Пять условий, способствующих формированию неравенств в отношении здоровья и благополучия

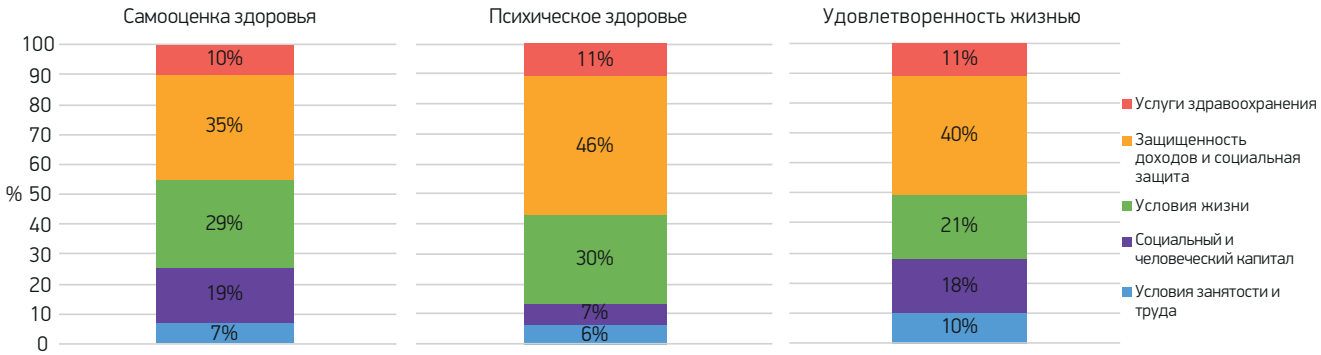
Условия жизни играют важную роль в формировании неравенств в отношении здоровья

- Каждое из пяти анализируемых основных условий вносит свой вклад в формирование неравенств в отношении здоровья (рис. 2.2).
- **Различия по таким факторам, как Защищенность доходов и социальная защита и Условия жизни являются основными причинами неравенств по показателям самооценки здоровья, психического здоровья и удовлетворенности жизнью**; на них приходится более чем двух третей неравенств в отношении здоровья и благополучия.
- Однако следует отметить, что каждое из пяти основных условий является статистически значимым с точки зрения вклада в формирование неравенств по показателям самооценки физического здоровья, психического здоровья и удовлетворенности жизнью.[13]

Понимание методологии декомпозиционного анализа

- Факторы, включенные в декомпозиционный анализ (рис. 2.2), включают максимально широкий диапазон показателей, которые могут быть получены из единого европейского источника микроданных (EQLS).[14]
- Декомпозиция позволяет проводить статистически достоверный анализ основных факторов, способствующих формированию неравенств в отношении здоровья (см. Приложение 2).
- Из-за требований к данным, используемым для декомпозиционного анализа, некоторые факторы, влияющие на справедливость в отношении здоровья, не учитываются (например, исследователи не смогли включить в анализ прямую меру качества работы или условий труда и включили в него только такой показатель как чрезмерная продолжительность рабочего времени.

Рис. 2.2. Роль пяти анализируемых условий в формировании неравенств по таким показателям, как самооценка здоровья, уровень психического здоровья и удовлетворенность жизнью (страны ЕС)



Примечание. При расчете значимости каждого условия учитываются различия в других условиях, а также различия по таким параметрам, как возраст и пол. Точки данных контролируются по возрасту и полу.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2003–2016 гг.[13]

[13] В данном случае необъяснимая часть разрыва статистически незначима. Однако данные, преведенные на рис. 2.3, на котором 54% разрыва в состоянии здоровья остаются необъяснимыми, имеют большую статистическую погрешность (этот момент обсуждается в следующем подразделе).

[14] Это требование в отношении данных (наличие единого источника микроданных) является необходимым, поскольку метод декомпозиции, предложенный Оахаса, требует соответствия каждого из показателей на уровне индивида или домохозяйства.

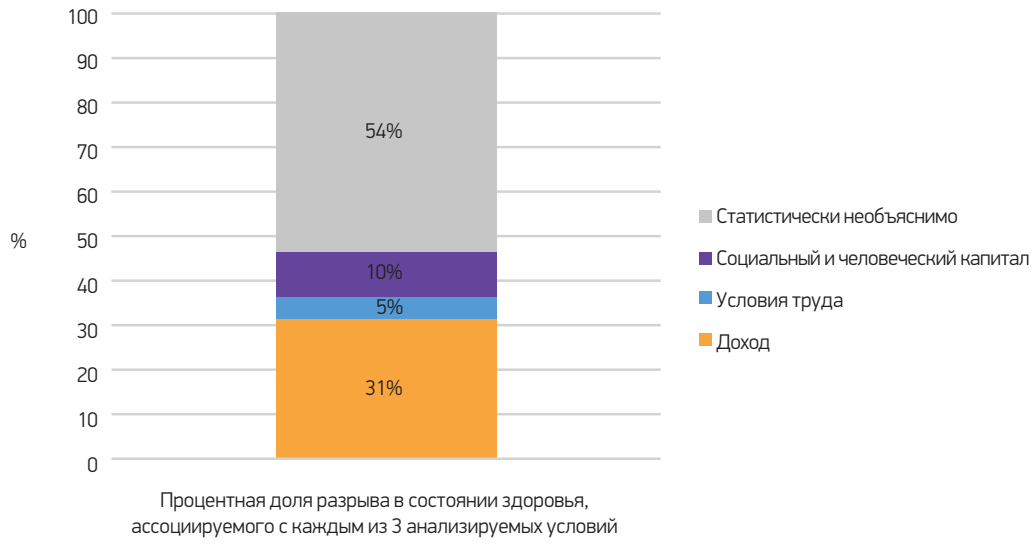
Декомпозиционный анализ данных по странам, не входящим в ЕС

- На рис. 2.3 анализируются основные условия, которые, как показано, вносят вклад в формирование неравенств в отношении здоровья в странах, не являющихся членами ЕС.
- Из пяти условий, анализируемых в докладе ОСОЗ, в этот анализ включены только три, а именно: *защищенность доходов и социальная защита, условия занятости и труда, социальный и человеческий капитал.* Достаточное количество стран, располагающих данными для включения в анализ, имелось только для этих трех условий.
- Все эти три условия являются статистически значимыми с точки зрения их вклада в формирование неравенств по показателям самооценки здоровья.
- Поскольку страны, не входящие в ЕС, не собирают такие же дезагрегированные данные, как страны ЕС, серый прямоугольник, показанный на рис. 2.3 представляет собой эту необъяснимую часть, отражающую отсутствие показателей с хорошим охватом в странах, не входящих в ЕС.[15]
- Доклад ОСОЗ содержит принципиально новые сведения и выводы о состоянии и основных детерминантах справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ, а также анализ причин различий в данных, которые препятствуют проведению надежного анализа по всем странам. В частности, в докладе ОСОЗ указывается на необходимость более полного сбора данных в Центральной Азии, на Кавказе и на Западных Балканах, с тем чтобы лучше понять основные причины неравенств в отношении здоровья проживающих там граждан.

В странах, где имеются данные, условия, влияющие на неравенства в отношении здоровья населения, являются такими же как и в странах ЕС

- В соответствии с анализом, приведенном на рис. 2.2, наибольший вклад в формирование разрыва в показателях самооценки здоровья вносят различия в таком условии, как *Защищенность доходов и социальная защита*.
- Уровень вклада различий в *социальном и человеческом капитале, а также различий в условиях занятости и труда* также сопоставим с таким уровнем в странах ЕС, хотя его значения и являются несколько ниже. Вероятно, это отражает меньшее число имеющихся соответствующих показателей.

Рис. 2.3. Неравенства в показателях самооценки здоровья в 18 странах, не входящих в ЕС: роль трех рассматриваемых условий



Примечание. Достаточные данные имеются в наличии только для трех условий. Анализ контролируется по влиянию каждого из других условий, а также возраста и пола, используя тот же метод, что и декомпозиция EQLS, показанная на рис. 2.2. Точки данных контролируются по возрасту и полу.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных WVS за 2001–2014 гг.

[15] Это, естественно, снижает статистическую мощность модели декомпозиции.

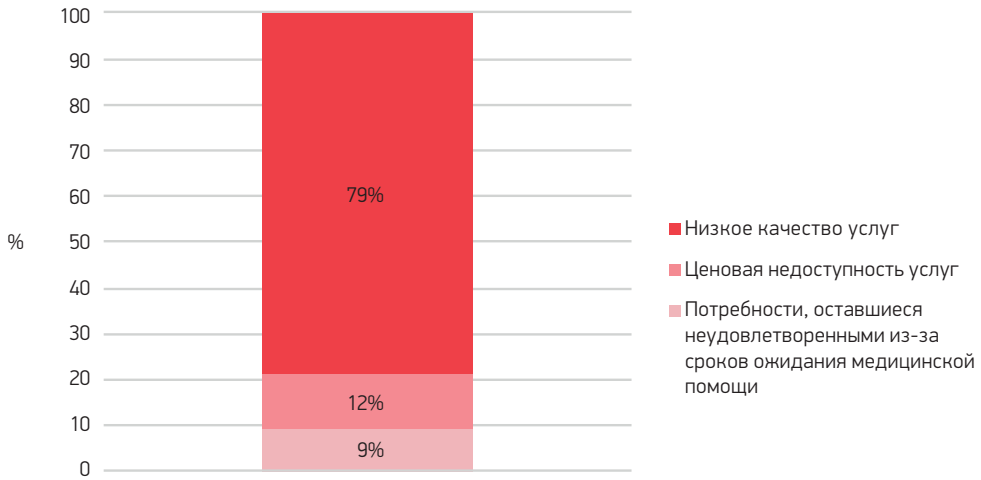
В остальной части этого раздела рассматривается каждое из пяти условий (см. рис. 2.2). Каждое условие анализируется и разбивается на составляющие для выявления соответствующих показателей, формирующих неравенства в отношении здоровья в рамках данного условия. Этот раздел работы основан на анализе данных EQLS. Дальнейший анализ этих результатов (включая тенденции в основных условиях и мерах политики) опирается на данные из Набора данных о справедливости в отношении здоровья, в котором помимо EQLS используется большое число других источников данных.[16]

2.2 Основные условия и меры политики: *услуги здравоохранения*

Различия в доступе к медицинским услугам как одна из причин неравенств в отношении здоровья

- От 10% до 12% неравенств в отношении физического здоровья, психического здоровья и удовлетворенности жизнью связаны с различиями в доступе к медицинским услугам.
- На рис. 2.4 показаны результаты дальнейшего анализа факторов, способствующих 10-процентному разрыву в показателях самооценки здоровья, обусловленному различиями в доступе к медицинским услугам. К этим факторам относятся качество и физическая и ценовая доступность медицинских услуг, а также сроки ожидания медицинской помощи.

Рис. 2.4. Факторы, способствующие формированию неравенств в отношении услуг здравоохранения (на основе показателей самооценки здоровья)



Примечание. Из-за требований к данным для декомпозиционного анализа некоторые факторы, влияющие на справедливость в отношении здоровья, не учитываются (см. Приложение 2).

Источник: декомпозиционный анализ с использованием данных EQLS (см. Приложение 2).

Основные результаты анализа

- Неравенства в качестве и ценовой и физической доступности медицинских услуг являются ключевыми факторами формирования неравенств в отношении здоровья.
- Инициатива по достижению ВОУЗ является жизненно важным шагом на пути к сокращению неравенства в отношении здоровья, обусловленного неравным доступом к медицинским услугам. Это означает необходимость обеспечения того, чтобы все люди могли иметь доступ к необходимым медицинским услугам гарантированного качества, не испытывая финансовых трудностей, связанных с их оплатой.

[16] Это требование в отношении данных (наличие единого источника микроданных) является необходимым, поскольку метод декомпозиции, предложенный Оахаса, требует соответствия каждого из показателей на уровне индивида или домохозяйства.

Качество медицинских услуг и неравенства

- Различия в распространенности некачественных медицинских услуг являются главным фактором, обуславливающим разрыв в показателях самооценки здоровья.[17]
- Люди с более низким социально-экономическим статусом чаще сообщают о получении некачественных услуг, чем представители более высоких социально-экономических групп.
- Различия в качестве услуг обуславливают несправедливое распределение медицинской помощи, когда некоторые люди получают не только больший объем, но и лучшее качество помощи по сравнению с другими людьми.
- Качество услуг здравоохранения следует тщательно изучить, чтобы выяснить, не подвергаются ли те, кто может оказаться в худшем положении (например, инвалиды, более бедные домохозяйства, домохозяйства с одним родителем, мигранты, этнические меньшинства), более высоким рискам, связанным с некачественными услугами здравоохранения *(70)*.
- Здесь уместно отметить, что в *Обзоре социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ* делается вывод о том, что неравенство в доступе к услугам здравоохранения является одной из причин неравенств в отношении здоровья в восточной части Европейского региона ВОЗ *(2)*. Хотя доступность услуг здравоохранения и не является фактором, вызывающим какие-либо трудности на севере, юге и западе Региона, для лучшего понимания этого фактора на востоке Региона необходимы более качественные дезагрегированные данные.

ЦУР и всеобщий охват услугами здравоохранения

Задача 3.7. К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах

Задача 3.8. Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех.

Неоднозначные тенденции в области расходов на здравоохранение

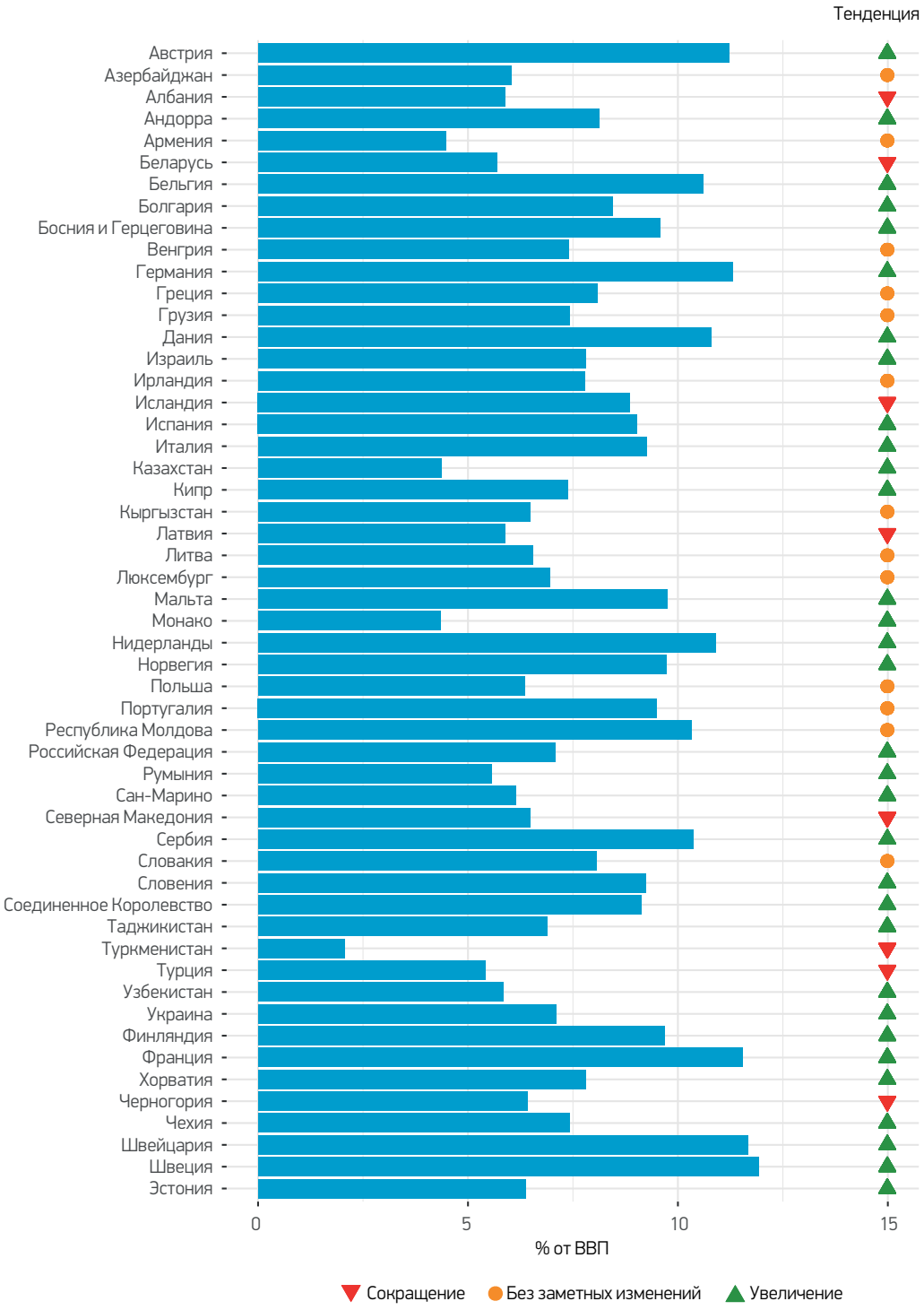
- В Европейском регионе ВОЗ расходы на здравоохранение в процентах от ВВП колеблются от 2,1% до 11,9% ВВП (рис. 2.5).
- В период с 2005 по 2014 год эти расходы увеличились в 32 из 53 стран Региона. Однако в 13 странах расходы на здравоохранение не изменились, а в восьми странах они даже сократились.

Понимание неравенств в отношении доступности услуг здравоохранения

- В Европейском регионе ВОЗ уровни расходов на здравоохранение из собственного кармана варьируются от 7,1% до 80,6% от общих текущих расходов на здравоохранение.
- В более чем половине стран Региона (32/52) доля расходов на здравоохранение из собственного кармана в структуре общих текущих расходов на здравоохранение увеличилась или осталась неизменной за период с 2000 по 2016 год (рис. 2.6).
- В период с 2000 по 2016 год доля расходов на здравоохранение из собственного кармана в структуре общих текущих расходов на здравоохранение сократилась в 38% стран Региона (20/52).

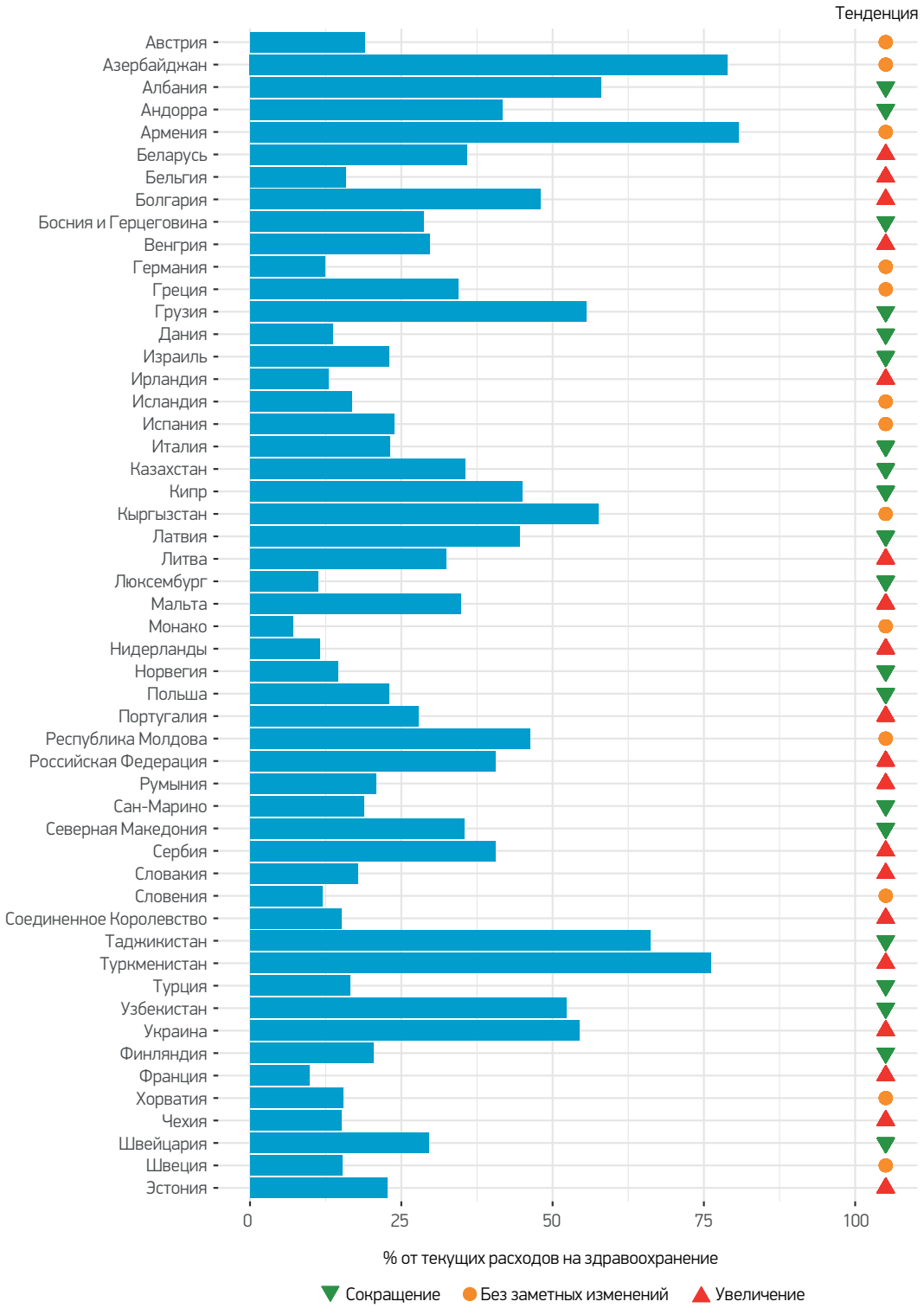
[17] Участникам опроса был задан вопрос о том, как они оценивают качество различных государственных услуг, включая конкретные медицинские услуги, например, услуги, оказываемые в кабинетах врачей общей практики/семейных врачей, поликлиниках или центрах здоровья, а также услуги, оказываемые в больницах или врачами-специалистами.

Рис. 2.5. Общие расходы на здравоохранение (государственные и частные) в процентах от ВВП, 2014 г. (и тенденции за период с 2005 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных о показателях ВОЗ для мониторинга достижения целей политики Здоровье-2020 за 2005–2014 гг., полученных из европейской базы данных ВОЗ «Здоровье для всех».

Рис. 2.6. Расходы частных домашних хозяйств на здравоохранение в процентах от текущих расходов на здравоохранение, 2016 г. (и тенденции в период с 2000 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Всемирной базы данных по расходам на здравоохранение (ВОЗ) за период 2000–2016 гг.

Расходы на здравоохранение из собственного кармана в Европейском регионе ВОЗ

- Расходы на здравоохранение из собственного кармана – это существенный фактор, ограничивающий возможности малоимущих граждан в плане обращения за медицинской помощью и ее ценовой доступности *(71)*.

- Расходы на здравоохранение из собственного кармана включают любые формальные и неформальные платежи, осуществляемые людьми при использовании любых товаров или услуг здравоохранения, предоставляемых любыми поставщиками, включая формальные соплатежи (плату за пользование) за услуги, входящие в ГОБМП, и прямые платежи за услуги, не входящие в ГОБМП, но не включают любую предоплату в виде налогов, отчислений или страховых взносов и любое возмещение расходов третьей стороной, такой как правительство, фонд медицинского страхования или частная страховая компания.

- Следует отметить, что уровень личных расходов на здравоохранение среди женщин и мужчин различается. Личные расходы на здравоохранение среди женщин выше, чем среди мужчин. В частности, это обусловлено тем, что услуги по планированию семьи (включая дородовой уход) часто не включены в основные пакеты льгот *(72)*.

- Для мужчин существует сильная корреляция между более высоким уровнем личных расходов на здравоохранение и преждевременной смертностью от ССЗ, что, по-видимому, свидетельствует о том, что такие расходы могут помешать мужчинам либо своевременно обратиться за медицинской помощью, либо пройти рекомендуемый курс лечения (включая медикаментозное лечение) *(47)*.

Сокращение неравенств в уровне личных расходов на здравоохранение

- Политика по достижению ВОУЗ направлена на то, чтобы охватить медицинскими услугами все население, обеспечивая при этом одинаково качественные услуги, расширяя спектр эффективных услуг и снижая расходы пользователей *(18)*.

- Реформы, направленные на сокращение неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения, могут привести к увеличению платежей из собственного кармана. Поэтому важно принять меры к тому, чтобы программы и стратегии по улучшению доступа к услугам здравоохранения не приводили к росту финансовых трудностей граждан, особенно граждан, которые уже находятся в неблагоприятном положении *(18)*.

- Даже небольшие личные расходы на здравоохранение могут привести к финансовым трудностям для малоимущих граждан *(18)*.

Ситуация с катастрофическими расходами на здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ

- Уровни катастрофических расходов на здравоохранение используются для мониторинга прогресса в достижении ВОУЗ. Катастрофические расходы на здравоохранение определяются как расходы домохозяйства на здравоохранение, превышающие порог способности домохозяйства оплачивать необходимые медицинские услуги *(73)*.

- На рис. 2.7 показан социальный градиент в катастрофических расходах на здравоохранение, причем домохозяйства в беднейшем квинтиле потребления, чаще испытывают такие расходы по сравнению с домохозяйствами в квинтилях с более высоким уровнем потребления.[18]

- В 24 странах на рис. 2.7 доля граждан в самом низком квинтиле дохода, испытывающих катастрофические расходы на здравоохранение, в среднем на 4% превышает соответствующий показатель среди граждан в самом высоком квинтиле дохода.

- Во многих странах разница между самым низким квинтилем дохода и следующим квинтилем дохода является очень большой, что свидетельствует о том, что самые бедные слои населения больше всего страдают от катастрофических расходов на здравоохранение.

[18] В шкале эквивалентности ОЭСР первый квинтиль обозначается как «самый бедный», а пятый квинтиль – как «самый богатый». Некоторые домохозяйства могут казаться богаче, чем они есть на самом деле, потому что они взяли финансовые средства в долг для оплаты расходов на здравоохранение (или для других целей). Однако можно с уверенностью предположить, что домохозяйства в беднейшем квинтиле действительно страдают от бедности.

Меры по сокращению личных расходов на медицинские услуги и особенно катастрофических расходов на здравоохранение

- Европейский регион ВОЗ подтвердил свою приверженность ускорению действий по созданию Европы, свободной от приводящих к обеднению расходов на здравоохранение, и достижению следующих целей: систематический мониторинг финансовой защиты и неудовлетворенных потребностей в медицинском обслуживании на национальном и региональном уровнях; всеобщий охват экономически эффективными услугами здравоохранения (включая услуги профилактики и укрепления здоровья); и согласование мер политики по улучшению доступа к медицинским услугам и сокращению личных платежей за услуги здравоохранения *(75)*.

ЦУР, относящиеся к личным расходам на здравоохранение

Показатель 3.8.2. Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств.

Неравенства в неудовлетворенных потребностях способствуют формированию неравенств в отношении здоровья

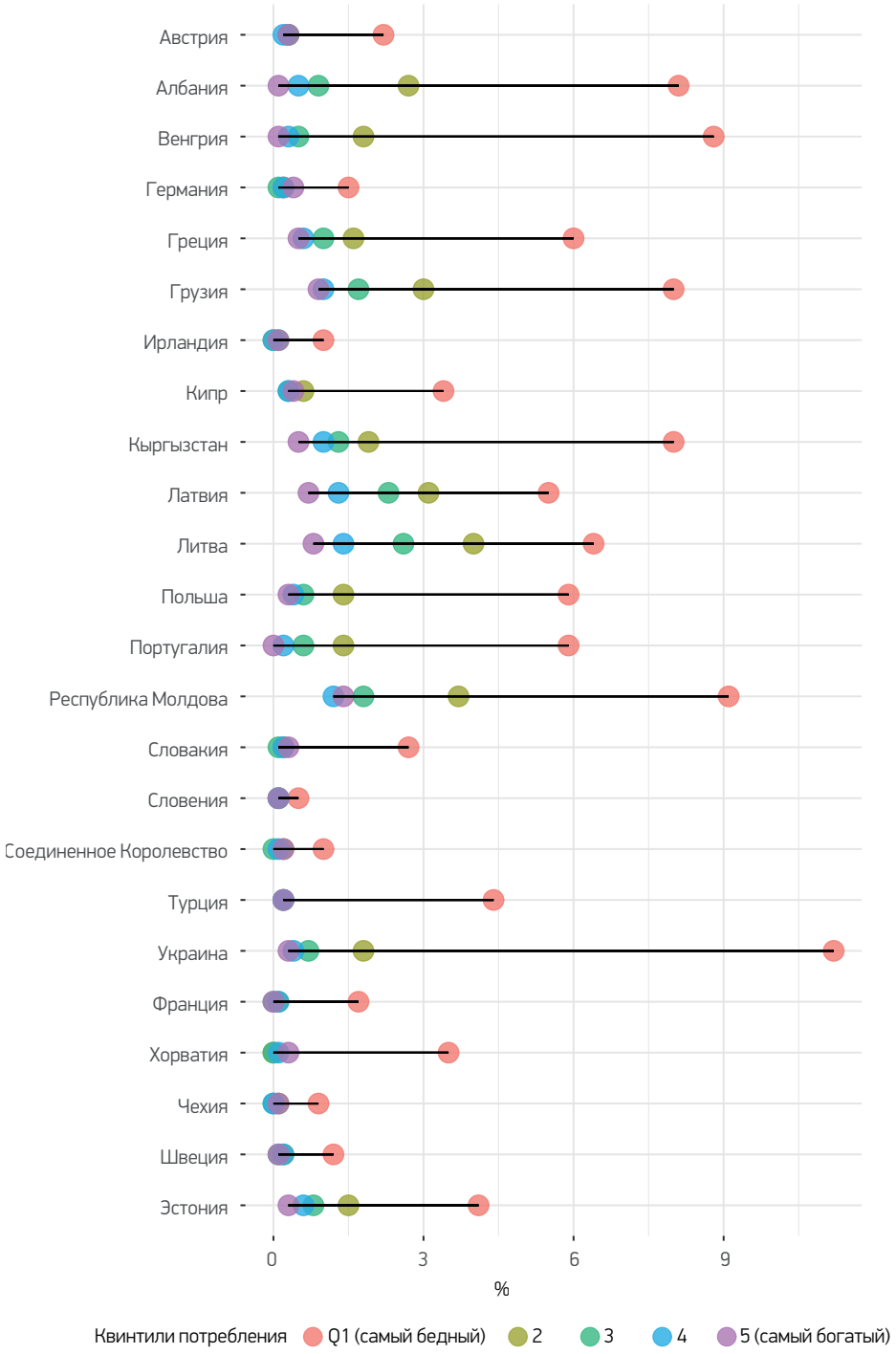
- Последним фактором, способствующим формированию неравенств в отношении здоровья в сфере Услуг здравоохранения, являются неудовлетворенные потребности из-за продолжительности времени ожидания услуг.
- Показатель неудовлетворенных потребностей, представленный на рис. 2.8, определяется как случай, когда человек не прошел медицинское обследование, лечение или не получил/приобрел лекарства, в которых он нуждался в течение последних 12 месяцев. В этом показателе каких-либо различий между первичной и специализированной медицинской помощью не проводится.[19]

Разрыв в показателях неудовлетворенных потребностей не меняется

- На рис. 2.8 показан общий уровень неудовлетворенных потребностей населения в Европейском регионе ВОЗ. В период с 2008 по 2017 год в большинстве стран неравенства по показателю неудовлетворенных потребностей в медицинском обслуживании либо остались на прежнем уровне, либо даже увеличились.
- Неудовлетворенная потребность в медицинском обслуживании была выше среди женщин с меньшим количеством лет обучения по сравнению с женщинами с наибольшим количеством лет обучения в 36 из 44 стран, а среди мужчин такая зависимость наблюдалась в 35 из 44 стран (см. рис. 2.8.). В этих странах из каждых 100 человек (как мужчин, так и женщин) число респондентов в группе с наименьшим количеством лет обучения, сообщающих о неудовлетворенных потребностях в медицинском обслуживании, было в среднем на пять человек больше по сравнению с группой с наибольшим количеством лет обучения.

[19] Этот показатель представляет собой комбинированный показатель, взятый из двух обследований: обследования EU-SILC и обследования WVS. Респонденты обследования EC-SILC сообщали о том, пережили ли они хотя бы один эпизод, когда они не смогли пройти медицинское обследование или получить лечебную помощь (за исключением стоматологической), в которых они действительно нуждались в предыдущие 12 месяцев; респонденты обследования WVS сообщали о том, пришлось ли им или членам их семьи часто или иногда обходиться без необходимых лекарств или медицинского лечения в предыдущие 12 месяцев.

Рис. 2.7. Процент домохозяйств с катастрофическими расходами на здравоохранение, по квинтилям потребления, данные за разные годы



Примечание. Для разбивки населения по квинтилям потребления на одного человека используется шкала эквивалентности ОЭСР. Годы, по которым имеются данные, варьируются от 2011 до 2016 г. в зависимости от страны.

Источник: Thomson, Cylus & Evetovits, 2019 *(74)*.

Рис. 2.8. Разница в доле взрослых, сообщающих о неудовлетворенных потребностях в медицинской помощи, в группах людей с низким и высоким уровнем образования, данные за разные годы (с указанием тенденций за период с 2008 г.)



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Самым последним годом, по которому имелись данные, был 2017 год в обследовании EC-SILC, за исключением нижеследующих стран, по которым данные были получены из обследования WVS 2011 года: Азербайджан, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан и Украина.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследования EU-SILC 2017 года и обследования WVS 2011 года.

Обоснованные инвестиции в системы и кадровые ресурсы здравоохранения

- Страны могут сократить неудовлетворенные потребности в медицинском обслуживании и финансовые трудности путем выявления и устранения пробелов в охвате услугами здравоохранения *(18)*.
- Меры политики по улучшению количества и качества медицинских услуг должны включать меры, которые увеличивают доступность лекарств, устройств медицинского назначения и медицинских обследований. Это включает в себя расширение услуг ГОБМП, например, с целью охвата услуг стоматологической помощи, услуг по охране психического здоровья или услуг физиотерапии, которые часто оплачиваются из кармана граждан.
- Кроме того, инвестиции в кадровые ресурсы и инфраструктуру здравоохранения могут способствовать устранению причин неудовлетворения потребностей в медицинской помощи, такие как длинные списки ожидания *(76)*.
- Эффективные меры по привлечению, найму и удержанию работников здравоохранения в районах с недостаточным обслуживанием и увеличению плотности учреждений первичной медико-санитарной помощи включают: более эффективное и надлежащее образование; регулятивные меры; финансовые стимулы; и оказание работникам здравоохранения необходимой личной и профессиональной поддержки *(77)*.

ЦУР по финансированию здравоохранения

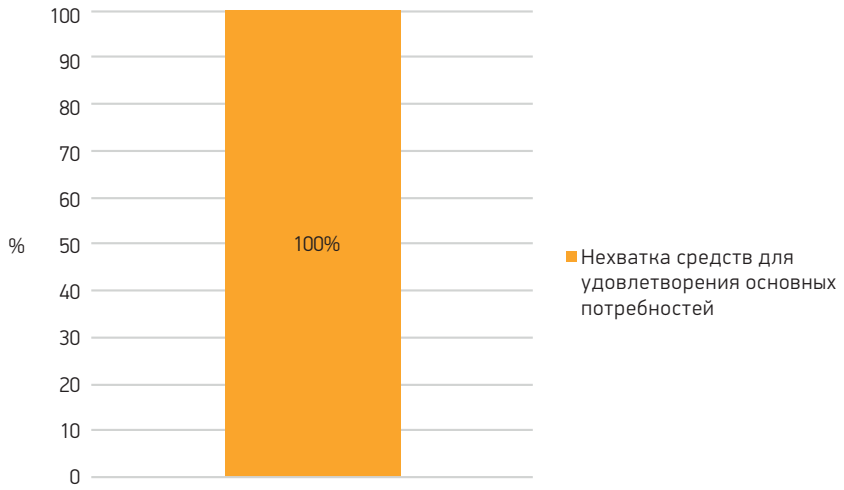
Задача 3.c. Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах.

2.3 Основные условия и меры политики: *защищенность доходов и социальная защита*

Незащищенность доходов вносит наибольший вклад в формирование неравенств в отношении здоровья

- Неравенства в области защищенности доходов последовательно вносят наибольший вклад в разрыв в неравенствах по всем показателям здоровья (рис. 2.2). От 35% до 46% неравенств по показателям физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью связаны с различиями в уровне защищенности доходов и социальной защиты.
- 35%-ный разрыв в самооценке здоровья, обусловленный различиями в сфере *защищенности доходов и социальной защиты*, объясняется одним показателем – доходом, а именно неспособностью сводить концы с концами (рис. 2.9).
- Существует только одна переменная, которую можно было использовать для отражения составляющей «Защищенность доходов и социальная защита» в микроданных EQLS (на которых основаны декомпозиции).
- Получение пособий не используется для этой цели, поскольку индивиды и домохозяйства, получающие определенные пособия, как правило, имеют более низкие доходы в целом, и как уже было отмечено, граждане с более низкими доходами, как правило, имеют более низкий уровень здоровья. Кроме того, включение в анализ получаемых пособий может создать впечатление, что это способствует неравенству в отношении здоровья, что в свою очередь может вызвать некоторое смятение относительно измеряемого параметра, а именно, защищенности доходов.
- Уровень дохода и уровень занятости тесно связаны друг с другом. В разделе 2.3 рассматриваются вопросы защищенности доходов и социальной защиты, а в разделе 2.6 рассматриваются факторы, связанные с трудовой бедностью и низкооплачиваемой трудовой занятостью в Европейском регионе ВОЗ.

Рис. 2.9. Фактор, способствующий формированию неравенств в отношении здоровья, в сфере защищенности доходов и социальной защиты (на основе самооценки здоровья)



Примечание. Из-за требований к данным для декомпозиционного анализа не все факторы, влияющие на справедливость в отношении здоровья, были охвачены анализом (см. Приложение 2).

Источник: декомпозиционный анализ с использованием данных EQLS (см. Приложение 2).

Основные результаты анализа

- Различия по таким факторам, как *защищенность доходов и социальная защита и условия жизни*, являются основными причинами формирования неравенств по показателям самооценки физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью.
- В большинстве стран тенденции в отношении двух ключевых факторов, влияющих на защищенность доходов и социальную защиту, не изменились или даже ухудшились: расходы на социальную защиту и показатели относительной нищеты.
- Общая тенденция в Европейском регионе ВОЗ свидетельствует о снижении уровня защищенности доходов среди наименее обеспеченных людей. Поэтому необходимо принять меры для прекращения долгосрочного воздействия этой проблемы на здоровье и благополучие населения.

Взаимосвязь между уровнем дохода и плохим здоровьем хорошо понятна

- Существуют убедительные межстрановые данные о корреляции между незащищенностью дохода и слабым здоровьем.

— Финансовые ограничения и растущие бюрократические барьеры для доступа к базовому доходу и социальной защите усугубляют эти негативные последствия для здоровья *(78, 79)*.

— Цель политики в области социальной защиты заключается в обеспечении, как минимум, того, чтобы все люди были охвачены системой защищенности дохода на протяжении всей жизни, предусматривающей следующие подходы: обеспечение доступа к основным медицинским услугам, включая охрану материнства; использование механизмов финансовой защищенности детей (т.е., за счет обеспечения доступа к питанию, образованию, уходу и любым другим необходимым товарам и услугам); обеспечение базового дохода для людей трудоспособного возраста, которые не могут получать достаточный доход в случае болезни, безработицы, материнства и инвалидности; обеспечение базового дохода для пожилых людей *(80)*.

Уровень социальной защиты людей трудоспособного возраста снижается, а объем пенсионных выплат увеличивается

- Расходы на пенсии составляют самую большую часть социальных расходов в странах ОЭСР (государственные расходы на здравоохранение занимают второе место). С середины 2000-х годов расходы на выплату пенсий увеличивались на 1% в год.
- Напротив, расходы на социальную защиту трудоспособного населения (с точки зрения семейных денежных пособий и пособий по безработице) за тот же период сократились *(81)*.

ЦУР в сфере социальной защиты

Задача 1.3. Внедрить на национальном уровне надлежащие системы и меры социальной защиты для всех, включая установление минимальных уровней, и к 2030 году достичь существенного охвата бедных и уязвимых слоев населения.

Задача 3.8. Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех.

Задача 5.4. Признавать и ценить неоплачиваемый труд по уходу и работу по ведению домашнего хозяйства, предоставляя коммунальные услуги, инфраструктуру и системы социальной защиты и поощряя принцип общей ответственности в ведении хозяйства и в семье, с учетом национальных условий.

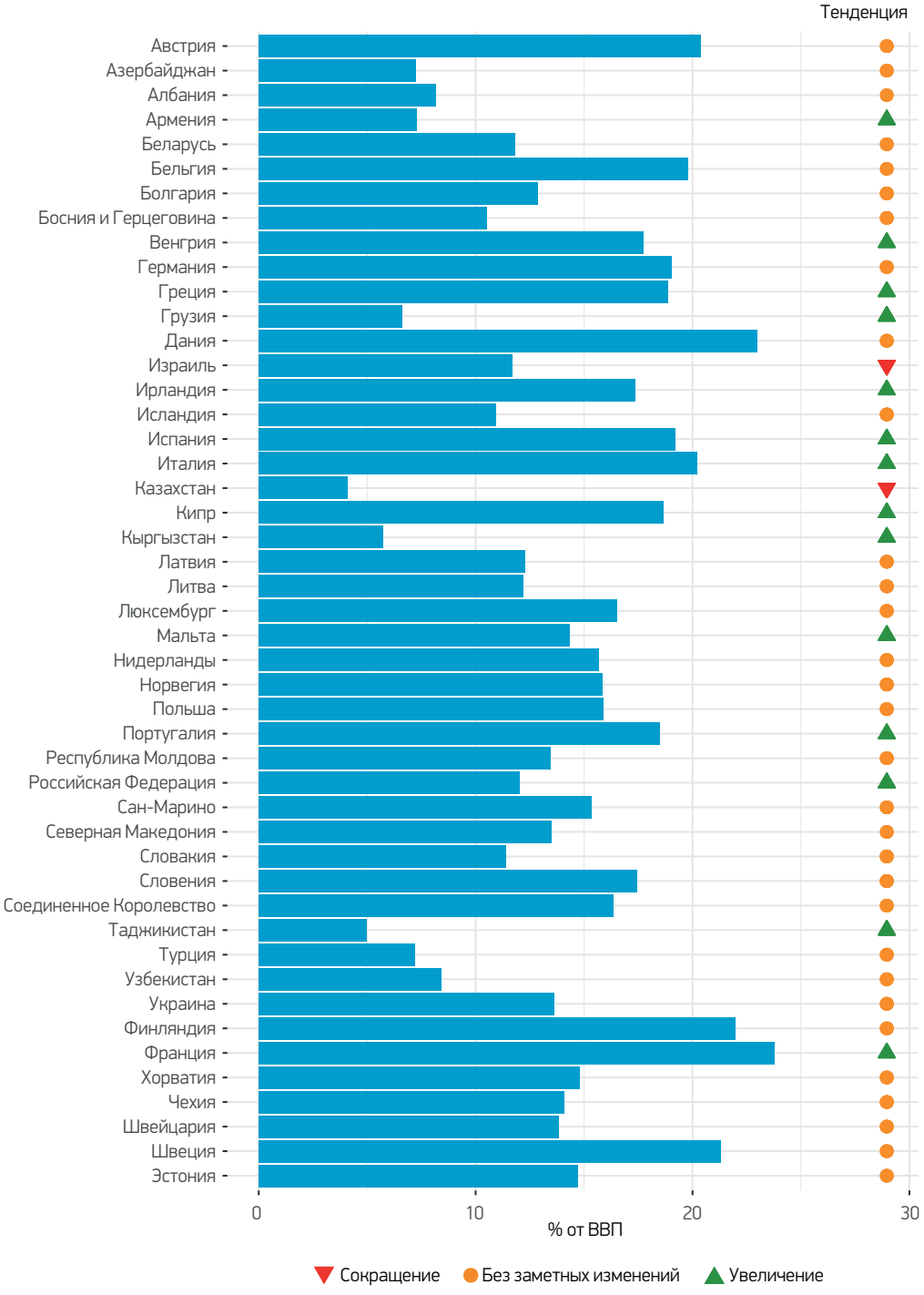
Задача 8.5. К 2030 году обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех женщин и мужчин, в том числе молодых людей и инвалидов, и равную оплату за труд равной ценности.

Задача 10.4. Принять соответствующую политику, особенно бюджетно налоговую политику и политику в вопросах заработной платы и социальной защиты, и постепенно добиваться обеспечения большего равенства.

В большинстве стран объем расходов на социальную защиту не увеличился

- Каждая страна имеет различные виды программ и систем социальной защиты и, следовательно, различные уровни социальной защиты.
- В период с 2000 по 2012 год средние расходы стран на социальную защиту населения снизились с 12,9% до 6,1% ВВП (рис. 2.10). Это представляет собой среднее 50%-ное сокращение в виде доли ВВП в Европейском регионе ВОЗ за 12-летний период.

Рис. 2.10. Расходы на социальную защиту населения (без учета расходов на здравоохранение) в процентах от ВВП, 2012 г. (с указанием тенденций за период с 2000 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Международной организации труда и ОЭСР за период 2000–2012 гг. (база данных ILOSTAT).

Социальная защита имеет жизненно важное значение для устранения неравенств в отношении здоровья

- Социальная защита влияет на показатели здоровья и на уровень справедливости в отношении здоровья как непосредственно через обеспечение доходов, так и косвенно через другие основополагающие условия.

- Государственные расходы на социальную защиту населения оказывают позитивное влияние на справедливость в отношении здоровья, когда они улучшают финансовую безопасность групп населения, подвергающихся большему риску из-за инвалидности, безработицы, жилищной депривации и социальной маргинализации *(82)*.

- Одним из ключевых приоритетов в деле сокращения неравенств в отношении здоровья является создание системы социальной защиты, которая снижает экономическую уязвимость тех, кто в наибольшей степени подвержен риску незащищенности доходов.

- Меры политики по обеспечению социальной защиты населения без какой-либо стигматизации оказывают позитивное воздействие на уменьшение несправедливости в отношении здоровья, связанной с незащищенностью доходов и бедностью *(83)*. Надежные, инклюзивные системы защищенности доходов, состоящие из нескольких уровней (включая выплату безусловного базового дохода), дополняемые поддерживаемыми государством схемами внесения взносов – это эффективный подход к сокращению неравенств в отношении здоровья. Выплата безусловного базового дохода не обязательно подразумевает более высокие затраты *(83)*.

- Предоставление отпусков по уходу за ребенком и социальные пенсии обеспечивают защиту от нестабильности доходов на определенных этапах жизненного цикла, когда различия в доходах могут иметь особенно неблагоприятные последствия для здоровья. Инвестиции в социальную защиту детей в раннем возрасте и семей – это эффективный механизм поддержки родителей с ограниченными ресурсами в обеспечении здорового начала жизни для их детей, а также ослабления связи между социально-экономическим неблагополучием семьи и плохими результатами в области охраны здоровья детей, включая младенческую смертность *(84, 85)*.

- Охват пособием по безработице оказывает позитивное влияние на справедливость в отношении здоровья, когда он обеспечивает минимальный доход для людей, активно ищущих работу.

- Фактор жилищной депривации используется для учета того, живут ли люди в доме с протекающей крышей, недостаточным освещением, без ванны или душа и без внутреннего туалета.

- Политика социальной защиты, связанная с жильем, может сократить эти различия в отношении жилищной депривации посредством уменьшения различий в уровне защищенности (или незащищенности) доходов. Это один из способов, с помощью которых социальная защита может способствовать уменьшению неравенств в отношении здоровья.

В период с 2005 года относительный уровень бедности увеличился или остался неизменным в более чем 80% европейских стран

- На рис. 2.11 показана доля людей, живущих на уровне или ниже 60% от среднего располагаемого дохода домохозяйства (после учета налогов и трансфертов).

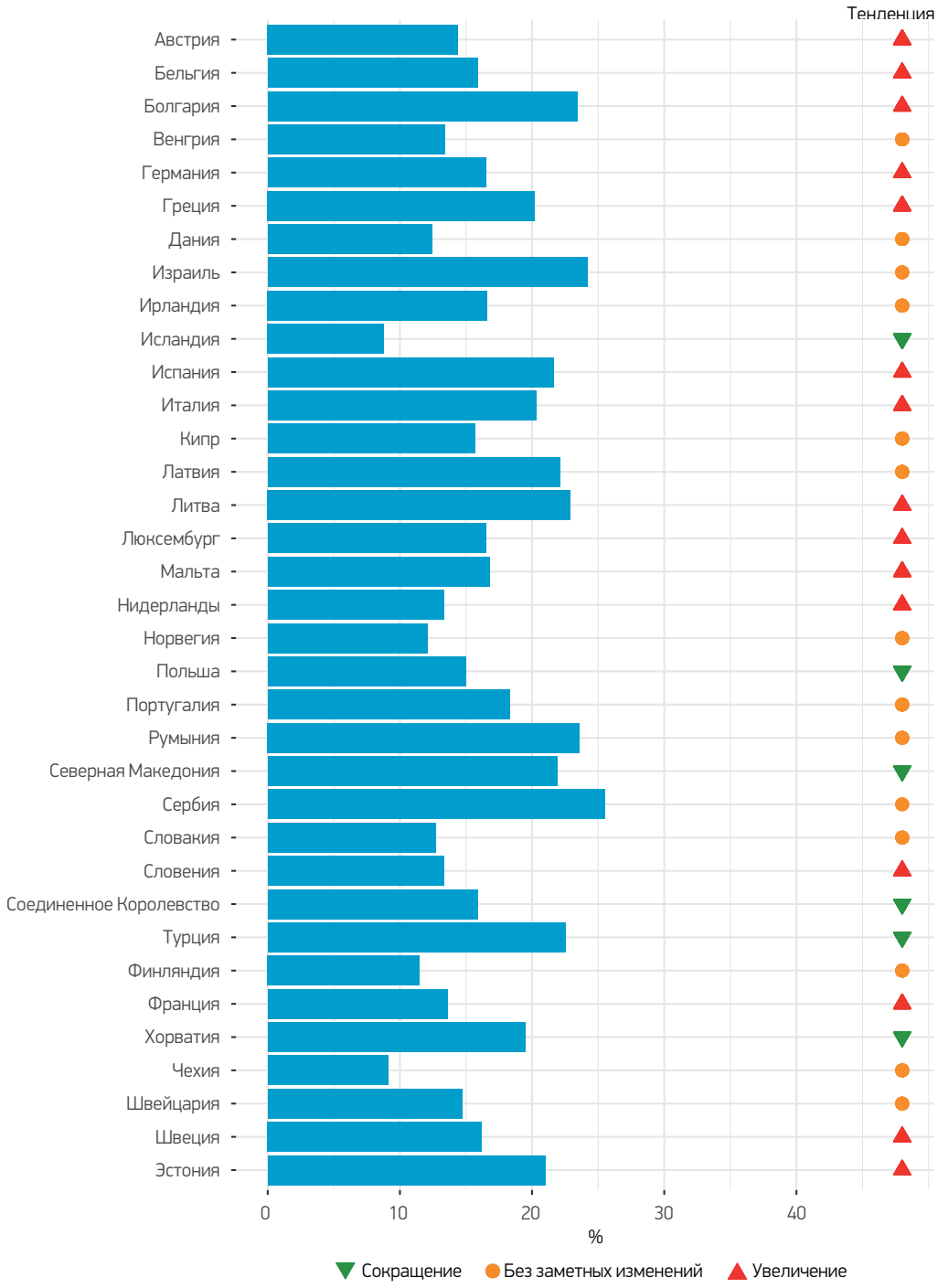
- Иными словами он показывает долю населения, подверженного риску незащищенности доходов и, следовательно, риску ухудшения здоровья.

- В период с 2005 по 2017 год показатели относительной бедности увеличились в 15 странах, оставались неизменными в 14 странах, а сократились только в шести странах. Страны, в которых показатели относительной бедности увеличились, распределены по всему Европейскому региону ВОЗ, независимо от географического положения и экономического развития. Это отражает увеличение разницы в доходах между людьми в средней и в нижней части шкалы распределения доходов.

- В 35 европейских странах на рис. 2.11 от 9 до 26 человек из каждых 100 живут в относительной бедности (измеряемой долей населения с доходами ниже 60% от медианного эквивалентного располагаемого дохода).

- В среднем в Регионе за период 2005–2017 гг. доля людей, живущих в относительной бедности, увеличилась с 15% до 17%.

Рис. 2.11. Доля населения с доходом ниже 60% от среднего эквивалентного располагаемого дохода, 2017 г. (и тенденции с 2005 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата и ОЭСР за период 2005–2017 гг.

Детская бедность все еще остается проблемой во всех частях Региона

- В рамках Европейского региона ВОЗ доля детей, живущих в бедности, выше чем среди взрослых *(3)*. В 34 из 35 стран, представленных на рис. 2.11, в среднем 20% детей живут в относительной бедности (данных по Израилю, который также представлен на рис. 2.11, не имелось), а среди взрослых этот показатель был равен 17%.
- На протяжении более десяти лет в ряде европейских стран наблюдался рост детской бедности *(86)*. Воздействие бедности на жизнь детей в раннем детстве может иметь пагубные последствия для здоровья в течение всей жизни *(24)*.

Бедность как фактор риска заболеваемости и смертности

- Между такими показателями, как риск бедности, более ранняя заболеваемость и преждевременная смертность, наблюдается прямая корреляция. Молодые люди, люди, работающие на временной основе или неполный рабочий день, люди, осуществляющие уход, и пожилые люди подвергаются более высокому риску нездоровья, связанного с риском бедности *(1)*.
- Взаимосвязь между бедностью и НИЗ хорошо установлена: бедность способствует развитию НИЗ, а НИЗ способствуют обеднению заболевших и их семей *(87)*.
- Риск бедности влияет на психическое здоровье и психосоциальные механизмы адаптивных реакций человека. В различных исследованиях неоднократно выявлялась корреляция между неравенством доходов и ухудшением показателей здоровья и социального капитала *(2)*.

Бедность в странах, не имеющих данных об относительном уровне бедности

- На рис. 2.12 показаны уровни бедности в 14 странах Центральной Азии, Кавказа и Западных Балкан в соответствии с чертой бедности, установленной в конкретной стране. В этих странах были доступны только данные о бедности населения с использованием национальных черт бедности.
- От трех до 31 из каждых 100 человек в вышеупомянутых группах стран живут за национальной чертой бедности. В период с 2005 по 2016 год показатели бедности снизились в восьми из этих 14 стран.
- На рис. 2.12 представлена полезная информация о показателях незащищенности доходов в этих странах.

Не следует сравнивать относительные и национальные показатели бедности

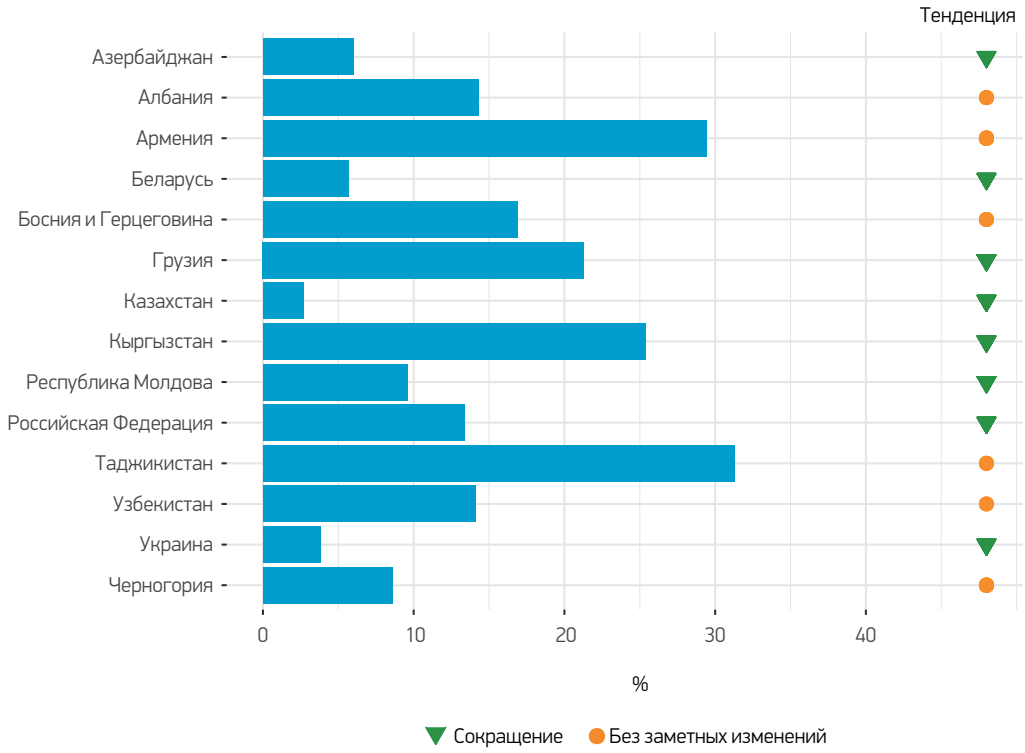
- В отличие от многих стран ЕС, где показатели бедности повышаются, в странах Центральной Азии, на Кавказе, Западных Балканах и в Российской Федерации в период с 2005 года в целом было отмечено значительное снижение показателей бедности.
- Следует отметить, что пороговые значения бедности на рис. 2.11 и рис. 2.12 не сопоставимы. Показатели бедности, приведенные на рис. 2.12, основаны на национальных значениях черты бедности, большинство из которых различаются. Их уровни и тенденции также не сопоставимы напрямую с уровнями бедности в странах, использующих такую черту бедности, как 60% от среднего дохода, представленных на рис. 2.11. Поэтому эти страны представлены на отдельном рисунке.
- Показатели относительной бедности, приведенные на рис. 2.11, показывают долю лиц, находящихся в трудном положении, по сравнению с теми, кто находится посередине в соответствующей шкале бедности.

В целом показатели бедности имеют тенденцию к снижению среди людей более старшего возраста и к увеличению среди людей трудоспособного возраста

- Хотя относительная бедность, в том числе среди трудоспособного населения, оставалась неизменной или увеличивалась в большинстве стран Европейского региона в период с 2005 по 2017 гг. (рис. 2.11), это утверждение не относится к пожилым людям.
- На рис. 2.13 показано, что в период с 2005 по 2017 год в половине стран (18/36) среди взрослых в возрасте 65 лет и старше наблюдалось снижение уровня бедности. В 14 странах показатели относительной бедности среди взрослых в возрасте 65 лет и старше остались на прежнем уровне. Снижение этих показателей было отмечено только в четырех странах.

- От 6 до 41 процента людей в возрасте 65 лет и старше живут в условиях относительной бедности. В среднем это составляет 18 на каждые 100 взрослых в этой возрастной группе, что соответствует среднему уровню относительной бедности среди населения в целом по Региону (17 на каждые 100 взрослых).

Рис. 2.12. Процент населения с доходами ниже национальной черты бедности в странах Центральной Азии и Восточной Европы, 2016 г. (и тенденции в период с 2005 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Всемирного банка за период 2005–2016 гг.

Финансовая и социальная защита на более позднем этапе жизни

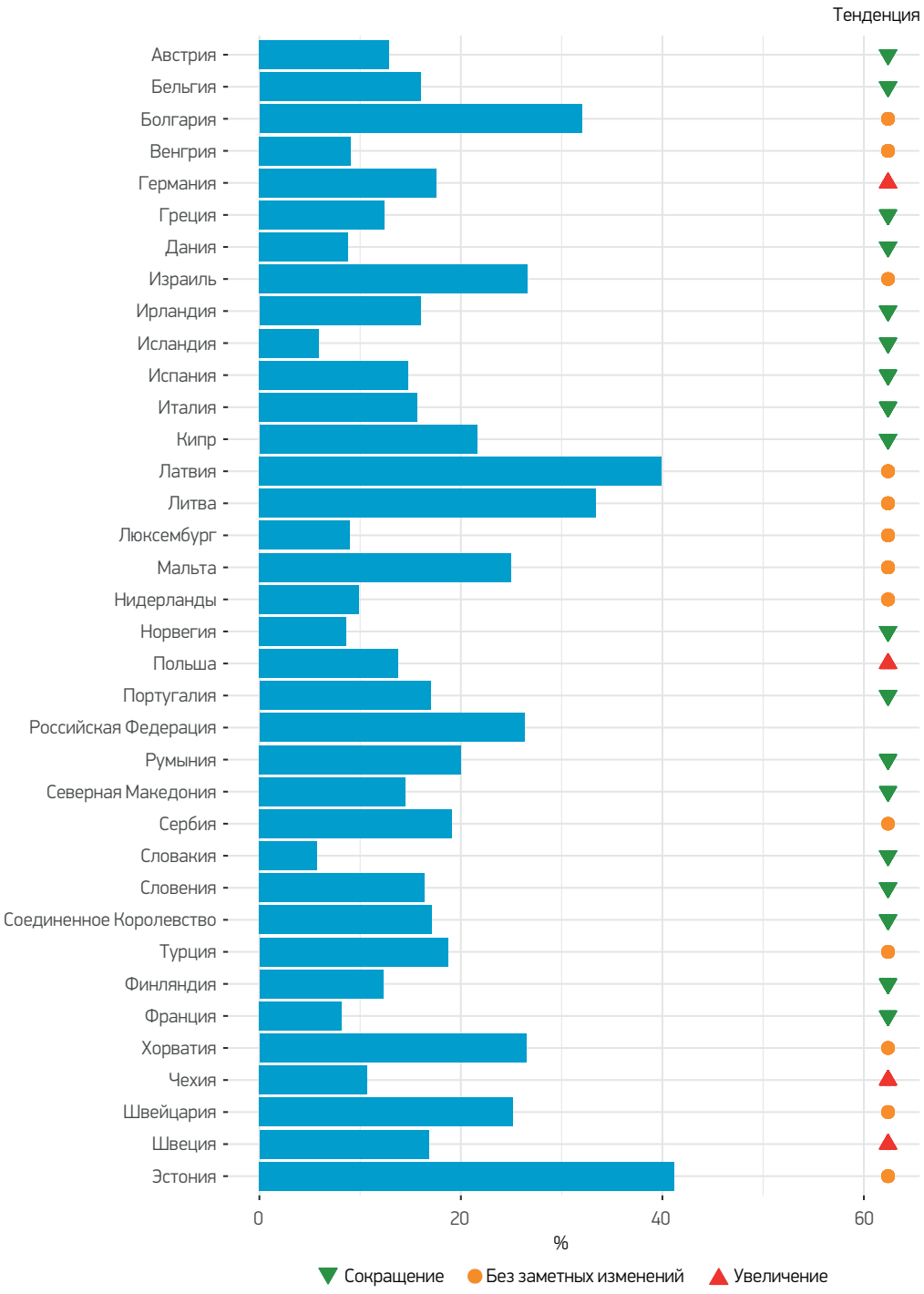
- Программы социальной защиты, направленные на поддержку пожилых людей, способствуют повышению справедливости в отношении здоровья путем сохранения их способности избегать риски для здоровья, получать доступ к услугам здравоохранения и выполнять повседневные задачи, что особенно важно для пожилых людей, испытывающих финансовые трудности и проблемы со здоровьем *(88)*. Это объясняется тем, что люди старшего возраста подвергаются большему риску в отношении снижения уровня доходов и здоровья.

- Государственные пенсии имеют жизненно важное значение для сокращения различий в доходах на данном этапе жизни. Государственные пенсии обеспечивают определенную степень финансовой безопасности граждан в более позднем возрасте, когда трудовой доход отсутствует, их величина во многом определяет возможности людей вести здоровый образ жизни *(88, 89)*.

- Комбинированное влияние таких факторов, как гендерное неравенство и неравенство в доходах, увеличивает риск бедности среди пожилых женщин.

- Женщины чаще работают неполный рабочий день и выполняют низкооплачиваемые работы (например, в сфере ухода) и в среднем они зарабатывают меньше, чем мужчины. Все это приводит к тому, что женщины, как правило, живут дольше, но не имеют хорошего здоровья *(46)*. Гендерный разрыв в оплате труда приводит к гендерному разрыву в величине пенсий в более позднем возрасте. Последовательная политика могла бы улучшить положение женщин, поскольку во многих странах все еще существуют различные законы и практики, включая более ранний обязательный возраст выхода на пенсию для женщин, отдельные таблицы пенсионного аннуитета, основанные на средней продолжительности жизни (которая, как правило, выше для женщин), и регламенты, по которым пенсии женщин, начисляются с учетом доходов и пенсионных льгот их мужа *(14)*.

Рис. 2.13. Доля населения в возрасте 65 лет и старше с доходом ниже 60% от медианного эквивалентного располагаемого дохода, 2017 г. (и тенденции за период с 2005 г.)



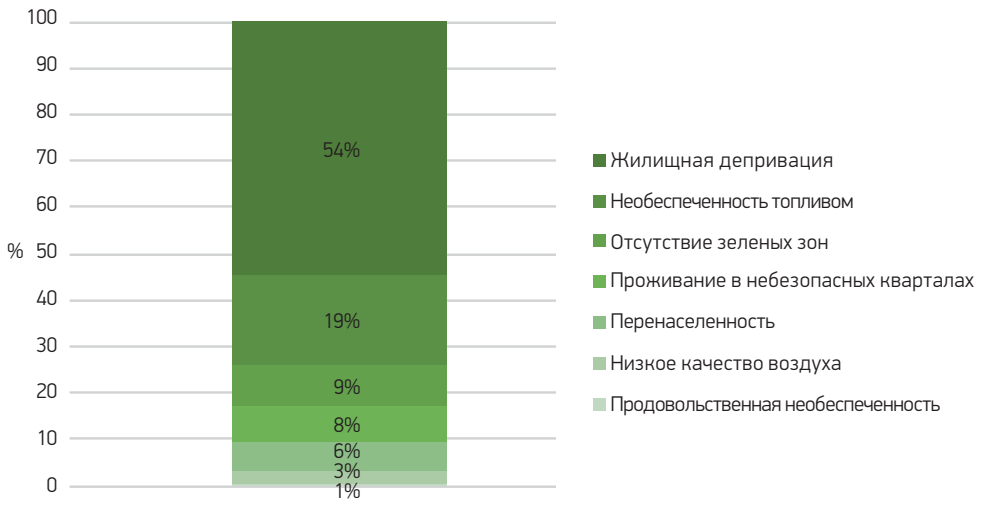
Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата и ОЭСР за период 2005–2017 гг.

2.4 Основные условия и меры политики: *условия жизни*

Жилищная депривация и топливная необеспеченность являются ключевыми факторами, обуславливающими неравенства в отношении здоровья, связанные с условиями жизни

- От 22% до 30% неравенств в отношении физического здоровья, психического здоровья и удовлетворенности жизнью связаны с условиями жизни (Рис.2.2).
- На рис. 2.14 представлен вклад отдельных показателей в 30%-ный разрыв в самооценке здоровья, объясняемый условиями жизни.
- Более 70% разрыва в неравенствах в самооценке здоровья, связанных с условиями жизни, можно объяснить различиями по таким показателям, как жилищная депривация и нехватка топлива для обогрева жилища.[20]
- На рис. 2.14 показано, что отсутствие зеленых зон и безопасности в месте проживания способствуют формированию неравенств в отношении здоровья, обусловленных условиями жизни.

Рис. 2.14. Факторы, способствующие формированию неравенств, связанных с условиями жизни (на основе самооценки здоровья)



Примечание. Из-за требований к данным для декомпозиционного анализа не все факторы, влияющие на справедливость в отношении здоровья, были охвачены анализом (см. Приложение 2).

Источник: Декомпозиционный анализ с использованием данных EQLS (см. Приложение 2).

[20] Жилищная депривация определяется как проживание в доме/квартире с протекающей крышей и/или сырыми помещениями, с недостаточным освещением и без ванны (или душа) и внутреннего туалета. Термин «недостаточность топлива» означает, что домохозяйство не имеет возможности обеспечить достаточный обогрев жилища. Термин «перенаселенность жилища» означает, что проживающие в жилом помещении люди не имеют минимального количества комнат, равного: одной комнате для всех членов домохозяйства; одной комнате для семейной пары в рамках домохозяйства; одной комнате для каждого одинокого человека в возрасте 18 лет и более; одной комнате для пары одиноких людей одного пола в возрасте от 12 до 17 лет; одной комнате для каждого одинокого человека в возрасте от 12 до 17 лет и не включенного в предыдущую категорию; одной комнате для пары детей в возрасте до 12 лет (согласно определениям Евростата).

Основные результаты анализа

- Неравенства в условиях жизни – таких, как качество и доступность жилья и коммунальных услуг, наличие топлива, необходимого для обогрева жилища, и наличие зеленых зон – отражают неравенства по таким признакам, как безопасность, защищенность и чувство принадлежности к обществу.
- Почти во всех странах Европейского региона ВОЗ лица с самым низким доходом подвергаются более высокому риску проживания в неблагоприятных жилищных условиях, чем люди с более высоким доходом.
- Неравенства по таким признакам, как жилищные условия и нехватка топлива для обогрева жилища, являются ключевыми факторами, способствующими формированию неравенств в отношении здоровья, связанных с условиями жизни. Жилье – это не просто место проживания человека. Наличие адекватного жилья также является необходимым условием формирования у человека чувства принадлежности к обществу, безопасности, защищенности и неприкосновенности частной жизни.
- Жилищные условия коррелируют с неравенствами в отношении здоровья и благополучия во всех частях Региона.
- Отсутствие зеленых зон и безопасности в месте проживания людей также способствуют формированию неравенств в отношении здоровья, связанных с условиями жизни.
- В 81% стран, по которым имеются данные (25/31), в период с 2006 по 2017 год государственные расходы на жилье и коммунальные услуги либо остались на прежнем уровне, либо сократились.

Влияние жилищных условий на здоровье и благополучие населения

- Жилье – это не просто место проживания человека. Наличие адекватного жилья также является необходимым условием формирования у человека чувства принадлежности к обществу, безопасности, защищенности и неприкосновенности частной жизни *(5)*.
- Небезопасное жилье способствует развитию стрессовых состояний.
- Жилищная депривация может быть обусловлена многими причинами, включая следующие: слишком большая стоимость, слабая гарантия владения жильем, нехватка топлива для обогрева жилища и перенаселенность *(4, 5)*.
- В Европейском регионе ВОЗ ежегодно регистрируется более 100 000 случаев смерти, обусловленных неадекватными жилищными условиями *(90)*.
- Люди в домашних хозяйствах с низким доходом чаще сталкиваются с многочисленными жилищными проблемами. Например,они не только мерзнут зимой, но и чаще испытывают такие проблемы, как плохое качество воздуха и плесень в жилых помещениях *(91)*.
- В 28 странах ЕС более 15% населения живут в неблагоприятных жилищных условиях. Улучшения в этой области происходили медленно, что нашло отражение в том факте, что с 2006 года показатели жилищной депривации сократились лишь на 4% *(92)*.
- Жилищные условия вносят существенный вклад в формирование неравенств в отношении здоровья и благополучия во всем Европейском регионе ВОЗ. Люди, живущие в недоступном по средствам, некачественном или небезопасном жилье, чаще сообщают о плохом состоянии здоровья и страдают от различных проблем со здоровьем *(93)*.

Загрязнение воздуха и неравенства в отношении здоровья

- Загрязнение воздуха – самый большой единичный экологический риск для здоровья людей – не оказывает существенного влияния на формирование неравенств в отношении здоровья. Загрязнение воздуха является серьезной проблемой для всего Региона, но она не носит дискриминационного характера, так как она затрагивает всех людей, независимо от уровня их доходов, и поэтому не является большим фактором неравенства в отношении здоровья.
- Например, большинство (50–92%) городского населения в европейских странах, в которых осуществляется мониторинг загрязнения воздуха, подвергалось воздействию низкого качества воздуха (согласно определению в руководящих принципах ВОЗ).
- Тем не менее, неравенства в качестве воздуха действительно существуют о чем свидетельствует тот факт, что смертность от загрязнения воздуха в жилых

помещениях в странах с более низким и средним уровнем дохода более чем в 10 раз выше чем в странах с более высоким уровнем дохода *(94)*. В плохо проветриваемых домах дым в помещении может быть в 100 раз выше принятых допустимых уровней для мелких частиц *(95)*.

- Лица, проживающие в бедных социально-экономических районах, чаще страдают от загрязнения воздуха (в помещении и на открытом воздухе), наводнений, проблем санитарии, нехватки воды, шумового загрязнения и интенсивного дорожного движения *(2)*.

ЦУР и условия жизни

ЦУР 11. Обеспечение открытости, безопасности, жизнестойкости и экологической устойчивости городов и населенных пунктов.

Задача 3.6. К 2020 году вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий.

Плохие жилищные условия влияют на здоровье и благополучие людей

- Социально-экономические градиенты в жилищной депривации (рис. 2.15), топливной недостаточности (рис. 2.16) и перенаселенности жилища (рис. 2.17) являются особенно выраженными. Почти во всех странах Европейского региона ВОЗ граждане с самым низким доходом подвергаются более высокому риску проживания в неблагоприятных жилищных условиях, чем граждане с более высоким доходом.

- В 4 из 33 стран наблюдается более чем 20%-ная разница в жилищной депривации между группами населения с самыми низкими и самыми высокими доходами (рис. 2.15).

- В четверти стран (8/32) существует более чем 20%-ная разница в топливной недостаточности между группами населения с самыми низкими и самыми высокими доходами (рис. 2.16).

- В трети стран (12/34) существует более чем 20%-ная разница в соотношении людей, живущих в перенаселенных жилищах, между группами населения с самыми низкими и самыми высокими доходами (рис. 2.17).

Неравенство по такому показателю, как серьезная жилищная депривация, является проблемой во всем Европейском регионе ВОЗ

- Серьезная жилищная депривация является мерой справедливости в отношении здоровья, поскольку граждане с низким доходом чаще страдают от жилищной депривации и неблагоприятных жилищных условий, что оказывает негативное влияние на их физическое и психическое здоровье.

- Во всех 33 странах на рис. 2.15 люди в квинтилях с самым низким или вторым по величине доходом чаще сообщают о серьезной жилищной депривации, чем люди с более высокими уровнями доходов.

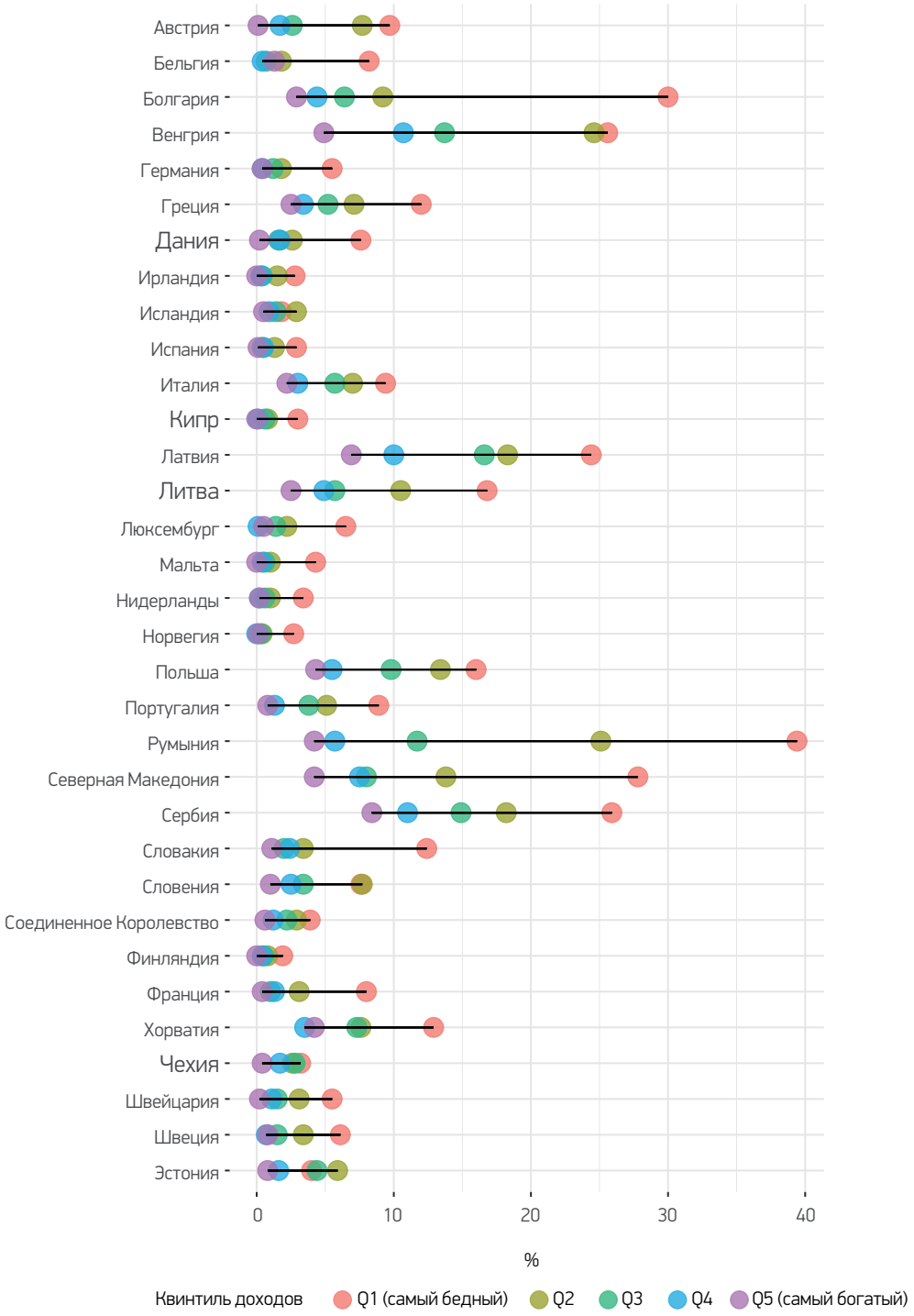
- В этих странах доля домохозяйств в квинтиле с самым низким доходом, сообщающих о серьезной жилищной депривации, на 2–43% выше по сравнению с домохозяйствами в квинтиле с самым высоким доходом.

- Эти значительные неравенства в отношении жилищной депривации, нехватки топлива для обогрева жилища и перенаселенности жилья указывают на то, что государственным органам необходимо принять активные меры для решения этих проблем, если они хотят улучшить условия жизни людей и тем самым уменьшить неравенства в отношении здоровья *(88)*.

Улучшение жилищных условий и доступности жилья

- Проживание в сухом жилище с внутренним туалетом и достаточным освещением снижает риск инфекций, респираторных заболеваний, проблем развития у детей и нарушений психического здоровья среди детей и взрослых *(2, 96)*.
- Еще одним фактором, влияющим на ситуацию с жильем, является рост цен на средний дом в Европейском регионе ВОЗ. В 2017 г. цены на жилье в 30 европейских странах выросли на 4,5% *(97)*.

Рис. 2.15. Процент респондентов, сообщивших о выраженной жилищной депривации, по квинтилям доходов, 2016–2017 гг.



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследований EU-SILC 2016 или 2017 г. (последние доступные данные по соответствующим странам).

Обеспечение достаточного обогрева жилья связано со значительными трудностями для многих домохозяйств с более низкими доходами

- В 30 из 32 стран люди с самыми низкими доходами, как правило, в наибольшей степени не в состоянии обеспечить достаточный обогрев жилья по сравнению с людьми с более высокими доходами (рис. 2.16).
- Сравнение квинтилей домохозяйств с самым низким и с самым высоким доходом показывает, что в четверти стран (8/32) разрыв по такому показателю, как финансовая возможность обеспечить адекватное отопление жилища, превышает 20%.
- Из каждых 100 домашних хозяйств в квинтиле с самым низким доходом количество домохозяйств, сообщающих об отсутствии возможности обеспечить достаточное отопление жилья, превышает соответствующий показатель в квинтиле с самым высоким доходом на 1–44%.

Перенаселенность жилищ – это реальная проблема для людей с более низкими доходами

- Во всех 34 странах на рис. 2.17 люди в квинтилях с самым низким или вторым по величине доходом чаще живут в перенаселенных жилищах, чем люди с более высокими уровнями доходов.
- В этих странах доля домохозяйств в квинтиле с самым низким доходом, живущих в стесненных условиях, на 4–55% выше по сравнению с домохозяйствами в квинтиле с самым высоким доходом.

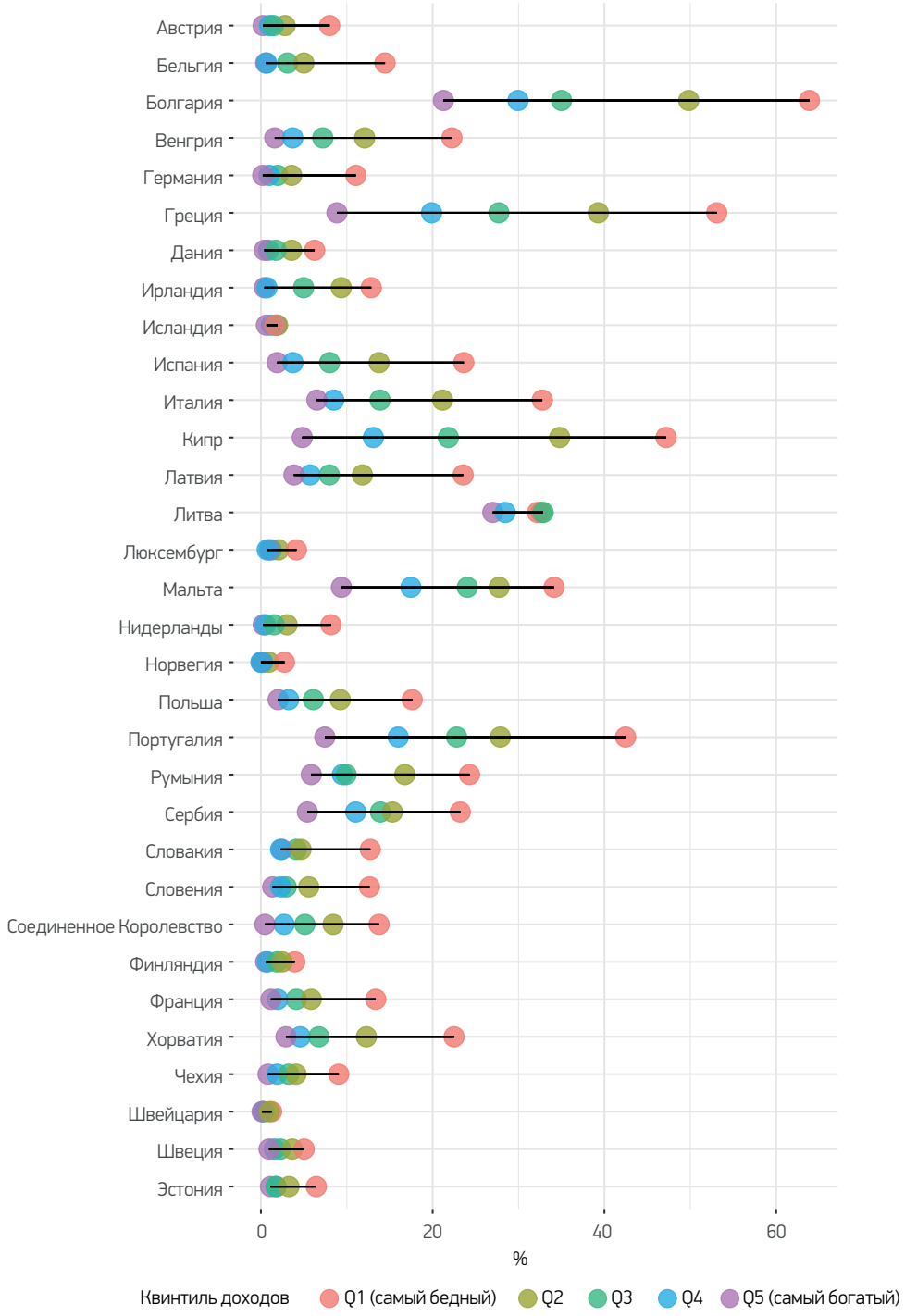
Улучшение жилищных условий и сокращение неравенств

- Улучшение жилищных условий для всех, а также ускорение действий там, где это необходимо больше всего, спасет жизни многих людей, предотвратит болезни, повысит качество жизни, сократит бедность, поможет смягчить последствия изменения климата и будет способствовать достижению ЦУР *(5)*.
- Государства-члены могут уменьшить различия в состоянии здоровья, обусловленные неравенствами в условиях жизни, путем: увеличения доступности качественного, финансово доступного нового жилья во всех районах и ускорения предоставления этого нового жилья в районах, где люди, скорее всего, окажутся в худшем положении; предоставления стимулов для улучшения состояния существующего жилья, особенно старого или социального жилья; увеличения доли социального жилищного фонда; инвестирования в обеспечение и совершенствование коммунальных услуг и в программы восстановления жилья в менее благополучных районах; определения минимального набора стандартов социально-бытовых условий, топливной экономичности и технического обслуживания. Соответствующие меры политики могли бы включать следующие: предоставление субсидий и других стимулов для домовладельцев и арендодателей в целях улучшения топливоэффективных систем отопления, повышения энергоэффективности зданий, обустройства внутренних санитарных узлов и обеспечения надлежащего состояния жилья *(88)*.

Местная среда обитания также является одним из факторов формирования неравенств в отношении здоровья

- В дополнение к социально-экономическому градиенту в качестве жилья, качество местной среды обитания, включая такие аспекты, как безопасность на уровне местного сообщества и наличие зеленых зон, также влияет на формирование неравенств в отношении здоровья и благополучия населения.
- Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что отсутствие зеленых зон и безопасности в месте проживания способствуют формированию неравенств в отношении здоровья, обусловленных условиями жизни.

Рис. 2.16. Процент респондентов, которые не могут обеспечить адекватное отопление своего жилища, в разбивке по квинтилям дохода, 2016 г. (или последний доступный год)



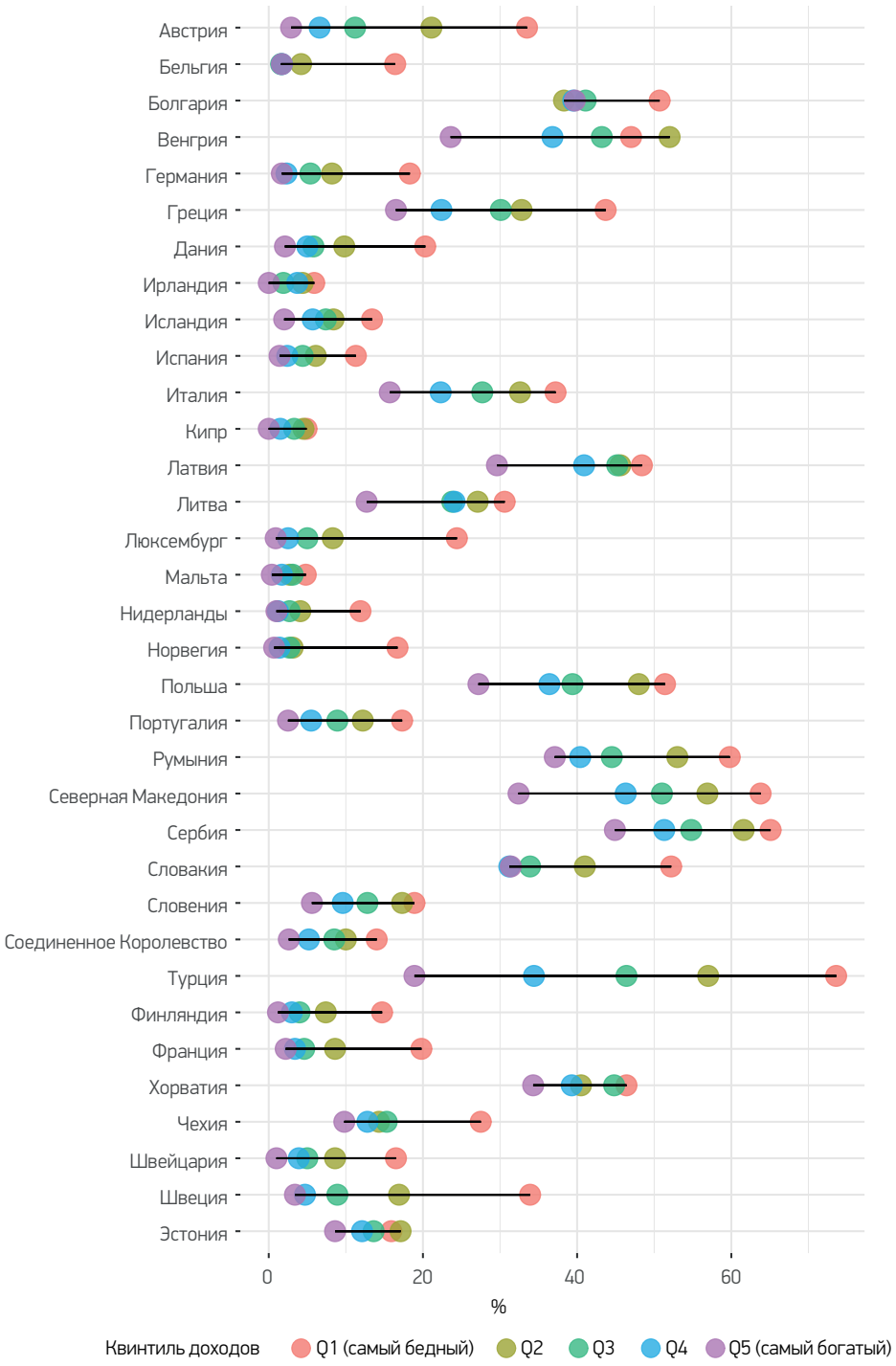
Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследований EU-SILC 2016 или 2017 г. по большинству стран, за исключением Исландии (2015 г.) и Мальты (2014 г.).

Чувство небезопасности в собственном доме чаще испытывают люди с меньшим количеством лет обучения

- В 36 из 42 стран для женщин и в 30 странах для мужчин люди с наименьшим количеством лет обучения чаще чувствуют себя в небезопасности в своих собственных домах по сравнению с теми, кто имеет наибольшее количество лет обучения (рис. 2.18).
- В этих же странах доля женщин с наименьшим количеством лет обучения, не чувствующих себя защищенными от преступности, находясь в собственном доме, превышает соответствующий показатель среди женщин с наибольшим количеством лет обучения вплоть до 23%.

- Между группами мужчин с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения различия по этому показателю достигают до 15%.
- Женщины заявляют, что они чувствуют себя небезопасно чаще, чем мужчины, будь то в одиночестве дома (9% по сравнению с 4%) или вне дома (20% по сравнению с 9%) *(98)*.

Рис. 2.17. Процент респондентов, живущих в условиях перенаселенности, в разбивке по квинтилям дохода (данные за последний доступный год)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе последних доступных данных по каждой стране из обследования EC-SILC; для большинства стран это был 2016 или 2017 г. – за исключением Турции (2015 г.).

Влияние чувства небезопасности на благополучие и психическое здоровье населения

- Подверженность фактическим или предполагаемым преступлениям против личности и имущественным преступлениям и насилию ассоциируются с более высокими показателями нарушений психического здоровья, социальной изоляции и депрессии *(99)*.

- В некоторых случаях это может повлиять на степень участия людей в социальной, экономической и оздоровительной деятельности и на их доступ к соответствующим услугам *(100)*.

- Мероприятия, направленные на повышение жизнестойкости общества, являются более эффективными, когда они подкрепляются окружающей средой, способствующей укреплению и защите здоровья и благополучия населения *(101)*. Создание возможностей для того, чтобы у людей появилось чувство контроля над своей жизнью, способствует формированию благоприятной среды обитания *(88)*.

- Сотрудничество служб здравоохранения с другими секторами наряду с принятием общегосударственного и общесоциального подхода к вопросам охраны здоровья населения имеет решающее значение для создания благоприятных условий жизни и повышения жизнестойкости общества *(102)*.

Неравенства в доступе к зеленым зонам существуют и тенденции к их снижению не наблюдается

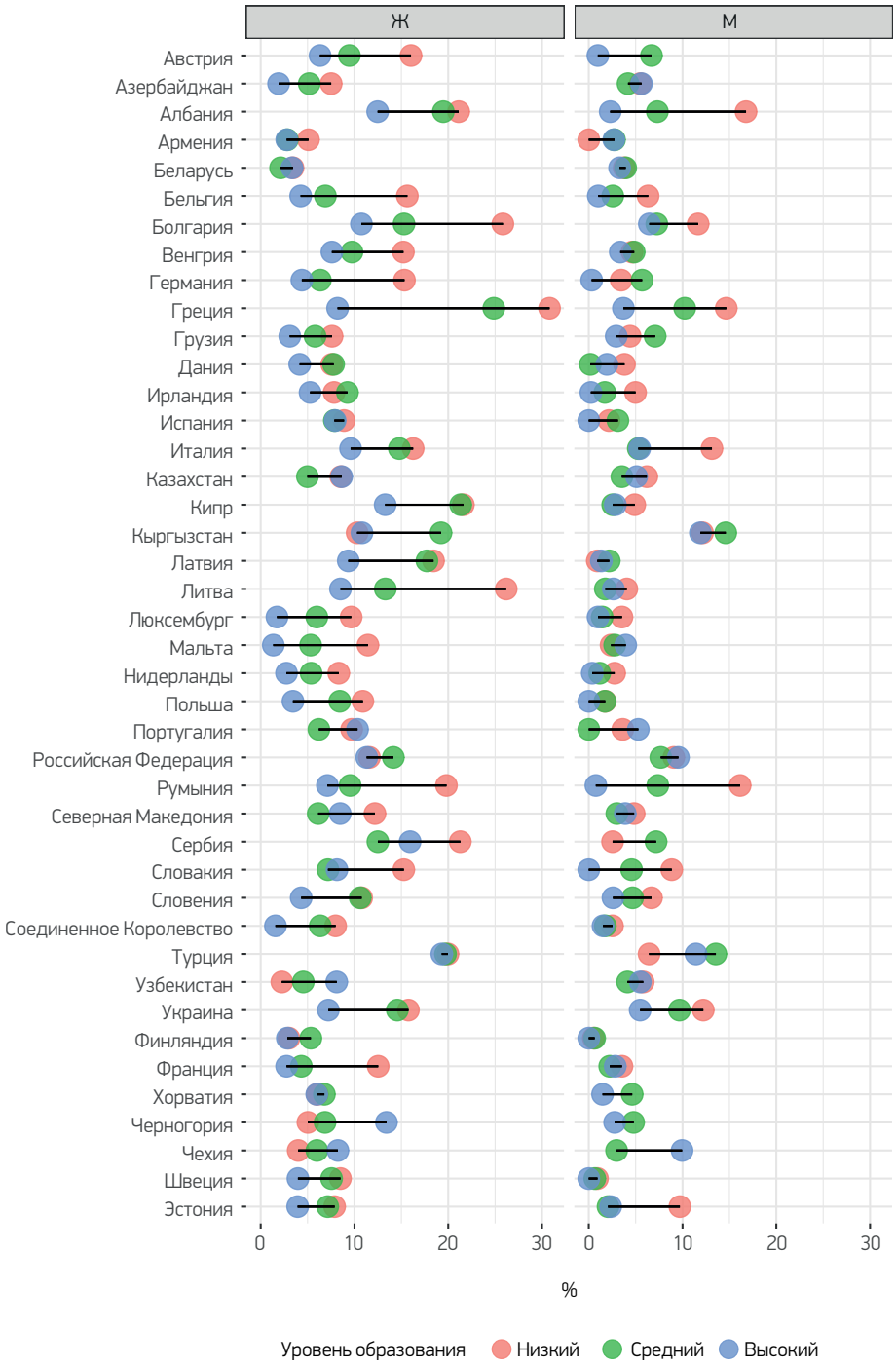
- Анализ различий в доступе к зеленым зонам в разбивке по квинтилям доходов показывает, что люди из квинтиля с самым низким доходом чаще испытывают трудности с доступом к рекреационным или зеленым зонам по сравнению с теми, кто находится в квинтиле с самым высоким доходом примерно в 29 из 34 стран для женщин и 24 из 34 стран для мужчин (рис. 2.19).

- В этих 34 странах из каждых 100 женщин в квинтиле с самым низким доходом число женщин, сообщающих о трудностях с доступом к зеленым зонам, на 12% превышает число таких женщин в квинтиле с самым высоким доходом. Среди мужчин в квинтиле с самым низким доходом число респондентов, сообщающих о трудностях с доступом к зеленым зонам, на 10% превышает число таких мужчин в квинтиле с самым высоким доходом.

- На рис. 2.19 показано, что в период с 2011 по 2016 год неравенства в доступе к зеленым зонам оставались на прежнем уровне. Ни одной стране не удалось уменьшить различия по этому показателю между людьми в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом.

- В небольшом числе стран больший процент людей в квинтиле с самым высоким доходом испытывает трудности с доступом к рекреационным или зеленым зонам по сравнению с квинтилем с самым низким доходом. Объяснением этого факта может быть то, что в этих странах семьи с высоким уровнем дохода обычно проживают в городских районах с большей плотностью населения, а семьи с более низким уровнем дохода чаще проживают в пригороде и имеют более легкий доступ к зеленым зонам.

Рис. 2.18. Процент респондентов, которые не чувствуют себя защищенными от преступлений, находясь в собственном доме, в разбивке по уровню образования, 2016 г. (или последний год, по которому имеются соответствующие данные)



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Из-за малого размера выборки отсутствуют данные о: доле мужчин с низким уровнем образования в Австрии, Хорватии, Чехии и Северной Македонии и о доле мужчин с высоким уровнем образования в Сербии.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследований EQLS 2016 г. по большинству стран, за исключением следующих стран (данные по которым взяты из обследования WVS 2011 г.): Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия (обследование WVS 2014 года), Казахстан, Кыргызстан, Российская Федерация, Узбекистан и Украина.

Рис. 2.19. Процентная разница между людьми в возрасте 65 лет и старше, которые испытывают трудности с доступом к рекреационным или зеленым зонам, в квинтилях с самым низким и с самым высоким доходом, 2016 г. (и динамика изменения этого показателя в период с 2011 г.)



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Отрицательные процентные значения означают, что среди лиц в самом бедном квинтиле доля людей, сообщающих о трудностях доступа к зеленым зонам, меньше, чем среди лиц в самом богатом квинтиле.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных EQLS за период 2011–2016 гг.

Повышение доступности и качества зеленых зон для всех

- Для уменьшения неравенств в отношении здоровья, связанных с зелеными зонами, важно, чтобы все группы населения имели доступ к высококачественным зеленым зонам. Меры, которые могут устранить барьеры для всех видов использования зеленых зон, включают: улучшение доступа к зеленым зонам в районах с более низким социально-экономическим статусом и создание в них новых зеленых зон; расширение доступа к городским зеленым зонам и стимулирование их более широкого использования (для этой цели можно, например, сделать входы в такие зоны более красивыми и привлекательными, а также благоустроить их, вымостив пешеходные дорожки и поставив скамейки для отдыха); обеспечение открытых для всех привлекательных, природных игровых площадок; и повышение уровня безопасности в городских парках *(103)*.

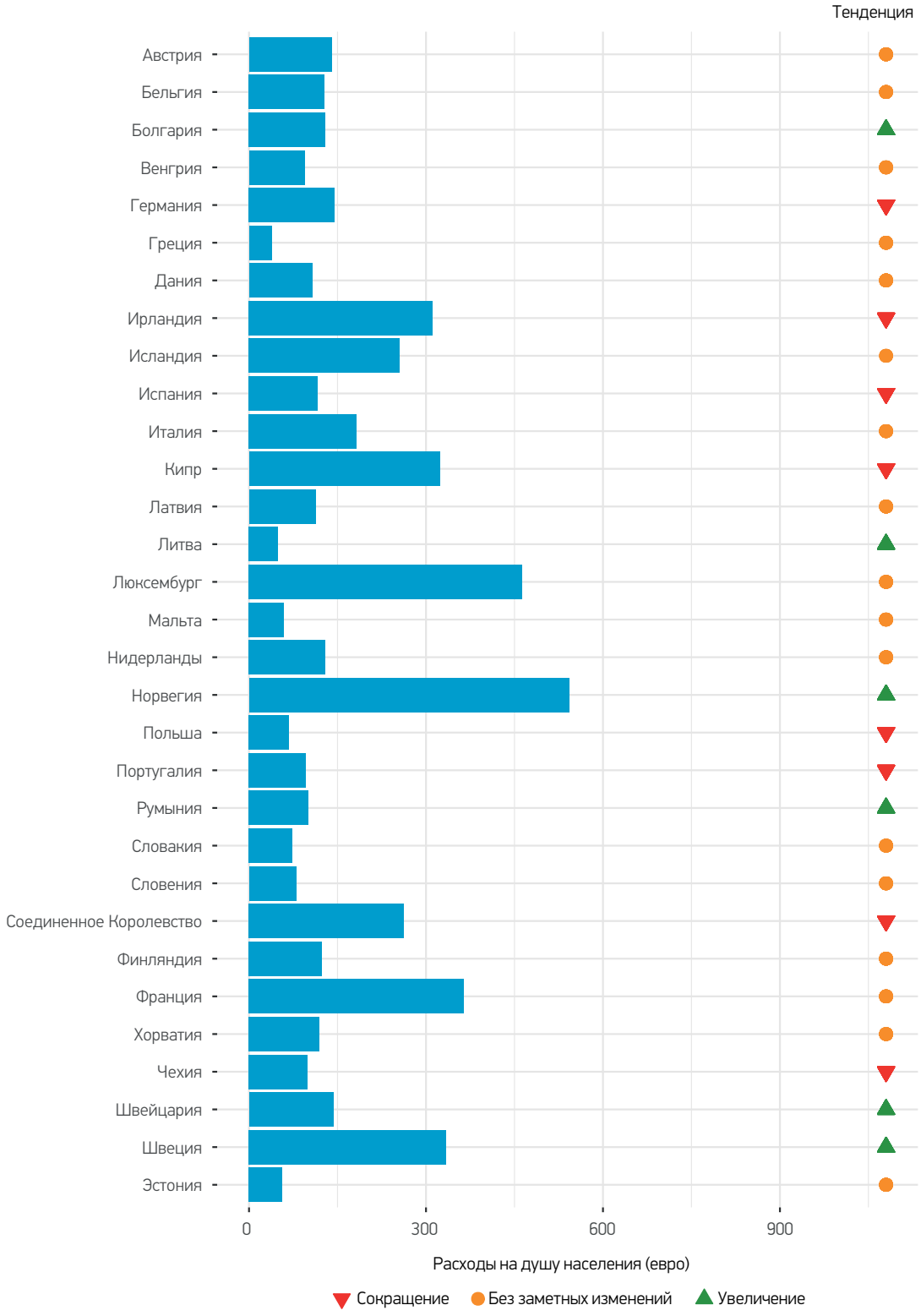
Зеленые зоны и их влияние на здоровье и благополучие населения

- У людей, живущих в городских районах с хорошей инфраструктурой для пешеходов, наблюдается более высокий уровень физической активности и социального капитала. Кроме того, они обычно лучше знают своих соседей, являются более социально активными и больше доверяют другим людям *(104)*.
- Меры по расширению и благоустройству зеленых зон в городах также являются эффективным подходом к решению проблемы неравенств по показателям избыточного веса и ожирения *(105)*.
- Большое бремя болезней, вызванных ожирением, требует более широкого внимания к механизмам регулирования, системам продовольственного обеспечения и степени, в которой они формируются под влиянием коммерческих детерминант здоровья *(13)*.

Во многих странах уровень расходов на обеспечение населения жильем и коммунальными услугами остается неизменным

- Отсутствие улучшения или существенных изменений в показателях доступа к зеленым зонам (см. рис. 2.19) может быть частично объяснено тенденцией в расходовании средств на жилищные и общинные инициативы.
- На рис. 2.20 показано, что в период с 2006 по 2017 год в 81% стран (25/31) расходы на обеспечение населения жильем и коммунальными услугами либо остались на прежнем уровне, либо сократились.
- Расходы на жилье и коммунальные услуги в Европейском регионе ВОЗ (включая уличное освещение, обеспечение безопасности, зеленые зоны и общественные объекты) варьировались в 2017 г. от 39 до 543 евро на душу населения.

Рис. 2.20. Государственные расходы на душу населения на жилье и коммунальные услуги, 2017 г. (и тенденции изменения этого показателя в период с 2006 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата за период 2006–2017 гг.

ЦУР и санитария

ЦУР 6. Обеспечение наличия и рационального использования водных ресурсов и санитарии для всех.

Неравенства в доступе к основным услугам в области санитарии

- На рис. 2.21 показано, что среди 11 стран с переходной экономикой, по которым имеются дезагрегированные по благосостоянию данные, почти в каждой стране наблюдается социальный градиент показателей доступа к основным услугам в области санитарии.
- В 9 из этих 11 стран люди из самого бедного квинтиля имеют наименьший доступ к таким услугам.
- В этих же 11 странах (см. рис. 2.21) доля домашних хозяйств в самом бедном квинтиле, не имеющих доступа к основным услугам в области санитарии, на 14% больше, чем соответствующий показатель в самом богатом квинтиле домохозяйств.
- Единственной целью в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия, которая не была достигнута в Регионе, является цель в области санитарии (ЦУР 6).
- Адекватные санитарно-технические системы должны обеспечивать бесперебойную работу туалетов и канализации или иной системы безопасного удаления человеческих фекалий.

В некоторых странах Европейского региона ВОЗ сохраняются неравенства в обеспечении населения основными услугами питьевого водоснабжения

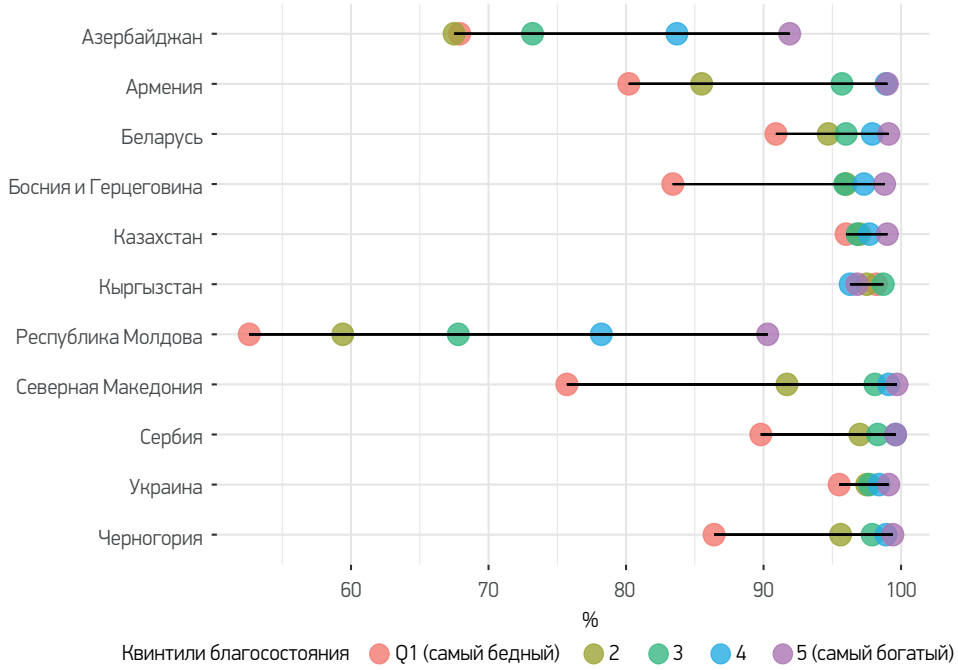
- На рис. 2.22 показаны неравенства в доступе к основным услугам питьевого водоснабжения в тех же 11 странах с переходной экономикой.
- В семи из этих 11 стран такие неравенства незначительны, но в четырех странах наблюдаются существенные неравенства.
- Во всех 11 странах люди в беднейшем квинтиле имеют наименьший доступ к основным услугам питьевого водоснабжения.
- В этих странах доля домохозяйств в самом бедном квинтиле, которые не имеют доступа к основным услугам питьевого водоснабжения, в среднем на 9% выше чем в домохозяйствах в самом богатом квинтиле.
- Неравенства в доступе к питьевой воде часто являются особенно серьезной проблемой для сельских домохозяйств с низкими доходами.

Цели устойчивого развития (ЦУР)

Задача 3.9. К 2030 году существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почвы.

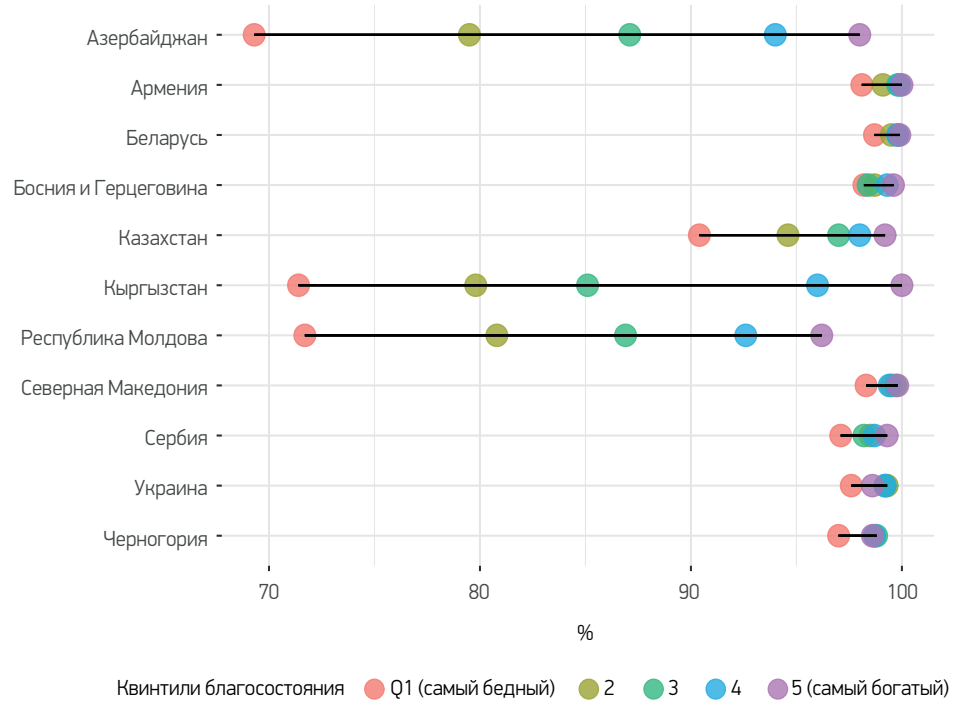
ЦУР 6. Обеспечение наличия и рационального использования водных ресурсов и санитарии для всех.

Рис. 2.21. Доля населения, имеющего доступ хотя бы к основным услугам санитарии, в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных за 2006–2014 гг., полученных от Совместной программы ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу (СПМ) в области водоснабжения, санитарии и гигиены.

Рис. 2.22. Доля населения, имеющего доступ хотя бы к основным услугам питьевого водоснабжения, в разбивке по квинтилям дохода, данные за разные годы



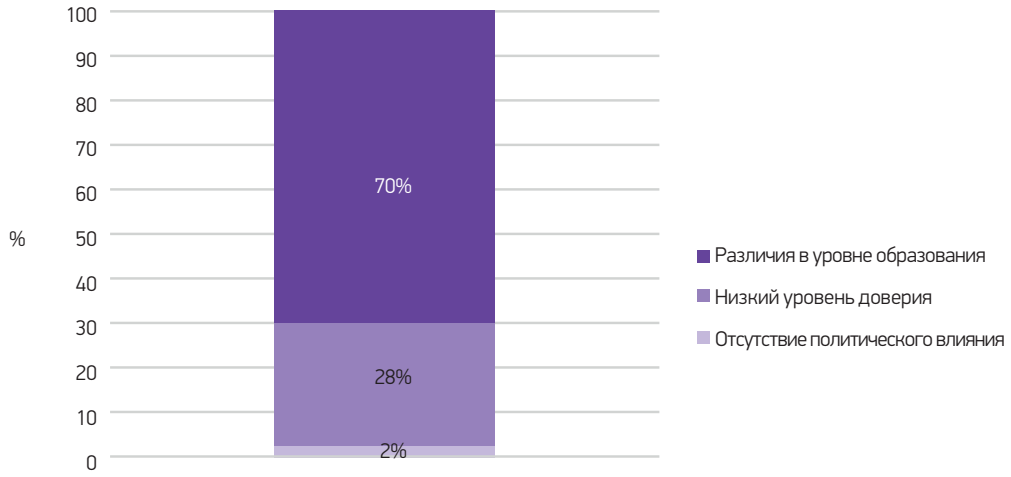
Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных за 2006–2014 гг., полученных от Совместной программы ВОЗ/ЮНИСЕФ по мониторингу в области водоснабжения, санитарии и гигиены.

2.5 Основные условия и меры политики: *социальный и человеческий капитал*

Различия в социальном и человеческом капитале – это одна из причин неравенства в отношении здоровья

- На рис. 2.2 показано, что от 7% до 19% неравенств в самооценке физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью связаны с социальным и человеческим капиталом.
- На рис. 2.23 представлен вклад отдельных показателей в 19%-ный разрыв в самооценке здоровья, объясняемый различиями в социальном и человеческом капитале.
- Более двух третей разрыва в неравенстве по показателям самооценки здоровья, связанным с социальным и человеческим капиталом, объясняется различиями в уровне образования. Это утверждение подтверждается выводами, содержащимися в разделе 1, где показано, что неравенства, связанные с количеством лет обучения, коррелируют с рядом показателей.

Рис. 2.23. Факторы, способствующие формированию неравенств, связанных с социальным и человеческим капиталом (на основе самооценки здоровья)



Примечание. Из-за требований к данным для декомпозиционного анализа некоторые факторы, влияющие на справедливость в отношении здоровья, не учитываются (см. Приложение 2). В рамках обследований EQLS и ESS вопрос, касающийся уровня доверия, сформулирован следующим образом: «Считаете ли Вы, что большинству людей можно доверять или что в отношениях с людьми необходимо соблюдать чрезвычайную осторожность? Ответ следует давать по шкале от 1 до 10, где 1 означает, что в отношениях с людьми необходимо соблюдать чрезвычайную осторожность, а 10 означает, что большинству людей можно доверять." В исследовании WVS этот вопрос сформулирован следующим образом: « ...или что в отношениях с людьми нужно соблюдать большую осторожность?"

Источник: декомпозиционный анализ с использованием данных EQLS (см. Приложение 2).

Основные результаты анализа

- Неравенства в социальном и человеческом капитале отражают неравенства в отношении расширения прав и возможностей и контроля над своей жизнью и здоровьем. До 98% разрыва в неравенствах в самооценке здоровья, связанных с плохим социальным и человеческим капиталом, объясняются различиями в уровне доверия к другим людям.
- Неравенства в отношении таких показателей, как чувство безопасности, чувство принадлежности к обществу и чувство контроля над жизнью, наблюдаются во всех частях Европейского региона ВОЗ. Они также являются одними из крупнейших факторов, объясняющих различия в показателях психического и физического здоровья и благополучия людей. Неравенства в социальном и человеческом капитале являются отражением неравенств в отношении чувства контроля над своей жизнью и своим здоровьем.
- Создание социального и человеческого капитала посредством активных мер по повышению уровня образования, социальной сплоченности и доверия позволяет отдельным лицам и местным сообществам усилить контроль над своей жизнью и здоровьем.
- Может показаться, что содействие формированию у людей чувства свободы выбора и контроля над жизнью – это очень трудная задача для служб здравоохранения.
- В этой связи следует помнить, что многосекторальные меры политики и мероприятия являются наиболее эффективным средством достижения этой цели.

Неравенства в социальном и человеческом капитале являются отражением неравенств в отношении чувства контроля над своей жизнью и своим здоровьем

- Неравенства в плане доступа граждан к экономическим и энергетическим ресурсам влияют на справедливость в отношении здоровья через различия, которые они порождают в области медицинской и социальной грамотности *(13)*.
- Гендерное равенство является необходимым условием равенства и одной из составляющих социального и человеческого капитала. Существуют фундаментальные различия в уровнях активов и жизненной устойчивости, которыми обладают женщины и мужчины *(2)*. В Стратегии в поддержку здоровья и благополучия женщин государствам-членам рекомендуется применять многосекторальный подход для устранения дискриминационных ценностей, норм и практик, которые оказывают негативное влияние на здоровье и благополучие девочек и женщин, и для улучшения ситуации в области воздействия гендерных и социальных, экономических, культурных и экологических детерминант на здоровье и благополучие женщин *(14)*.
- Гендерное насилие в отношении женщин является одним из наиболее распространенных нарушений прав человека в Европейском регионе ВОЗ. По оценкам, каждая четвертая женщина в Регионе в какой-то момент своей жизни испытает гендерно-обусловленное насилие (по крайней мере, один раз). Гендерно-обусловленное насилие – это серьезная проблема и для общества, и для отдельных лиц, так как оно оказывает существенное негативное воздействие на общественное здоровье, а также препятствует активному участию женщин в общественной жизни. Расширение прав и возможностей женщин способствует повышению социального и человеческого капитала и оказывает положительное влияние на экономический рост и развитие каждой страны *(14)*.

Инвестирование в человеческий капитал, начиная с первых лет жизни, способствует достижению и поддержанию высокого уровня здоровья и благополучия в долгосрочной перспективе

- Условия жизни в детском возрасте во многом определяют будущие жизненные шансы и состояние здоровья каждого человека. Чем хуже условия, в которых растут дети, тем хуже будут показатели здоровья и благополучия в дальнейшей жизни *(2)*.
- Политические меры по преодолению неравенства в образовании, которое передается из поколения в

поколение, могут также способствовать устранению или снижению различий в уровне благополучия. К числу таких мер относятся целевые инвестиции в дошкольное образование и улучшение системы поддержки детей из более неблагополучных семей *(106)*.

ЦУР и борьба с насилием в отношении женщин и девочек

Задача 5.2. Ликвидировать все формы насилия в отношении всех женщин и девочек в публичной и частной сферах, включая торговлю людьми и сексуальную и иные формы эксплуатации.

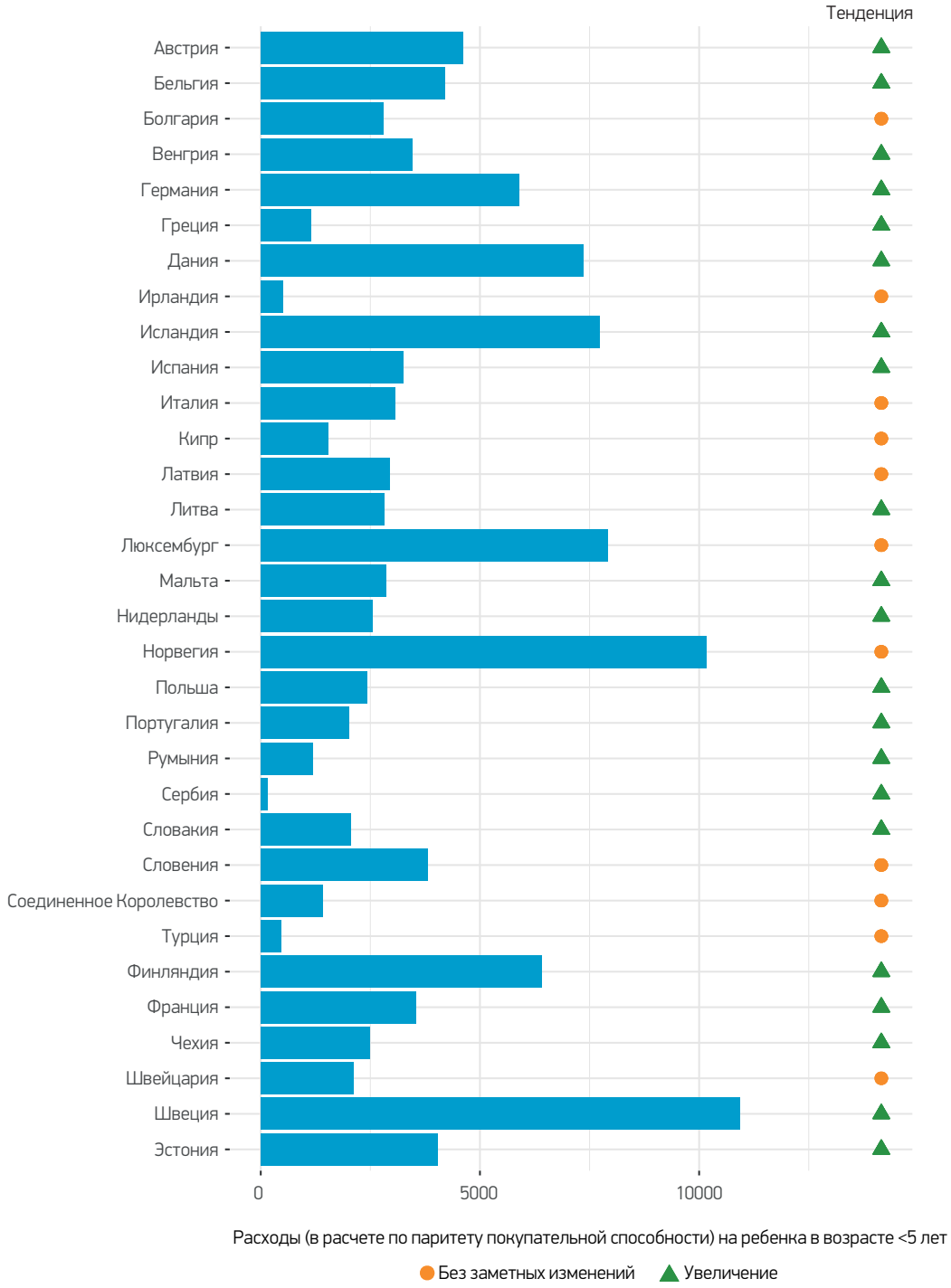
Ситуация в отношении инвестирования в эту сферу деятельности начинает улучшаться

- Государственные расходы на дошкольное образование, выраженные в стандартных единицах покупательной способности (PPS), выросли в двух третях стран (по которым имелись данные) в период с 2012 по 2015 год (21 из 32 стран; см. рис. 2.24).
- Единица покупательной способности (PPS) представляет собой искусственную валютную единицу, которая устраняет эффект различий в уровне цен между странами, создаваемых колебаниями валютных курсов относительно евро. Таким образом на одну PPS теоретически можно купить одинаковое количество товаров и услуг в любой стране.

Дошкольное образование как эффективное средство сокращения неравенств

- Подобно ситуации с государственными расходами на общественное здравоохранение (см. рис. 1.20 в разделе 1.3), совокупные цифры маскируют решения о том, как именно осуществляется финансирование. Даже в странах, где государственные расходы на здравоохранение растут, существует географическое неравенство.
- Например, существуют субнациональные региональные географические неравенства в доходах, причем более богатые субнациональные регионы получают большее количество средств на образование детей в раннем возрасте *(107)*.
- Равный доступ к качественному образованию с самого раннего возраста позволяет существенно сократить различия между людьми в отношении возможностей и рисков, что оказывает как прямое, так и косвенное воздействие на их здоровье.
- В ряде стран Восточной Европы и Центральной Азии отсутствует система дневного ухода за детьми и существуют большие различия в плане посещаемости детьми программ дошкольного образования, причем дети родителей, живущих с самыми низкими доходами, реже принимают в них участие по сравнению с детьми родителей с самыми высокими доходами *(2, 107)*.

Рис. 2.24. Государственные расходы на дошкольное образование в расчете на одного ребенка в возрасте до 5 лет, 2015 г. (и тенденции в период с 2012 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата за период 2012–2015 гг.

ЦУР и дошкольное обучение

Задача 4.2. К 2030 году обеспечить всем девочкам и мальчикам доступ к качественным системам развития, ухода и дошкольного обучения детей младшего возраста, с тем чтобы они были готовы к получению начального образования.

Образовательный градиент показателей здоровья и межпоколенческая преемственность

- Различия в уровне образования родителей влияют на различия в уровне образования и благополучия детей.
- В Европейском регионе ВОЗ у детей родителей с наименьшим количеством лет обучения меньше шансов выполнить минимальные требования владения математикой и чтением в возрасте 15 лет по сравнению с детьми родителей с наибольшим количеством лет обучения (рис. 2.25).

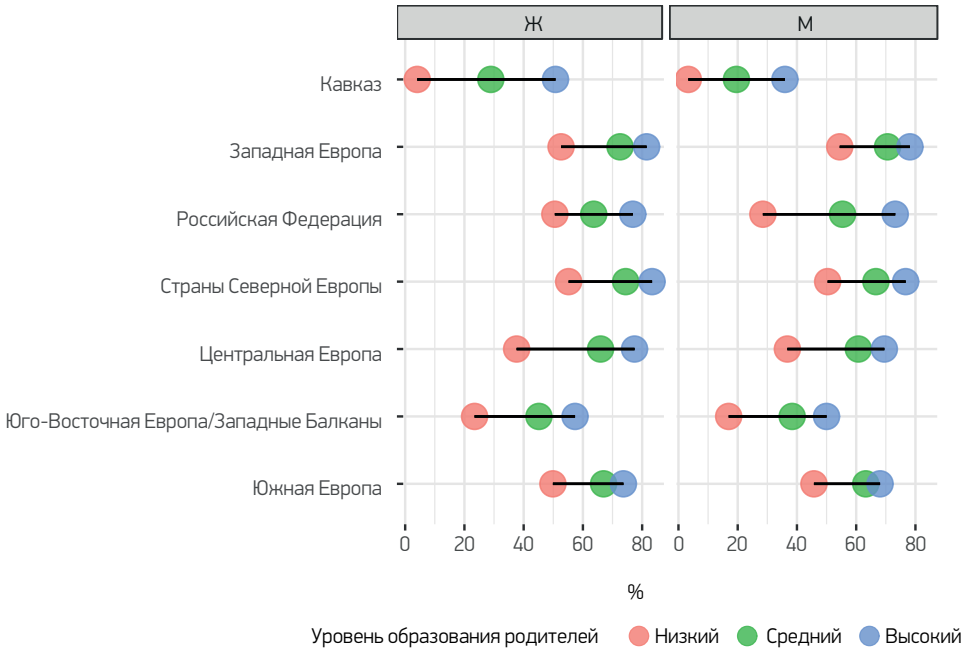
В каждом кластере стран наблюдается четкий социальный градиент образовательного уровня девочек и мальчиков

- В каждом кластере стран на рис. 2.25, в семьях, где родители имеют неполное среднее образование, доля детей, соответствующих минимальным уровням владения навыками чтения, письма и счета в возрасте 15 лет, по крайней мере на 20% меньше чем доля детей из семей, где родители получили высшее образование.
- Между девочками и мальчиками существуют гендерные различия в этих пробелах в математических навыках и навыках чтения. Девочки, у которых родители имеют высшее и полное среднее образование, превосходят мальчиков, у которых родители имеют такой же уровень образования. Однако разрыв в математических навыках и навыках чтения детей, у которых родители имеют высокий и низкий уровень образования (соответственно высшее и неполное среднее образование), является более выраженным у девочек, чем у мальчиков во всех группах стран, за исключением Российской Федерации *(108)*.

Относительное отставание в сфере образования сохраняется на протяжении поколений; уровень образования родителей играет значительную роль

- 63% детей, чьи родители имеют высокий уровень образования (высшее образование), достигают того же уровня образования, что и их родители. Напротив, только 41% детей, имеющих родителей с начальным образованием, получают высшее образование.
- В семьях, где родители имеют высокий уровень образования, только 7% детей получают только начальное образование. Напротив, в семьях, где родители имеют неполное среднее образование, эта доля возрастает до 42% *(109)*.
- Школы с низкой успеваемостью, как правило, имеют классы с большим количеством учеников и менее опытных учителей. Кроме того, они чаще, чем более успешные школы, испытывают такие проблемы, как нехватка и/или более низкое качество учебных материалов и физической инфраструктуры *(109)*. При согласованной разработке политики Министерства здравоохранения и образования будут совместно работать над улучшением результатов для всех детей за счет ускоренного осуществления мер по улучшению положения в тех территориях, где, вероятнее всего, будут жить дети, наиболее нуждающиеся в помощи.

Рис. 2.25. Процентная доля 15-летних детей, прошедших тест на знание математики и умение читать, в разбивке по годам обучения родителей и по кластерам стран, 2015 г.



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных индекса ESCS за 2015 г. (PISA).

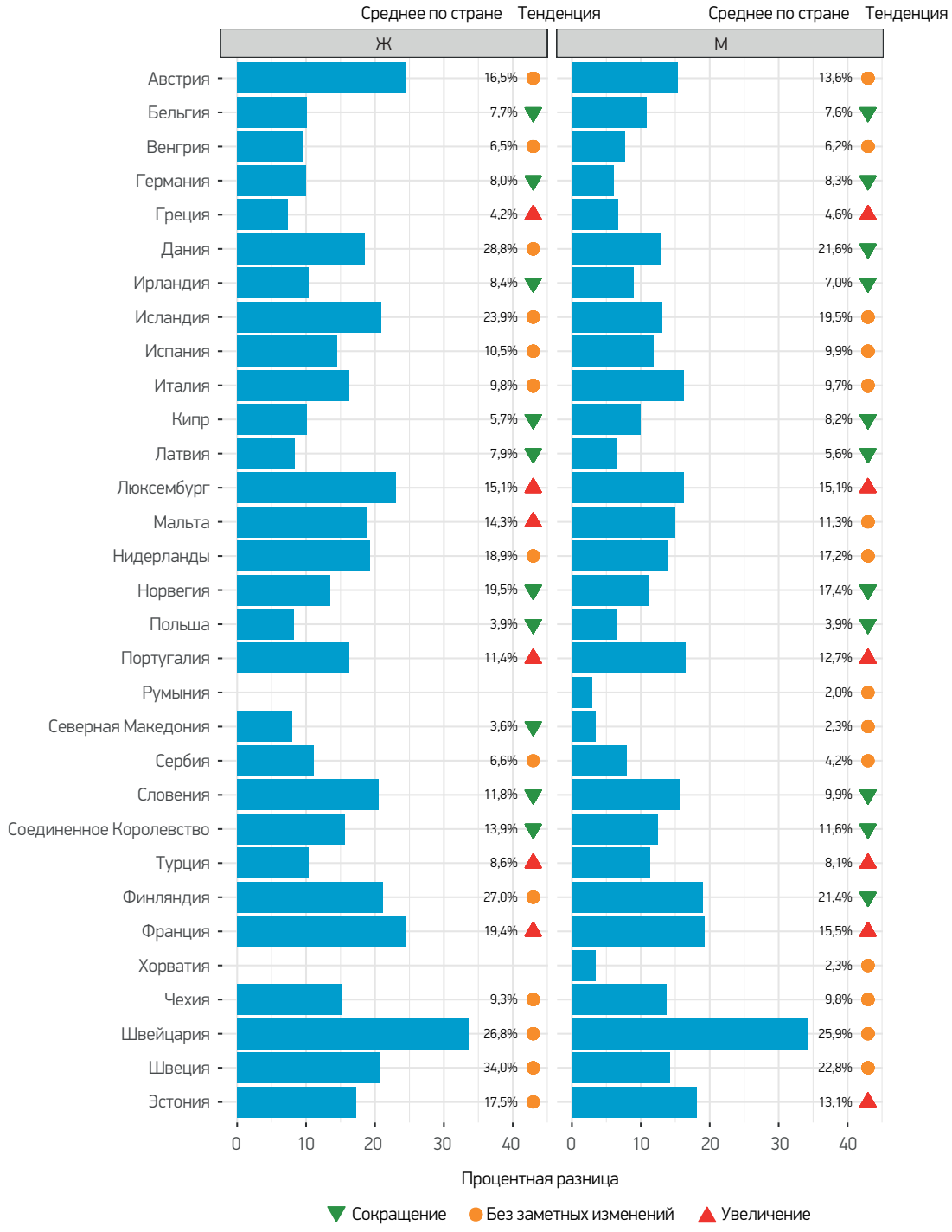
Образование оказывает долгосрочное воздействие на здоровье и благополучие людей

- Улучшение навыков чтения и счета и показателей успеваемости всех учащихся повысит их способность принимать активное участие в общественной жизни, логически рассуждать, общаться с людьми, принимать взвешенные решения и получать доступ к ресурсам, необходимым для сохранения и укрепления здоровья.
- Все перечисленные умения несомненно повлияют на будущие возможности трудоустройства, а также на показатели, относящиеся как к защищенности доходов и социальной интеграции, так и к социальному и человеческому капиталу.

Существуют большие различия в участии взрослых в программах формального и неформального образования и профессиональной подготовки

- Различия в сфере обучения на протяжении всей жизни еще более усугубляют различия в уровне образования, что, в свою очередь, способствует формированию и сохранению неравенств в отношении здоровья.
- Люди, которые уже имеют наибольшее количество лет формального обучения, также с наибольшей вероятностью будут и далее участвовать в программах непрерывного обучения (рис. 2.26).
- В период с 2004 по 2017 год разрыв в участии взрослых в программах формального и неформального обучения образования и профессиональной подготовки сократился для женщин в 10 странах и для мужчин в 11 странах.
- В 19 из 29 стран для женщин и в 20 из 31 страны для мужчин разрыв в показателях участия взрослых в программах формального и неформального образования и профессиональной подготовки остался прежним или увеличился за период с 2004 по 2017 год.
- В 29 странах, по которым имеются данные о женщинах (см. рис. 2.26), доля женщин с наименьшим количеством лет формального обучения, которые участвуют в программах неформального образования и профессиональной подготовки, на 7–34% ниже чем среди женщин с наибольшим количеством лет формального обучения.
- У мужчин в этих же двух категориях разрыв в этом показателе варьируется от трех до 34 процентов.

Рис. 2.26. Разница в доле (%) взрослых с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения, которые участвуют в программах неформального образования и профессиональной подготовки, 2017 г. (и тенденции)



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. По большинству стран имеются данные о тенденциях с 2004 года, со следующими исключениями: Северная Македония (2006), Сербия (2010) и Турция (2006). Данные отсутствуют для женщин в Хорватии и Румынии.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата за период 2004–2017 гг.

Корреляционные зависимости между непрерывным обучением, благополучием, психическим здоровьем и неравенствами

- Создание возможностей для образования и обучения на протяжении всей жизни для всех и активизация усилий по вовлечению людей, которые не получают должного внимания, вносят непосредственный вклад в улучшение социальной и экономической интеграции и психического благополучия населения *(110)*.

- Меры по совершенствованию программ формального и неформального образования и профессиональной подготовки, ориентированных на взрослых, могут разорвать связь между ограниченным образованием в более раннем возрасте и более низкими показателями здоровья *(111)*.

- Обучение в течение всей жизни способствует формированию профессиональных навыков и уравновешивает жизненные шансы, благодаря чему у людей с меньшим количеством лет обучения появляется такая же возможность получить качественную, значимую и удовлетворительную работу, как и у людей с более высоким уровнем предшествующего обучения.

В Европейском регионе ВОЗ существует социальный градиент в отношении уровня жизненных выборов и контроля над жизнью

- В большинстве стран, по которым имелись данные (29 из 38 для женщин и 31 из 38 для мужчин), люди с наименьшим количеством лет образования чаще всего сообщают об ограниченности свободы выбора и отсутствии контроля над жизнью (рис. 2.27).

- В 17 из 38 стран более 40 процентов женщин с наименьшим количеством лет обучения сообщают об ограниченности свободы выбора и отсутствии контроля над своей жизнью. В четырех странах более 40% женщин с наибольшим количеством лет обучения также сообщают об ограниченности свободы выбора и отсутствии контроля над своей жизнью.

- В 12 из 38 стран более 40% мужчин с наименьшим количеством лет обучения сообщают об ограниченности свободы выбора и отсутствии контроля над своей жизнью. В двух странах более 40% мужчин с наибольшим количеством лет обучения также сообщают об ограниченности свободы выбора и отсутствии контроля над своей жизнью.

- В 38 странах на рис. 2.27 разрыв в доле женщин с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения, сообщающих об отсутствии контроля над жизнью, в среднем составляет 12% с худшими показателями в первой группе.

- Среди мужчин с такими же уровнями образования этот разрыв в среднем составляет 11%.

Может показаться, что содействие формированию у людей чувства свободы выбора и контроля над жизнью – это очень трудная задача для служб здравоохранения

- Меры политики и вмешательства, проводимые на многосекторальной основе – это наиболее эффективный способ повышения социального и человеческого капитала. Например, совместная работа с другими организациями будет способствовать развитию и повышению жизнеустойчивости местного сообщества, а также формированию у всех людей чувства, что они имеют равный доступ к высококачественным и всеобъемлющим услугам,

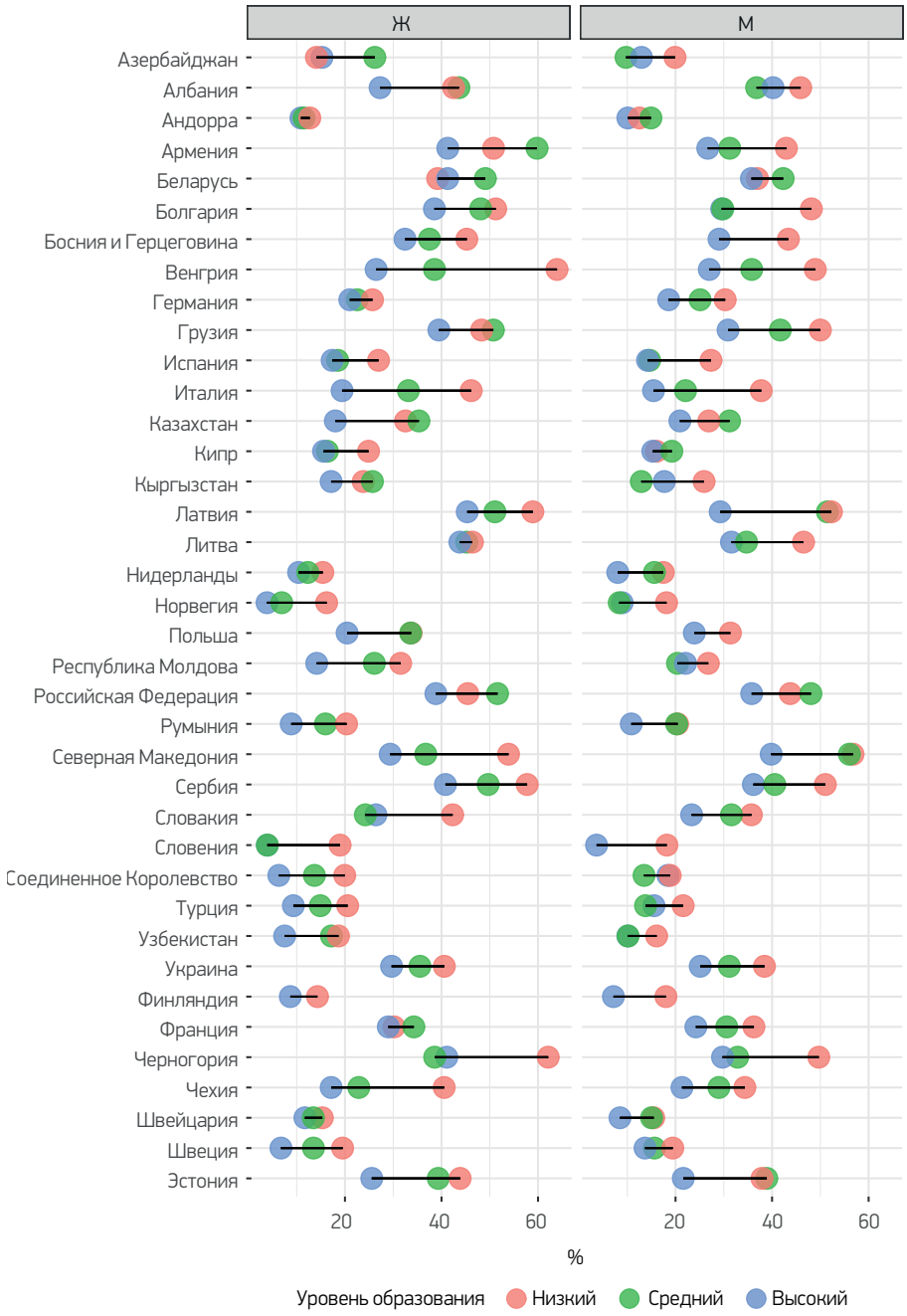
- Мероприятия, улучшающие социальный капитал, например, в таких областях, как гражданское участие, снижение преступности и создание социальных связей, оказывают положительное влияние на здоровье и благополучие людей *(112, 113)*.

- Чтобы эти вмешательства положительно влияли на здоровье и благополучие населения, важно, чтобы все службы здравоохранения сотрудничали для определения наиболее эффективных подходов, а также для мониторинга воздействия принимаемых мер на здоровье и благополучие населения.

- Системы общественного здравоохранения и руководящие органы могут способствовать дальнейшему расширению прав и возможностей населения в интересах обеспечения справедливости в отношении здоровья в трех ключевых областях: учет знаний и опыта отдельных граждан и местных сообществ; максимальное использование потенциала для расширения прав и возможностей таких

общественных платформ, как молодежные группы или собрания граждан; и безусловный отказ от практики описания неблагоприятных условий, которая может иметь стигматизирующий характер *(13)*.

Рис. 2.27. Процент респондентов, сообщивших об отсутствии свободы выбора и контроля над жизнью, в разбивке по количеству лет обучения (данные за разные годы)



Примечания. Ж = женщины. М = мужчины. Из-за малого объема выборки данные о среднем уровне образования отсутствуют для женщин в Финляндии и для мужчин в Польше, Словении и Финляндии.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных WVS за период 1998–2014 гг. Андорра, 2005; Албания, 2002; Армения, 2011; Азербайджан, 2011; Беларусь, 2011; Босния и Герцеговина, 2001; Болгария, 2005; Кипр, 2011; Чехия, 1998; Грузия, 2014; Германия, 2013; Венгрия, 2009; Испания, 2011; Италия, 2005; Казахстан, 2011; Кыргызстан, 2011; Латвия, 1996; Литва, 1997; Нидерланды, 2012; Северная Македония, 2001; Норвегия, 2007; Польша, 2012; Республика Молдова, 2006; Румыния, 2012; Российская Федерация, 2011; Сербия, 2001; Словакия, 1998; Словения, 2011; Соединенное Королевство, 2005; Турция, 2011; Узбекистан, 2011 Украина, 2011; Финляндия, 2005; Франция, 2006; Черногория, 2001; Швейцария, 2007; Швеция, 2011; Эстония, 2011.

Низкий уровень доверия – это одна из детерминант неравенств в отношении здоровья, связанных с социальным и человеческим капиталом

- Различия в уровнях доверия к другим людям также вносят значительный вклад в различия в самооценке здоровья в социальном и человеческом капитале. На низкий уровень доверия к другим людям приходится 28% неравенств в отношении здоровья, связанных с таким фактором, как социальный и человеческий капитал (рис. 2.23).

- Доверие является одним из наиболее широко используемых показателей социального капитала и мощным индикатором благополучия как на индивидуальном, так и на общественном уровнях, а также одним из важнейших условий для коллективных действий и сотрудничества *(114, 22)*.

- Более высокие уровни доверия чаще наблюдаются в обществах с более высоким уровнем физического и психического здоровья всего населения и с более равномерным распределением доходов *(115)*.

Влияние уровня доверия на показатели здоровья и благополучия населения

- Значимое участие в жизни общества, доверие к другим людям и способность влиять на принимаемые стратегические решения способствуют повышению индивидуальной и социальной устойчивости и снижению распространенности нарушений физического и психического здоровья.

- Это утверждение подтверждают результаты исследования девяти стран Содружества Независимых Государств, в котором было установлено, что политика содействия развитию социального капитала способствует улучшению здоровья и благополучия, укреплению местных сообществ и снижению уровней коррупции и социальной изоляции *(22)*.

Повышение чувства доверия и сокращение неравенств

- Многие факторы влияют на чувство контроля над жизнью, включая основные условия в каждой из четырех других анализируемых областей политики и другие основные причины неравенства в отношении здоровья.

- Когда услуги здравоохранения и другие ключевые детерминанты здоровья, такие как образование, не удовлетворяют потребности маргинализированных людей или групп, политические и правовые системы могут быть привлечены к ответственности. Политические группы, субъекты гражданского общества и органы общественного здравоохранения должны играть важную роль в обеспечении контроля за выполнением обязательств, а также в обеспечении того, чтобы собранные доказательства о том, какие подходы и меры срабатывают (а какие нет), использовались для необходимого изменения законодательства и мер политики *(64)*.

- Расширение участия и развитие партнерских отношений на местном, субнациональном и национальном уровнях имеет основополагающее значение для обеспечения того, чтобы граждане могли привлекать политиков и руководителей высшего звена к ответственности за их действия, что способствует повышению чувства свободного выбора и контроля над своей жизнью *(2)*. Взаимодействие с общественностью помогает создавать и поддерживать более гибкие меры политики и услуги, повышать подотчетность и прозрачность, а также укреплять чувство доверия друг к другу и укреплять у людей чувство контроля над жизнью *(116)*.

- Улучшение подотчетности с помощью политических, социальных и судебных систем может помочь уменьшить неравенства в таких показателях, как чувство контроля и доверия *(113)*.

- Социальное участие в контексте данного документа означает непосредственное участие граждан в принятии решений, оказывающих влияние на их здоровье, например, в процессах определения актуальных проблем и принятия решений, касающихся здоровья населения и оказания услуг здравоохранения, в том числе решений относительно осуществления, мониторинга и оценки соответствующих мер политики *(117)*.

Прозрачность в сфере занятости и закупок

- Повышение прозрачности, надзора и подотчетности в сфере государственных закупок является одним из способов предотвращения утечки государственных средств вследствие коррупции и, при наличии соответствующих мер политики, может способствовать снижению неравенств в отношении здоровья.
- Службы здравоохранения потребляют большое количество услуг и товаров, обеспечивая тем самым значительный объем бизнеса для местных фирм и предприятий. В ЕС на государственные закупки приходится 14% ВВП и 29% государственных расходов *(118)*.
- Передача небольшого процента бюджетов закупок местным поставщикам может оказать существенное позитивное влияние на местные сообщества *(119)*.

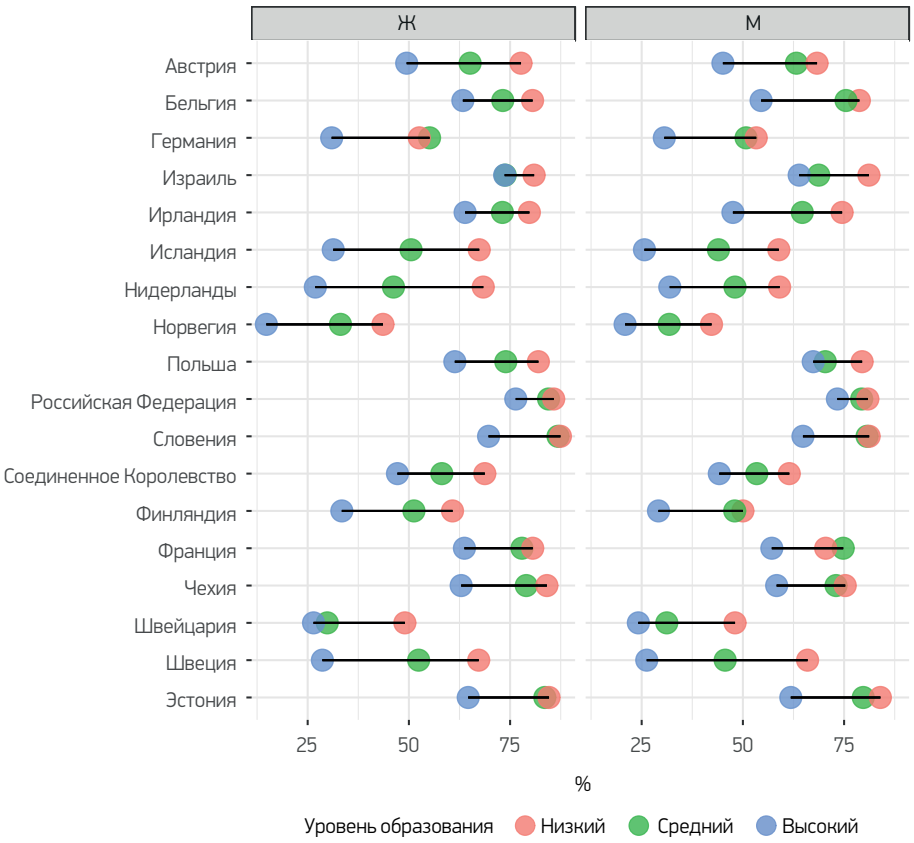
Чувство возможности повлиять на политическую жизнь оказывает влияние на здоровье и благополучие людей

- Отсутствие политического влияния, то есть чувства возможности влиять на политику, является одним из факторов формирования неравенства в отношении здоровья между домохозяйствами в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом (рис. 2.23).
- Проблема отсутствия политического влияния характеризуется четким образовательным градиентом (рис. 2.28).
- Во всех 18 странах, проанализированных на рис. 2.28, люди с меньшим количеством лет обучения заявляют, что они чувствуют себя менее способными влиять на политику, по сравнению с людьми с более высоким уровнем образования.
- В этих 18 странах доля женщин, считающих, что они не в силах повлиять на политику, на 7–41% выше в группе женщин с наименьшим количеством лет обучения по сравнению с женщинами с наибольшим количеством лет обучения.
- Среди мужчин аналогичное различие в показателях между мужчинами с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения составляет 8–40%.

Способность влиять на политические решения: наличие политического влияния и чувства контроля над жизнью

- Эффективное участие в политической жизни имеет важное значение для создания условий, необходимых для обеспечения справедливости в отношении здоровья *(117)*.
- Субъективное восприятие возможности (или отсутствия возможности) повлиять на политику и на принятие политических и стратегических решений является важным, но часто упускаемым из виду аспектом неравенства в отношении здоровья.
- Для людей, подверженных риску оказаться в тяжелом положении, наличие определенного влияния на решения в области развития на местном, региональном и национальном уровнях открывает возможности для улучшения их здоровья и благополучия, а также для повышения чувства контроля над жизненными обстоятельствами *(12, 112)*.

Рис. 2.28. Процент респондентов, сообщивших об отсутствии возможности оказывать какое-либо влияние на политику, в разбивке по уровню образования, 2016 г.



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных ESS за 2016 г..

Социально ответственное управление, политика и неравенства в отношении здоровья

- Политические меры по сокращению неравенства в отношении политического влияния и участия в политической жизни включают публичные кампании по поощрению политического участия среди маргинализированных членов общества.
- Улучшение чувства доверия людей к политике и их чувства контроля может быть достигнуто путем принятия юридически обязательных норм, предотвращающих несправедливые положения в сфере государственного социального обеспечения, а также любые виды неравенства на рынках труда и в системах здравоохранения *(120)*.
- Для повышения жизнестойкости, доверия и чувства контроля, а также для ускорения действий в этих областях необходимыми условиями являются согласованность политики и сотрудничество служб здравоохранения с другими секторами.
- Может показаться, что повышение уровня жизнестойкости – это трудная задача, которая находится вне контроля служб здравоохранения. Тем не менее, существуют практические стратегии, которые службы здравоохранения могут использовать для удовлетворения потребностей всех обслуживаемых ими граждан, например, такие как повышение уровня грамотности в вопросах здоровья путем предоставления легко понятной информации по вопросам здоровья как населению в целом, так и конкретным группам риска, что способствует повышению жизнестойкости на индивидуальном и общественном уровнях *(102, 121)*.

Участие, политическая деятельность и здравоохранение

- Изменения происходят на местном уровне, когда сообщества могут определить варианты действий, позволяющие людям лучше контролировать факторы, влияющие на их здоровье, такие как дизайн услуг здравоохранения и других общественных услуг.

- Совместное производство – это полезный инструмент для повышения потенциала и жизнестойкости граждан и местных сообществ. Он смещает баланс сил от профессионалов к местным жителям и сообществам, ставя пользователей услуг на один уровень с поставщиком услуг и используя знания и ресурсы обеих сторон для разработки решений и улучшения услуг *(122)*.

- В таблице 2.1 рассматриваются другие методы, которые службы здравоохранения могут использовать для повышения уровня социального участия и усиления чувства контроля над жизнью.

Таблица 2.1. Мероприятия, которые службы здравоохранения могут осуществлять для активизации общественного участия и усиления чувства контроля над жизнью

Уровень	Приоритетные направления практической деятельности
Работники и учреждения здравоохранения	Содействие сотрудничеству и коммуникации с местными сообществами. Разработка и координирование программ здравоохранения с участием организаций, которые работают непосредственно с группами населения, наиболее нуждающимися во внимании и помощи.
	Наращивание потенциала местных сообществ для принятия мер, направленных на охрану здоровья населения и сокращение неравенств в отношении здоровья. Активное сотрудничество с местными сообществами с целью выявления местных проблем, разработки путей их решения и создания устойчивых социальных действий. Необходимые инструменты и подходы: развитие потенциала местных сообществ с использованием методов, основанных на имеющихся активах.
	Расширение прав и возможностей местных сообществ, с тем чтобы создать на местном уровне условия для предоставления рекомендаций и информации по вопросам здравоохранения, а также для поддержания или организации соответствующих мероприятий. Ускоренное проведение мероприятий, направленных на оказание помощи людям, находящимся в тяжелом положении. Необходимые инструменты и подходы: организация сетей и программ поддержки по принципу «равный – равному», работа инструкторов по вопросам охраны здоровья, налаживание сетей и программ дружеской и волонтерской поддержки.
	Вовлечение местных сообществ и местных служб на этапах планирования и осуществления мероприятий, что будет способствовать предоставлению населению более адекватных, справедливых и эффективных услуг. Ускоренное проведение мероприятий по оказанию помощи наиболее нуждающимся группам населения. Необходимые инструменты и подходы: организация комплексной системы оказания услуг здравоохранения.
	Оказание помощи гражданам в использовании потенциала социальных ресурсов на местном уровне, предлагая практическую поддержку и организовывая групповые мероприятия и добровольческие проекты и сети. Ускоренное проведение мероприятий, направленных на оказание помощи людям, находящимся в тяжелом положении. Необходимые инструменты и подходы: использование работниками здравоохранения дополнительных возможностей оказания помощи своим пациентам, направляя их в соответствующие местные социальные сети поддержки.
	Создание возможностей для значимого участия представителей местного населения и гражданского общества в органах управления здравоохранением.
Службы здравоохранения и политика в области здравоохранения	Принятие и развитие в рамках системы здравоохранения культуры управления с участием населения, поддержание и развитие партнерских отношений с секторами за пределами здравоохранения, а также создание механизмов оценки процессов демократического управления.

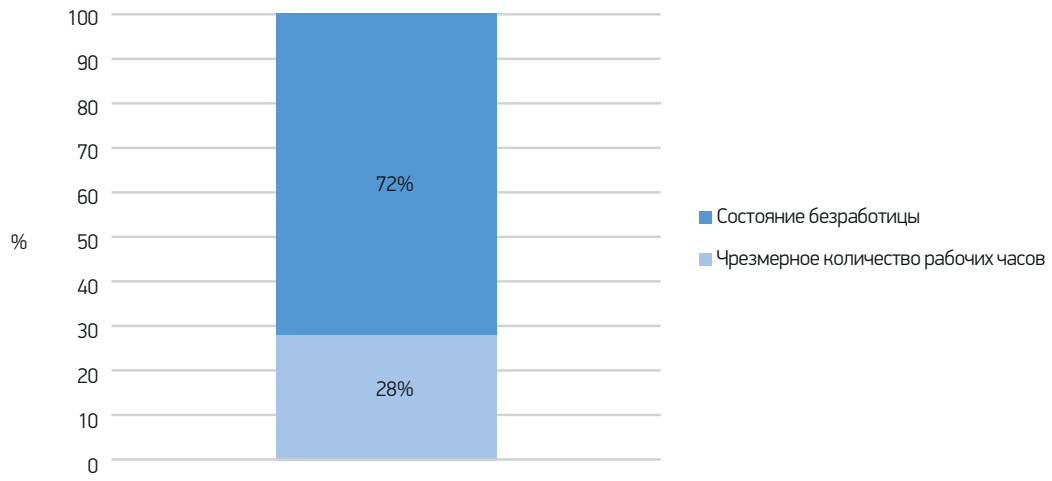
Источники: Boyce & Brown, 2017 *(113)*; Francés & La Parra-Casado, 2019 *(117)*.

2.6 Основные условия и меры политики: *условия занятости и труда*

Условия занятости и труда и неравенства в отношении здоровья

- На рис. 2.2 в разделе 2.1 показано, что от 6% до 10% неравенств в самооценке физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью связаны с условиями занятости и труда.
- На рис. 2.29 показан более подробный анализ факторов, обусловливающих 7%-ный разрыв в самооценке здоровья, связанный с условиями занятости и труда, наиболее существенным из которых являются различия в показателях занятости.
- Чрезмерная продолжительность рабочего времени также существенно влияет на показатели неравенства в отношении здоровья.

Рис. 2.29. Факторы, способствующие формированию неравенств в отношении здоровья, связанных с условиями занятости и труда (на основе самооценки здоровья)



Примечание. Из-за требований к данным для декомпозиционного анализа не все факторы, влияющие на справедливость в отношении здоровья, были охвачены анализом (см. Приложение 2).

Источник: декомпозиционный анализ с использованием данных EQLS (см. Приложение 2).

Основные результаты анализа

- От 6% до 10% неравенств по показателям самооценки физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью связаны с условиями занятости и труда.
- Обеспечение равных возможностей для нахождения безопасной, достойно оплачиваемой работы с достойными условиями труда – это важный фактор справедливости в отношении здоровья.
- Условия занятости и труда, здоровье, благополучие и неравенства в отношении здоровья являются элементами жизни, которые взаимосвязаны во многих отношениях.
- Наибольший разрыв в показателях самооценки здоровья, связанных с условиями занятости и труда, объясняется различиями в показателях занятости.
- Существенное влияние на неравенства в отношении здоровья также оказывает такой фактор, как чрезмерная продолжительность рабочего времени и условия труда.
- Различия в уровне благополучия подчеркивают необходимость сокращения масштабов трудовой бедности в целях сокращения неравенств в отношении здоровья.

Отсутствие возможности иметь хорошую работу может существенно сказаться на здоровье и благополучии человека

- Такие показатели, как наличие и качество работы и связанные с работой риски для здоровья, зависят от социально-экономического статуса человека *(123)*.
- У людей с меньшим количеством лет обучения и людей с хроническим заболеванием показатели трудовой занятости ниже, чем у людей с более высоким уровнем образования *(123, 124)*.
- Обеспечение равного доступа к гарантированной и достойной занятости может способствовать устранению неравенств в отношении здоровья путем предоставления равных возможностей для получения гарантированного дохода *(12)*.
- Безработица и плохие условия труда способствуют снижению уровня благополучия и повышению риска психических расстройств *(125)*.
- У мужчин долгосрочная безработица является предиктором более частого употребления алкоголя, риска ССЗ и формы поведения, которые повышают такие риски для здоровья как несчастные случаи, преступная деятельность и насилие *(126)*.
- Последствия безработицы и связанных с работой заболеваний среди женщин менее хорошо изучены. Женщины чаще, чем мужчины страдают от нарушений опорно-двигательного аппарата и нижних конечностей, а также проблем, связанных со стрессом *(14)*. Вследствие повторяющихся периодов нетрудоспособности по болезни повышается риск потери работы и снижения заработной платы после возвращения на работу *(127)*.
- В возрастной группе от 15 до 24 лет уровень долгосрочной занятости остается низким, а безработица на данном этапе жизни имеет устойчивые негативные последствия для психического здоровья *(128)*.
- Молодые люди из числа длительно безработных чаще сообщают об опасных для здоровья формах поведения, чем их сверстники, которые никогда не были безработными, включая молодых людей из более благополучных слоев населения *(124)*.

Хорошее здоровье, хорошие рабочие места и экономические выгоды

- Взаимосвязь между здоровьем населения, занятостью и национальной экономикой становится все более понятной. Было подсчитано, что увеличение в северной Англии доли людей с хорошим здоровьем (например, на 3,5%) позволило бы уменьшить на 10% разрыв в показателях занятости между этим регионом и остальной Англией *(127)*.
- Достойная работа для всех означает обеспечение полной и продуктивной занятости для всех людей, что включает предоставление работникам доступа к достойным условиям труда и жизни.

Качество трудовой занятости имеет важное значение для обеспечения здоровья и благополучия

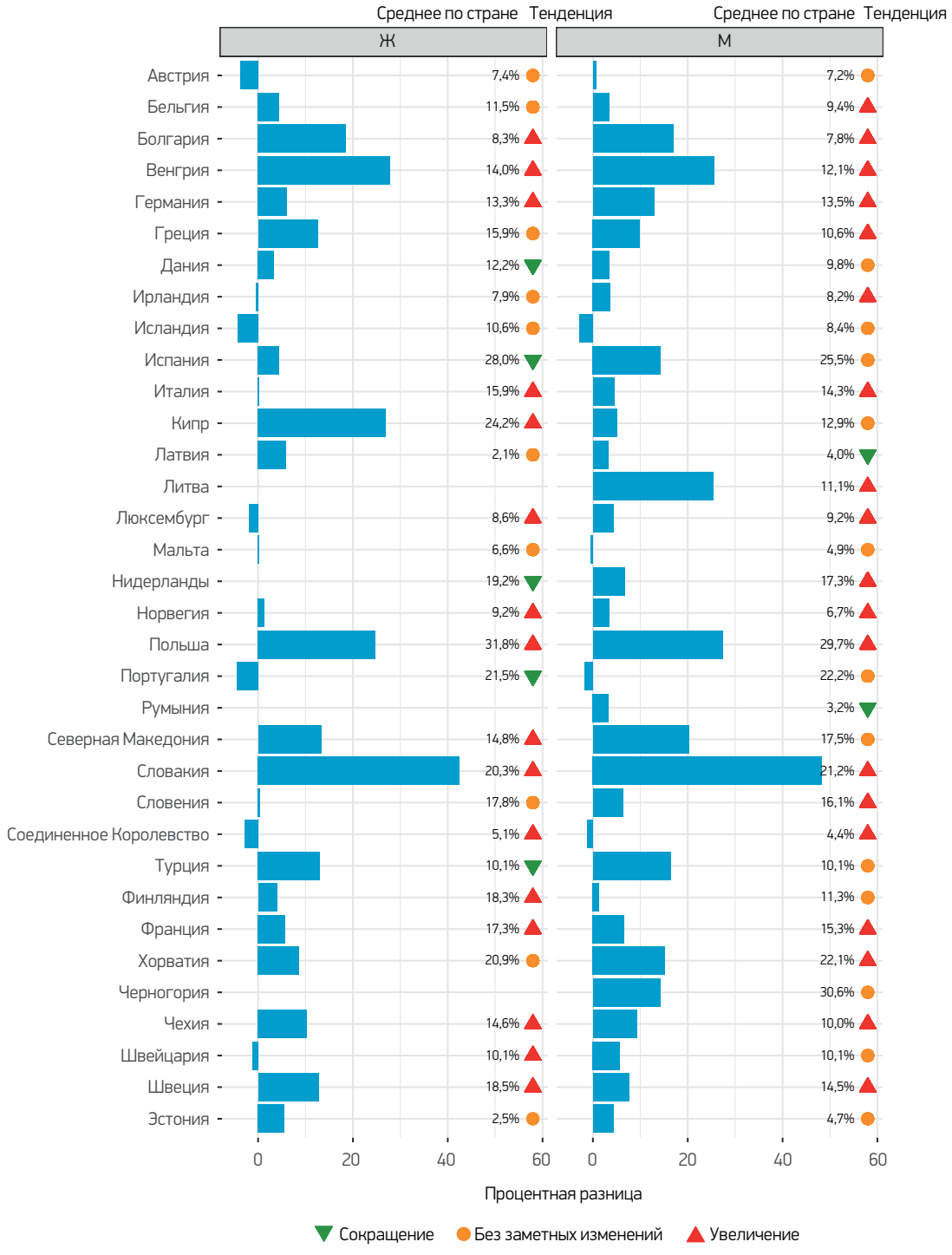
- Однако одного лишь наличия работы не всегда достаточно для уменьшения риска развития неблагоприятных для здоровья последствий.
- Различия в показателях чрезмерной продолжительности рабочего времени (свыше 40 часов в неделю) способствуют формированию неравенства в отношении здоровья (рис. 2.29).

Рост численности временных рабочих мест в Европейском регионе ВОЗ

- Временная трудовая занятость, которая часто характеризуется низкой заработной платой и плохими условиями труда, включает в себя срочную, сезонную и случайную работу. Более половины новых рабочих мест, созданных в ЕС в период с 1995 года, представляют собой трудоустройство на неполный рабочий день и без заключения трудового договора, обеспечивающего гарантированную занятость *(129)*.

- Временная занятость более распространена среди уязвимых групп населения, таких как молодежь, мигранты, женщины, люди с более низким уровнем дохода и люди с меньшим количеством лет обучения.
- Почти во всех странах, по которым имелись данные, в период с 2000 по 2017 год разница в показателях временной занятости между мужчинами с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения оставалась неизменной или увеличивалась (рис. 2.30).
- В 26 из 31 страны разница в показателях временной занятости между женщинами с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения в этот же период оставалась неизменной или увеличилась.
- В странах на рис. 2.30 разница в показателях временной занятости между женщинами и мужчинами с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения в этот же период составляла соответственно 8% и 10% с худшими показателями в первой группе.

Рис. 2.30. Разница в показателях (%) временной занятости между людьми в возрасте 20–64 лет с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения, 2017 г. (и тенденции в период с 2000 г.)



Примечание. Ж = женщины. М = мужчины. Данные отсутствуют для женщин в Литве, Черногории и Румынии.
Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных Евростата за период 2000–2017 гг.

Здоровье, временная занятость и согласованность политики

- Нарушения психического и физического здоровья (психологический стресс, депрессия и ССЗ) более распространены среди работников, занятых в сфере нестабильной или временной занятости, чем среди людей, имеющих постоянную работу *(124)*.
- Сокращение количества временных рабочих мест поможет сократить число уязвимых людей, подверженных риску экономического, психологического и физического стресса и беспокойства, связанных с нестабильностью трудоустройства *(124, 130, 131)*.
- По мере изменения тенденций в области занятости в Европейском регионе ВОЗ важно, чтобы законодательство и политика (в области труда, образования, налогообложения, заключения коллективных трудовых договоров) были направлены на защиту людей, наиболее подверженных риску оказаться в тяжелом экономическом положении *(132)*.
- Согласованное формирование политики предполагает, что министерства здравоохранения и занятости обмениваются информацией о преимуществах и недостатках этих форм работы, рассматривая различные формы последствий временной занятости, не ограничиваясь статистическим анализом национальных уровней занятости.

Рост трудовой бедности

- Во всех частях Европейского региона ВОЗ многие люди с наименьшим количеством лет обучения все еще живут в бедности несмотря на то, что они работают, что часто объясняется тем, что их трудоустройство имеет временный или нестабильный характер (рис. 2.31).
- В 34 странах на рис. 2.31 доля работающих взрослых с наименьшим количеством лет обучения, которые живут в бедности, на 2–50% выше, чем среди работающих взрослых с наибольшим количеством лет обучения.
- В пяти из 34 стран в период с 2005 по 2017 год было отмечено сокращение разрыва в показателях бедности между трудящимися с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения.
- В остальных 29 странах разрыв между участниками рынка труда женского и мужского пола, живущими в нищете, остался прежним или увеличился.
- Трудовая бедность часто является результатом того, что люди неоднократно лишаются работы (с последующими периодами безработицы) из-за то, что выполняемая ими работа является небезопасной или временной.

ЦУР и трудовая занятость

ЦУР 8. Содействие поступательному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех.

Уровень заработной платы оказывает непосредственное влияние на неравенство в отношении здоровья

- Низкооплачиваемая работа коррелирует с более низкими уровнями самооценки здоровья и удовлетворенности жизнью и риском нищеты и социальной изоляции.
- Низкооплачиваемые рабочие места непропорционально заняты молодыми людьми, людьми с более низким уровнем образования, мигрантами и женщинами (из-за традиционного гендерного распределения функций в отношении семьи и ухода). Та степень контроля, которую работники имеют в отношении предъявляемых к ним требований, также оказывает большое влияние на неравенства в отношении здоровья *(2)*.

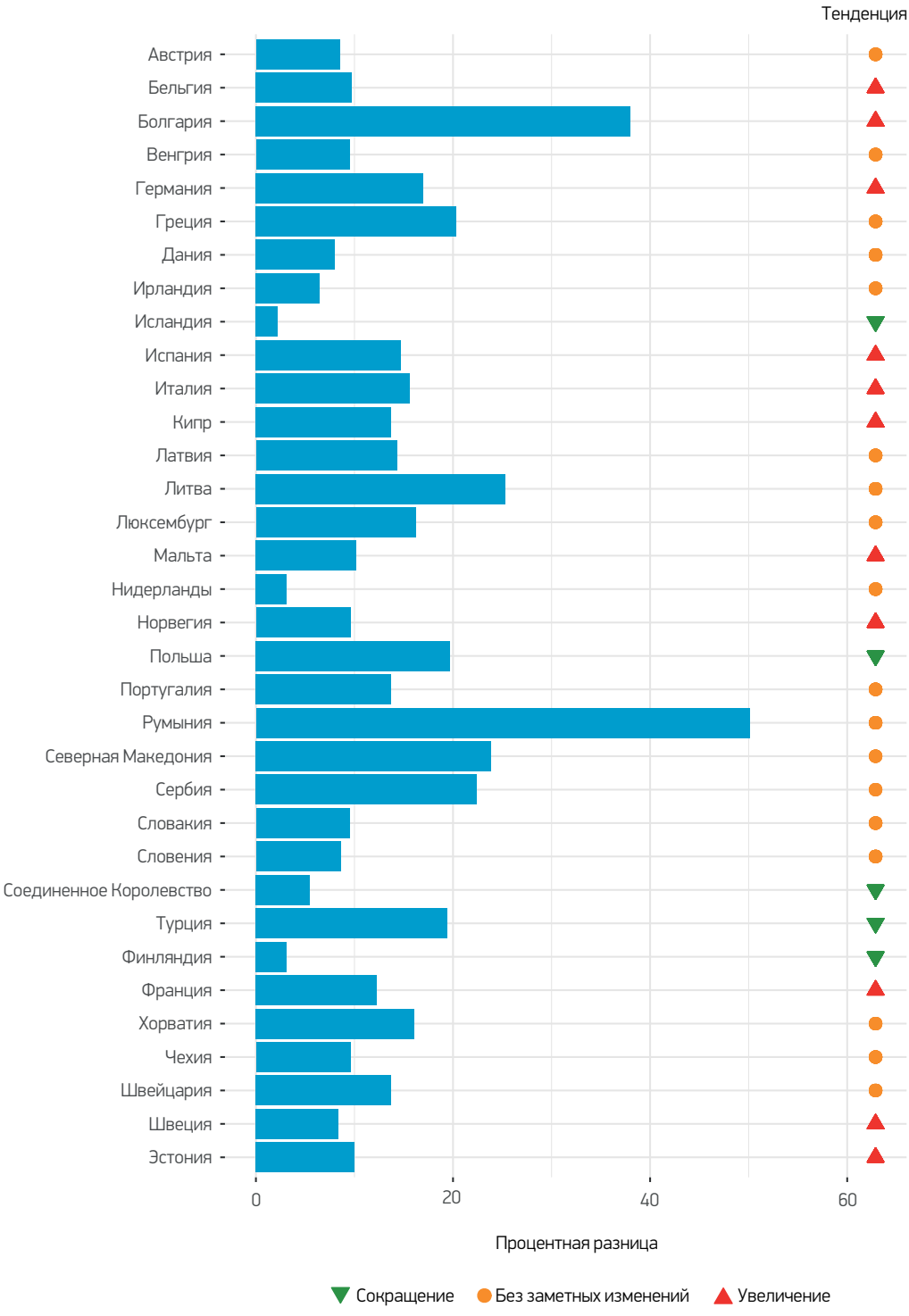
Повышение заработной платы, улучшение здоровья и уменьшение неравенств

- Механизмы поддержки доходов и финансовой защиты, такие, как социальные трансферты, позволяют людям, получающим низкую заработную плату, не подвергаться риску бедности и социальной изоляции

(см. также раздел 2.3).

- Европейские и международные стандарты минимальной заработной платы оказывают положительное влияние на обеспечение трудящихся базовым уровнем ресурсов, необходимых для удовлетворения медико-санитарных и других основных потребностей *(12)*.

Рис. 2.31. Разница в показателях бедности между трудящимися с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения, 2017 г. (и тенденции)



Примечание. По большинству стран имеются данные о тенденциях с 2005 года, со следующими исключениями: Хорватия (2010), Северная Македония (2012) и Сербия (2013).

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных обследований EU-SILC за 2005–2017 гг.

Меры политики по сокращению разрыва в уровне безработицы являются одним из ключевых приоритетов деятельности, направленной на сокращение неравенств в отношении здоровья

- Расходы на ПРТ являются показателем приверженности стран работе по улучшению перспектив занятости людей, которые не работают или имеют низкооплачиваемую работу, и, следовательно, перспектив получения связанных с этим преимуществ для здоровья и психического благополучия *(2)*.
- Расходы на ПРТ в Европейском регионе ВОЗ колеблются от 0,5% до 3,2% ВВП (рис. 2.32).
- В 19 из 25 стран, по которым имелись данные, расходы на ПРТ в период с 2005 по 2016 год либо остались на прежнем уровне, либо снизились.
- Мужчины, как правило, получают большую пользу от ПРТ, чем женщины во всех частях Региона. В 28 странах с данными, дезагрегированными по признаку пола, доля людей, желающих работать и являющихся участниками программ ПРТ, составляет 35% среди мужчин и 30% среди женщин.

Качественные активные ПРТ будут способствовать сокращению неравенств в отношении здоровья

- Качественные меры активной политики на рынке труда (ПРТ) – в сочетании с эффективными программами обучения, переподготовки и повышения профессиональной квалификации на протяжении всей трудовой жизни, справедливым трудовым законодательством и адекватными системами социального обеспечения – будут способствовать повышению справедливости в отношении здоровья, а также увеличению занятости населения и экономическому росту *(2, 133)*.
- Качественные меры активной ПРТ способствуют улучшению психического здоровья, усилению чувства контроля над жизнью и снижению показателей временной нетрудоспособности по всему социально-экономическому спектру, но особенно среди людей с более низким уровнем образования и квалификации и среди работников, не имеющих гарантированной занятости *(124)*.
- Такая политика включает следующие формы: наставничество со стороны равных, программы ученичества, программы профессиональной подготовки без отрыва от производства и программы подготовки к поиску работы.
- Необходим согласованный политический подход к реализации и мониторингу ПРТ, поскольку меры такой политики менее эффективны, если она направлена на группы населения с низким уровнем психического и/или физического здоровья *(70)*.

Заключение коллективных трудовых договоров – это один из методов сокращения неравенств в условиях труда

- В 15 из 43 стран, проанализированных на рис. 2.33, более 60% населения охвачено коллективными трудовыми договорами.
- Наблюдается определенное снижение прав трудящихся. Так, например, в 79% стран (34/43) доля трудящихся, охваченных коллективными трудовыми договорами, оставалась неизменной или снижалась в период с 2004 по 2015 год.
- Количество людей, работающих по временным контрактам, увеличивается и они редко объединяются в профсоюзы, что потенциально является одной из причин сокращения членства в профсоюзах.
- В этих 43 странах доля работающих людей, охваченных коллективными трудовыми договорами, варьируется от 6 до 99 процентов.

Заключение коллективных трудовых договоров, здоровье и неравенства

- В предприятиях и учреждениях, где заключаются коллективные трудовые договора, как правило, условия труда являются более здоровыми, а показатели временной нетрудоспособности более низкими. Заключение коллективных договоров также способствует снижению риска бедности.

- Процедура заключения коллективных трудовых договоров расширяет права трудящихся и помогает им в деле обеспечения достойных финансовых и физических условий труда. В свою очередь, снижение различий в заработной плате, гарантиях трудовой занятости и условиях труда способствует достижению более справедливого распределения показателей здоровья и экономического благополучия среди населения в целом *(95)*. Коллективные договоры способствуют уменьшению неравенств в отношении здоровья, когда они охватывают наиболее уязвимых участников рынка труда и повышают их возможности и права для получения равных шансов и выгод, обеспечивая справедливые и достойные финансовые и физические условия труда.

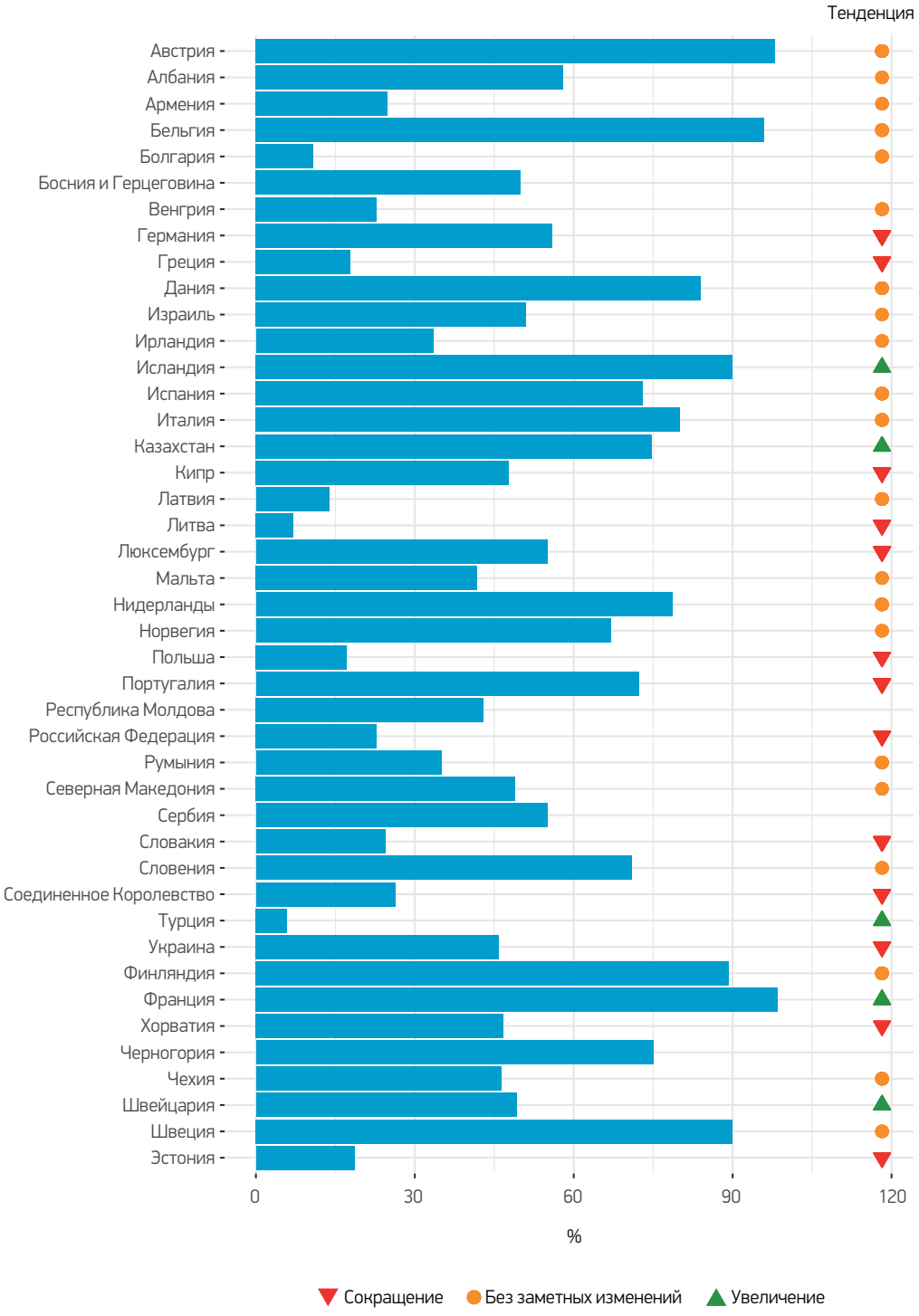
- Страны с высоким уровнем коллективных трудовых договоров, как правило, имеют меньшее неравенство в заработной плате, более низкую и менее «хроническую» безработицу и меньшее число и меньшую продолжительность забастовок, чем страны, в которых практика заключения коллективных трудовых договоров является менее распространенной *(134)*.

Рис. 2.32. Расходы на активную (и пассивную) политику на рынке труда в процентах от ВВП, 2016 г. (и тенденции с 2005 г.)



Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных за 2005–2017 гг., извлеченных из базы данных ОЭСР.

Рис. 2.33. Показатели охвата коллективными трудовыми договорами, в разные годы (и тенденции)



Примечание. На рисунке показана степень коллективного согласования размеров заработной платы и условий труда, а также охват работников этими коллективными договорами. Самым последним годом, по которому имелись данные по большинству стран, был 2015, со следующими исключениями: Черногория (2008) и Сербия (2010). По большинству стран данные о тенденциях имеются с 2004 года, со следующими исключениями: Болгария (2011), Израиль (2012), Северная Македония (2011), Словения (2013), Турция (2012), Хорватия (2013)

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных за 2004–2015 гг., извлеченных из базы данных МОТ (ILOSTAT).

2.7 Сводные круговые диаграммы, показывающие неравенства в отношении здоровья, связанные с анализируемыми основными условиями

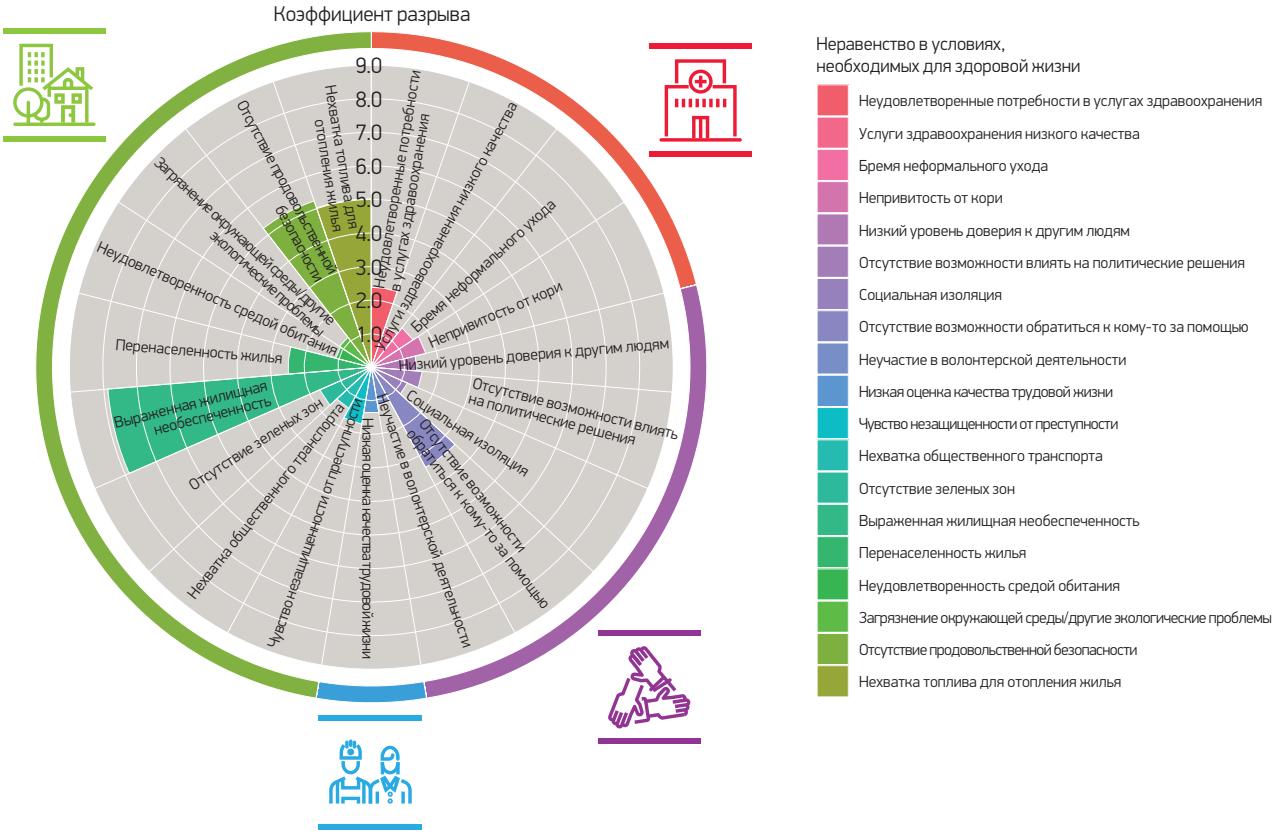
Неравенство в доходах ведет к неравенству в условиях, необходимых для здоровой жизни

- В рисунках 2.34 и 2.35 (так же как в рис. 1.3) сравниваются различия в основных условиях, необходимых для сохранения и укрепления здоровья взрослых в Европейском регионе ВОЗ.[21]

- Эти сводные оценки неравенства в показателях таких основных условий для здоровой жизни, как *услуги здравоохранения, защищенность доходов и социальная защита, условия жизни, социальный и человеческий капитал, условия занятости и труда,* наблюдаемые по всему Региону указывают на наличие социально-экономического градиента всех без исключения показателей.

- На рис. 2.34 показаны различия по этим показателям между квинтилями с самыми высокими и самыми низкими уровнями дохода в тех странах Региона, по которым имеются соответствующие данные. Наблюдаются некоторые крайне выраженные неравенства, особенно в показателях, характеризующих условия жизни.

Рис. 2.34. Средние значения внутристранового неравенства в основных условиях, необходимых для здоровой жизни (коэффициент разрыва между квинтилями населения с самыми низкими и самыми высокими доходами)



Примечание. Эти данные не дезагрегированы по признаку пола, поскольку они включают показатели, по которым данные собираются только на уровне домашних хозяйств (а не отдельных лиц).

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе Набора данных о справедливости в отношении здоровья.

[21] В круговых диаграммах, показанных на этих двух рисунках, анализируются только те показатели, которые включены в Набор данных о справедливости в отношении здоровья. Таким образом, некоторые факторы могут быть опущены; это решение не является преднамеренным, а скорее решением, продиктованным наличием или отсутствием соответствующих данных. Например, такой фактор, как защищенность доходов и социальная защита, не учитывается, поскольку неравенства в доходах отражаются в Наборе данных о справедливости в отношении здоровья не с помощью дезагрегированных показателей, а с помощью сводных показателей неравенства доходов и незащищенности доходов, таких как неравенство доходов по индексу Джини и относительный уровень бедности.

Основные результаты анализа

- Во всех частях Региона наблюдаются выраженные неравенства в четырех условиях, анализируемых в круговых диаграммах.
- По сравнению с людьми в квинтиле с самым высоким доходом, люди в квинтиле с самым низким доходом:

— почти в восемь раз чаще страдают от тяжелой степени жилищной депривации (необеспеченности);

— в пять раз чаще страдают от отсутствия продовольственной и топливной безопасности;

— более чем в два раза чаще подвергаются риску жить в перенаселенном жилье;

— более чем в два раза чаще не имеют никого, к кому можно было бы обратиться за помощью;

— более чем в два раза чаще подвергаются риску, относящемуся к неудовлетворению потребностей в услугах здравоохранения.

Существенное неравенство в *условиях жизни и в социальном и человеческом капитале*

- Люди в квинтиле с самым низким доходом почти в восемь раз чаще страдают от тяжелой жилищной депривации по сравнению с людьми в квинтиле с самым высоким доходом.
- Люди в самом бедном квинтиле в пять раз чаще страдают от отсутствия продовольственной и топливной безопасности по сравнению с людьми в самом богатом квинтиле.
- Люди в самом бедном квинтиле более чем в два раза чаще живут в перенаселенном жилье и не имеют никого, к кому можно обратиться за помощью, по сравнению с людьми в самом богатом квинтиле.
- Эти различия в условиях жизни и социальном и человеческом капитале отражают неравенства в отношении таких чувств, как безопасность, принадлежность к обществу, уверенность в будущем и защищенность, которые связаны с наличием достойного жилья и знания, что у человека всегда имеется кто-то, к кому можно обратиться за помощью в трудную минуту.

Неравенство в отношении *услуг здравоохранения* и других основных условий для здоровья и благополучия

- Существует также выраженное неравенство по такому показателю, как неудовлетворенные потребности в услугах здравоохранения. Люди в квинтиле с самым низким доходом в 2,5 раза чаще подвергаются риску неудовлетворенных потребностей в услугах здравоохранения, чем люди в квинтиле с самым высоким доходом.
- Существует явное неравенство во всех других показателях, свидетельствующее о том, что по всем показателям люди из неблагополучных групп повсеместно находятся в худшем положении, чем люди из благополучных социальных групп.

Основные результаты анализа

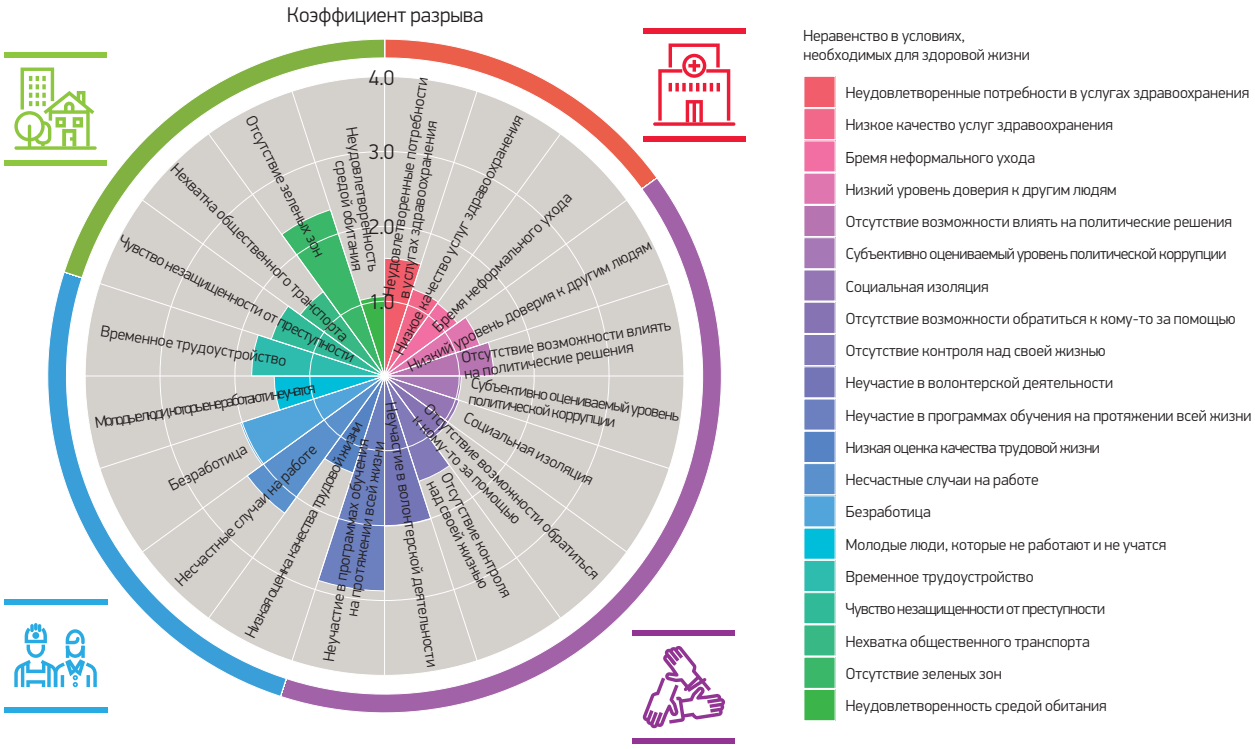
- По сравнению с людьми с более высоким уровнем образования, у людей с более низким уровнем образования:

— более чем в два раза выше вероятность пострадать от несчастного случая на работе;

— в три раза меньше вероятность участия в программах обучения на протяжении всей жизни;

— в 1,5 раза выше вероятность возникновения таких проблем, как неудовлетворенные потребности в медицинской помощи, низкий уровень доверия к другим людям, отсутствие возможности влиять на политические решения, отсутствие контроля над своей жизнью, низкое качество трудовой жизни, временная/негарантированная занятость, отсутствие личной безопасности и отсутствие доступа к общественному транспорту.

Рис. 2.35. Средние значения внутристранового неравенства в условиях, необходимых для здоровой жизни (коэффициент разрыва между группами населения с самым низким и с самым высоким уровнем образования)



Примечание. Эти данные не дезагрегированы по мужчинам и женщинам, поскольку они включают показатели, по которым данные собираются только на уровне домашних хозяйств (а не отдельных лиц). Большой разрыв в показателях участия в программах обучения на протяжении всей жизни отчасти является результатом разбивки граждан по количеству лет обучения. NEET: молодые люди, которые не учатся, не работают и не приобретают профессиональных навыков (англ.: not in education, employment or training)

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе Набора данных о справедливости в отношении здоровья.

Неравенство в уровнях образования ведет к неравенству в условиях, необходимых для здоровой жизни

- На рис. 2.35 показаны различия в четырех условиях, необходимых для здоровой жизни, между людьми с наименьшим и наибольшим количеством лет обучения.
- Следует отметить, что у людей с меньшим количеством лет обучения значения всех анализируемых показателей были хуже чем у людей с более высоким количеством лет обучения.
- В возрастной группе старше 25 лет люди с наибольшим количеством лет обучения почти в три раза чаще участвуют в программах формального и неформального образования и профессиональной подготовки по сравнению с людьми с наименьшим количеством лет обучения.

Существенные неравенства в таких основных условиях здоровой жизни, как *услуги здравоохранения, условия занятости и труда, социальный и человеческий капитал*

- В Европейском регионе ВОЗ у людей с наименьшим количеством лет обучения более чем в два раза выше вероятность пострадать от несчастного случая на работе, чем у людей с наибольшим количеством лет обучения.
- Такие проблемы, как неудовлетворенные потребности в услугах здравоохранения, низкий уровень доверия к другим людям, отсутствие возможности влиять на политические решения, отсутствие контроля над жизнью, низкое качество трудовой жизни, временная/

негарантированная занятость, отсутствие личной безопасности и нехватка общественного транспорта, примерно в 1,5 раза чаще наблюдаются среди людей с наименьшим количеством лет обучения по сравнению с людьми с наибольшим количеством лет обучения.

- Эти факторы способствуют, в частности, разделению общества по таким критериям, как чувство личной безопасности, принадлежность к обществу и уровень контроля над жизнью, во всех странах Региона, что влияет на показатели равенства в отношении психического и физического здоровья граждан.

Круговые диаграммы и их интерпретация

- Коэффициенты разрыва в сводных круговых диаграммах интерпретируются таким же образом, как описано в разделе 1.3. Каждый сегмент круговой диаграммы показывает, во сколько раз больше подвержены риску люди из наименее благополучной группы по сравнению с людьми из наиболее благополучной группы (данные по каждому показателю).[22] Эти цифры показывают среднюю величину внутристранового разрыва по каждому показателю с учетом всех стран Европейского региона ВОЗ, по которым имеются данные.

- Эти цифры основаны на более широком наборе дезагрегированных показателей в Наборе данных о справедливости в отношении здоровья, некоторые из которых не представлены в других разделах настоящего доклада. Например, набор данных о справедливости в отношении здоровья включает показатели социальной изоляции, доступа к общественному транспорту и добровольчества (волонтерства).

- Две сводные круговые диаграммы неравенств, представленные на рис. 2.34 и рис. 2.35 помогают понять подлинные масштабы неравенства в основных условиях здоровой жизни в рамках всего Региона. Однако эти сводные круговые диаграммы **не показывают конкретный вклад каждого показателя в формирование неравенства в отношении здоровья**.

- Для показателей, которые не были дезагрегированы, коэффициенты разрыва не могут быть показаны на рисунках. Так, например, меры политики в области *защищенности доходов и социальной защиты* имеют ключевое значение для сокращения неравенства в отношении здоровья, но они не учитываются.

[22] Исключением является интерпретация показателей неудовлетворенности качеством трудовой жизни и неудовлетворенности условиями жизни, представленными на рис. 2.35. Они представляют собой соотношение между анализируемыми группами средних показателей качества трудовой жизни (измеряемых по индексу навыков и полномочий Европейского фонда по улучшению условий жизни и труда) и показателей удовлетворенности условиями жизни.

3. Настало время для достижения поставленной цели, ускорения действий и оказания необходимого влияния

В докладе ОСО3 представлены фактические данные, необходимые для устранения барьеров и создания условий для того, чтобы все люди могли иметь здоровую и благополучную жизнь

- Слишком часто в обсуждениях, касающихся неравенства в отношении здоровья, приводится аргумент, что практическое решение этой проблемы является чрезвычайно сложной и трудной задачей и что мы не знаем, какие стратегии и подходы будут наиболее эффективными.
- Фактические данные, представленные в разделах 1 и 2, позволяют определить ключевые проблемы и наметить подходы, необходимые для сокращения неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ.
- В частности, в докладе ОСО3 показано наличие четкого социально-экономического градиента влияния этих проблем на здоровье и благополучие граждан.

Социально-экономический градиент обнаруживается во многих показателях по всем пяти условиям, необходимым для здоровой и благополучной жизни

- В разделе 1 показан четкий социально-экономический градиент шансов на здоровье и жизнь, независимо от того, рассматриваются ли показатели смертности, заболеваемости или благополучия.
- Социально-экономический градиент является последовательным, независимо от того, используется ли в качестве маркера социально-экономического положения количество лет обучения, уровень дохода или благосостояния или уровень человеческого развития.
- В разделе 2 показано, что неравенства в отношении здоровья обусловлены различиями в пяти основных условиях, необходимых для здоровой и благополучной жизни, а именно: *услуги здравоохранения, защищенность доходов и социальная защита, условия жизни, социальный и человеческий капитал, условия занятости и труда*.
- Систематические различия в этих пяти условиях между людьми с более низкими и высокими доходами или с более низким и более высоким уровнем образования имеют большое статистическое значение для объяснения неравенства в отношении здоровья.
- Используя фактические данные, приведенные в разделах 1 и 2, государства-члены Европейского региона ВОЗ могут добиться прогресса в деле сокращения неравенства в отношении здоровья путем создания условий, необходимых для обеспечения справедливости в отношении здоровья.

Основные результаты анализа

- В докладе ОСОЗ представлены фактические данные, необходимые для устранения барьеров и создания условий для того, чтобы все люди могли иметь здоровую и благополучную жизнь.

- **Моделирование влияния усилий по совершенствованию мер политики** и ассоциация с сокращением различий в показателях распространенности заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, между квинтилями населения с самыми высокими и самыми низкими доходами в странах в течение 2–4 лет показывает, что существует много **вариантов сокращения неравенства в отношении здоровья** в краткосрочной перспективе. В число таких вариантов входят следующие:

— увеличение государственных расходов на жилье и коммунальное обслуживание;

— увеличение государственных расходов на политику на ранке труда;

— снижение показателей относительной бедности;

— увеличение государственных расходов на социальную защиту;

— снижение безработицы;

— сокращение уровня личных расходов на здравоохранение.

- Необходимо **устранить неравенства во всех основных условиях здоровой жизни**. Для достижения успеха недостаточно выбрать какую-то одну меру политики или одно направление деятельности, так как именно из-за такого узконаправленного подхода странам пока что удалось достичь прогресса в деле сокращения неравенства в отношении здоровья в Регионе.

- Действия по обеспечению справедливости в отношении здоровья ускоряются тогда, когда:

— **механизмы подотчетности** являются сильными;

— используемые **меры политики** согласованы между секторами и различными уровнями государственного управления;

— все виды деятельности характеризуются **широким (инклюзивным) и значимым участием** граждан;

— граждане и местные сообщества **наделены соответствующими правами и полномочиями**.

- **Справедливость в отношении здоровья и благополучия имеет жизненно важное значение для инклюзивной и устойчивой экономики и социально справедливого общества**. Реформирование структур занятости и рынков труда и экономической и торговой политики, а также проведение мер по повышению защищенности доходов являются важными шагами в устойчивом сокращении неравенства в отношении здоровья и предотвращении увеличения различий в показателях здоровья и благополучия. Именно этими методами могут воспользоваться министерства здравоохранения, финансов и занятости в совместной работе в интересах инклюзивной и здоровой экономики и инклюзивного и здорового общества.

- **Многосекторальные действия имеют решающее значение** для устранения существующих барьеров и создания для всех людей и во всех сферах жизни равных условий для достижения максимально возможного уровня здоровья и благополучия. Эффективность стратегий охраны здоровья населения можно значительно повысить, в том числе в плане снижения или устранения непреднамеренных негативных последствий для справедливости в отношении здоровья, связанных с деятельностью других секторов, если работа в этом направлении будет объединена и скоординирована между субъектами, учреждениями и уровнями государственного управления.

3.1 Меры политики по достижению прогресса в обеспечении справедливости в отношении здоровья

Определение подходов, позволяющих уменьшить неравенства в отношении здоровья

- В докладе ОСОЗ дается описание типовых методов сокращения неравенств в отношении здоровья, которые были разработаны с учетом взаимосвязей между справедливостью в отношении здоровья, с одной стороны, и внедрением, принятием и последовательной реализацией ключевых мер государственной политики, с другой стороны. На рис. 3.1 представлен анализ взаимосвязи между справедливостью в отношении здоровья и некоторыми вариантами политики, рассмотренными в разделах 2.2–2.6.

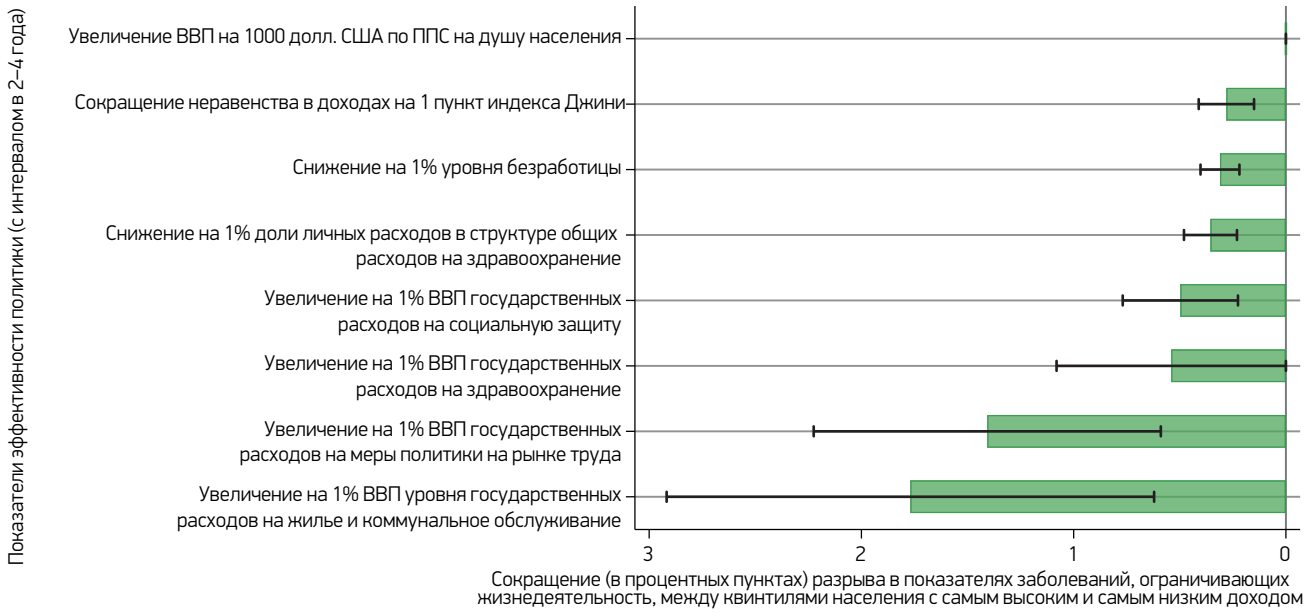
- На этом рисунке показан потенциальный вклад восьми мер макроэкономической политики в сокращение неравенств в отношении здоровья. Улучшение ситуации измеряется процентным сокращением случаев ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди взрослого населения в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом (внутри стран).

- Зеленые полосы представляют собой средний уровень сокращения неравенств в отношении здоровья, которое было достигнуто через 2–4 года после того, как страны осуществили каждую из восьми мер политики, перечисленных в левой части диаграммы, контролируя каждый из других показателей политики и характеристики стран.

- Цель состоит в том, чтобы дать руководителям высшего звена возможность чувствовать уверенность в том, что, принимая правильные меры, разрыв в показателях здоровья между социально-экономическими группами может быть сокращен даже в течение одного срока полномочий органов государственной власти.

- Увеличение дохода на душу населения не ассоциируется с сокращением неравенств в отношении здоровья, в то время как все остальные семь мер политики демонстрируют положительную ассоциацию. Однако степень положительного эффекта каждой из этих мер политики на здоровье населения различается. Как показано на рис. 3.1, из всех показателей политики, имеющихся в Наборе данных о справедливости в отношении здоровья, наибольшее влияние на сокращение неравенства в отношении здоровья оказывает увеличение государственных расходов на жилье и коммунальное обслуживание (в процентах от ВВП).

Рис. 3.1. Потенциал 8 мер макроэкономической политики в плане сокращения за 2–4 года неравенств в распространенности ограничивающих жизнедеятельность заболеваний среди взрослого населения в 24 странах



Примечание. В модели используются фиксированные эффекты, наблюдаемые в странах. Расширение неравенства в отношении здоровья наблюдается в странах, предпринимающих равные по силе, но противоположные по направленности меры политики – в анализе не учитывается асимметрия изменений в разных направлениях.

Источник: набор данных, подготовленный авторами на основе данных за 2008–2014 гг., извлеченных из набора данных о справедливости в отношении здоровья.

- Сокращению неравенств в отношении здоровья способствуют следующие факторы: увеличение расходов на ПРТ, сокращение относительного уровня бедности, увеличение расходов на социальную защиту, сокращение безработицы, снижение уровня личных расходов на здравоохранение.

- Поскольку увеличение среднего дохода на душу населения не связано с каким-либо значительным сокращением разрыва в показателях здоровья, крайне важно приложить все меры для сокращения неравенства доходов.

- Между увеличением расходов на здравоохранение и уменьшением неравенства по показателям распространенности заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, имеется позитивная связь, хотя она и не является статистически значимой (как об этом свидетельствует 95% доверительный интервал (Ди), который касается нулевой линии на рис. 3.1). Это говорит о том, что увеличение расходов на здравоохранение само по себе может оказаться недостаточным для сокращения неравенства в отношении здоровья.

- Как следует из анализа в разделе 1, эти меры должны сопровождаться сокращением бремени платежей из собственного кармана, а также обеспечением качественного медицинского обслуживания всех слоев населения.

Методы анализа

- Важно подчеркнуть, что все проделанные расчеты не являются ни причинным (каузальным) анализом, ни прогностической моделью. Не следует утверждать, например, что увеличение расходов на социальную защиту на 1% ВВП приведет к снижению различий в показателях распространенности заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, на 0,5% – например, с 5% до 4,5% в средней западнобалканской стране или в какой-либо конкретной стране.

- Анализ показывает, какие статистические ассоциации наблюдались в прошлом. Поэтому его результаты можно рассматривать как индикатор того, что находится в пределах реалистичных границ воздействия тех или иных мер политики. Для анализа взаимосвязей между каждым показателем политики и разрывом в состоянии здоровья необходимо установить временной интервал в 2–4 года. Это связано с тем, что связь между изменением мер политики и изменением показателей справедливости в отношении здоровья не является мгновенной.

- 95% доверительный интервал (ДИ) на рис. 3.1 показывает, какие из показателей политики имеют статистически значимую связь с неравенством в отношении здоровья. Значения ДИ, которые не касаются нулевой оси или не пересекают ее, указывают на статистически значимые ассоциации.

- Уменьшение на 1% разрыва в показателях заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, лучше всего рассматривать в контексте различий в распространенности ограничивающих жизнедеятельность заболеваний, представленных на рис. 1.17 (раздел 1.2).

- В кластере стран Западной Европы средняя разница в распространенности заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, между людьми в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом составляет 14%.

- В кластере стран Западных Балкан средняя разница в распространенности заболеваний, ограничивающих жизнедеятельность, между людьми в квинтилях с самым высоким и самым низким доходом составляет 5%.

- В данном анализе учитываются интервалы в 2–4 года и эти ассоциации представляют собой краткосрочные изменения. Поэтому с помощью этого анализа трудно выявить долгосрочные изменения, например, ассоциации между ранее принятыми мерами политики. Это объясняется тем, что для получения достоверных фактических данных о последствиях принятых мер требуется более длительный период времени.

- Ограниченность анализа воздействия множественных мер политики в рамках одной модели заключается в том, что рассматриваемые временные рамки ограничены показателями, по которым имелось наименьшее количество данных за последние годы. По мере обновления источников данных, лежащих в основе набора данных о справедливости в отношении здоровья, появится возможность расширить модель, включив в будущие обновления Доклада ранее принятые меры политики и результаты их реализации.

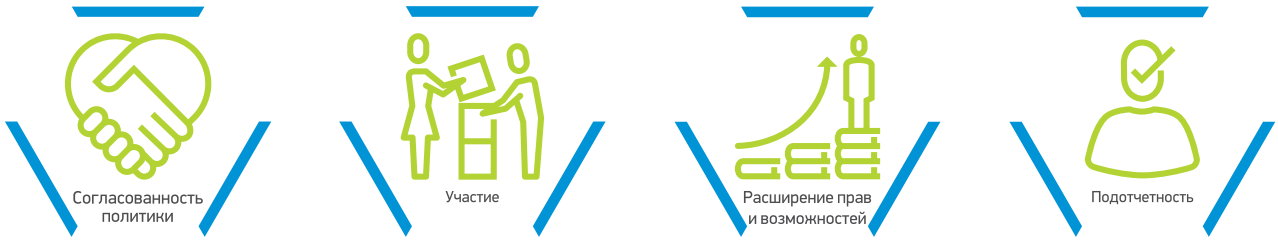
3.2 Ускорение прогресса в деле сокращения неравенства в отношении здоровья

Повышение эффективности мер политики

- Для ускорения сокращения неравенства в отношении здоровья необходимы не только специально разработанные методики определения и количественной оценки измерения причин формирования неравенства в отношении здоровья, но и анализ некоторых более широких социальных и институциональных факторов, оказывающих большое влияние на здоровье и благополучие населения. Такие факторы, как согласованность политики, подотчетность, широкое участие населения и расширение прав и возможностей граждан, все вместе и по одиночке имеют решающее значение для обеспечения справедливости в отношении здоровья (рис. 3.2).

- Каждый из этих четырех факторов может либо помогать, либо наоборот мешать людям и местным сообществам активно участвовать в принятии решений, влияющих на их здоровье и благополучие, а также на обеспечение пяти необходимых базовых условий *(13)*.

Рис. 3.2. Четыре фактора, необходимые для сокращения неравенств в отношении здоровья



- Прогресс в обеспечении справедливости в отношении здоровья ускоряется там, где: имеются сильные механизмы подотчетности; меры политики согласованы между секторами и на различных уровнях социально ответственного управления; участие населения является инклюзивным и высококачественным; граждане и местные сообщества имеют больше прав и возможностей *(13)*.

- Для повышения справедливости в отношении здоровья необходимо, чтобы государственные органы играли активную роль в процессах обеспечения подотчетности в секторе здравоохранения и за его пределами. Механизмы и процессы подотчетности следует постоянно адаптировать с учетом меняющихся политических, экологических, экономических и социальных реалий и вызовов. Подотчетность имеет основополагающее значение для обеспечения надлежащего управления и верховенства права; она лежит в основе правового обязательства, согласно которому все люди и учреждения, включая государство, подчиняются законам и обязательствам, принятым государствами *(64)*.

- Принятие мер в отношении социальных, экономических, экологических и коммерческих детерминант имеет ключевое значение для реализации политики Здоровье-2020, в которой подчеркивается комплексный и многосекторальный подход к повышению уровня здоровья и благополучия всех слоев населения *(102)*.

Внедрение практики всеобщего охвата услугами здравоохранения на пропорциональной основе

- Задача «выравнивания социального градиента здоровья» не может быть решена путем предоставления одинакового объема качественных услуг здравоохранения всем группам населения. В лучшем случае это позволит улучшить состояние здоровья всех людей в одинаковой степени без устранения этого градиента. В худшем случае спрос на предлагаемые услуги будет самым высоким среди людей, уже имеющих наибольший доступ к ресурсам, вследствие чего неравенства в отношении здоровья будут увеличиваться.

- Градиент здоровья также не удастся устранить или радикально уменьшить только за счет целевого охвата наиболее обездоленных групп населения, поскольку это не улучшит здоровье людей, которые находятся в относительно неблагоприятном положении, но не входят в целевую группу. Среди специалистов, занимающихся разработкой политики, это часто называют сценарием «нахождения на краю пропасти».

- Для предотвращения этих двух противоположных форм неудачи в достижении поставленной цели предлагается такой подход, как всеобщий охват услугами здравоохранения на пропорциональной основе, суть которого заключается в охвате услугами всех граждан, плюс выделение дополнительных ресурсов, распределяемых на основе потребностей. Для успешного применения этого подхода необходим достаточно чувствительный индикатор риска последующего ухудшения здоровья, который позволит не только выявить потребности в услугах здравоохранения, но и своевременно принять меры для предотвращения развития заболевания.

- Всеобщий охват услугами здравоохранения на пропорциональной основе может быть достигнут несколькими способами, включая следующие: прямое предоставление услуг, передача полномочий на предоставление услуг, распределение финансовых ресурсов или нормативно-правовое регулирование системы осуществления платежей из страхового фонда или бюджета социального обеспечения.

- **Что касается предоставления услуг**, то цель обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения широко поддерживается общественностью, что свидетельствует о том, что такой подход не рассматривается как ориентация на предоставление “плохих услуг для бедных людей”. Географическое распределение ресурсов должно осуществляться с учетом уровня депривации населения, а интенсивность укомплектования кадрами и спектр предоставляемых услуг должны быть максимальными в районах с более высоким уровнем депривации, ввиду того, что эти факторы имеют прогрессивно меньшее значение для достижения равенства в районах с более высоким уровнем достатка.

- **Что касается общей системы обслуживания населения**, то многие виды услуг, предоставляемых на популяционном уровне (жилищное обеспечение, библиотеки, обеспечение чистой водой и эффективной канализацией, поддержание и обслуживание безопасных общественных мест и т.д.), оказывают большое влияние на социальные детерминанты здоровья. Часто эти услуги поддерживаются на самом высоком уровне в самых богатых районах. Пропорциональный подход предполагает увеличение расходов на обеспечение надлежащих стандартов обслуживания в неблагополучных районах и на поддержание этих стандартов на всех уровнях и во всех сферах. Ресурсы, необходимые для этого, будут по существу пропорциональны необходимости улучшения качества окружающей среды. Во избежание любого ухудшения состояния лучших районов, следует обеспечивать надлежащий базовый уровень обслуживания этих районов.

- **Что касается распределения ресурсов**, то многие государственные службы получают поддержку в виде ежегодных грантовых ассигнований, которые поступают от более высоких уровней государственного управления на более низкие уровни, которые находятся ближе к обслуживаемым ими местным сообществам. Механизмы принятия решений об уровне поддержки, такие как формулы финансирования, должны основываться на потребностях; то есть учитывать не только демографические потребности обслуживаемого населения, но и различия в социальных и медицинских потребностях конкретных групп населения. Очень часто формулы финансирования основаны не на потребностях населения, а на данных об историческом спросе (например, на исторических данных об уровне использования услуг здравоохранения, а не на изменившихся уровнях социальных потребностей или на результатах оказываемых услуг здравоохранения, оцениваемых по показателям здоровья населения).

- Во многих странах системы медицинского обслуживания и социальных выплат функционируют **по модели социального и медицинского страхования**. Для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения на пропорциональной основе необходимо максимально сократить долю населения, не охваченного такими услугами, в случаях, когда система медицинского обслуживания основана на страховых взносах или иных видах взносов потребителей, работодателей или государства, а также внедрить такую систему обслуживания пациентов, когда получение услуг здравоохранения будет зависеть от их потребностей, а не от их активности или умения ориентироваться в системе здравоохранения.

Совершенствование практики сбора и анализа дезагрегированных данных

- Сбор дезагрегированных национальных данные имеет основополагающее значение для обеспечения подотчетности за все действия, предпринятые с целью повышение справедливости в отношении здоровья.

Крайне важно, чтобы все страны, особенно те, которые не располагают большим количеством данных, улучшили свою систему сбора дезагрегированных данных, с тем чтобы можно было более точно оценивать, в том числе с количественной точки зрения, эффективность и последствия принятых мер политики по сокращению неравенства в отношении здоровья.

- Влияние той или иной стратегии или меры политики на справедливость в отношении здоровья следует измерять по таким показателям, как общий уровень охвата услугами здравоохранения, фактический уровень охвата услугами и эффективность этих услуг. Уровень охвата услугами свидетельствует о наличии мер политики, направленных на оказание помощи определенным группам населения, особенно группам, находящимся в наиболее неблагоприятных условиях. Фактический уровень охвата показывает, в какой степени эти меры политики на практике достигают те группы населения, на которые они направлены. Эффективность указывает на способность меры или мер политики обеспечить достижение намеченной цели повышения справедливости в отношении здоровья и наличия условий, необходимых для здоровой жизни.

3.3 Достижение поставленных целей, ускорение деятельности и оказание необходимого влияния

В настоящем докладе содержится призыв к улучшению всех пяти условий, необходимых для обеспечения справедливости в отношении здоровья

- Для осуществления мер политики и мероприятий, способствующих сокращению неравенства в отношении здоровья среди всего населения, необходимо, чтобы государства-члены опирались на универсальную политику и перешли от реализации разрозненных мер политики к принятию и реализации всестороннего комплекса согласованных решений. Необходимо устранить неравенство во всех основных условиях здоровой жизни (рис. 3.3). Для достижения успеха недостаточно выбрать какую-то одну меру политики или одно направление деятельности, так как именно такой узконаправленный подход и является причиной отсутствия прогресса в деле сокращения неравенства в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ до настоящего времени.
- Для успешной деятельности по обеспечению условий для здоровой и благополучной жизни всех граждан необходимо активное участие многих субъектов, например, таких как системы здравоохранения, соответствующие министерства и государственные ведомства, специалисты в области здравоохранения, социального обеспечения и образования и организации гражданского общества. К этой деятельности важно привлекать все социальные группы, которые должны играть роль активного партнера в усилиях, направленных на создание необходимых условий и снижение барьеров, чтобы они хорошо осознавали необходимость действий по сокращению неравенства в отношении здоровья.

Рис. 3.3. Условия, обозначенные в докладе ОСОЗ как необходимые для обеспечения справедливости в отношении здоровья



Услуги здравоохранения

- ВОУЗ имеет важнейшее значение для повышения уровня здоровья и благополучия всех людей и сокращения неравенства в отношении здоровья.
- Государства-члены должны ускорить меры по повышению качества услуг здравоохранения для людей, находящихся в тяжелом положении, путем более широкого использования принципов

обслуживания граждан с учетом их потребностей, что позволит быстрее сократить уровень неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи. Это включает в себя сокращение уровня личных расходов граждан на здравоохранение и ускорение действий по уменьшению воздействия таких расходов на людей, находящихся в тяжелом экономическом положении.

Защищенность доходов и социальная защита

- Следует проводить политику социальной защиты, направленную на сокращение неравенства в способности справляться с проблемой нестабильности доходов, когда она возникает, независимо от средств и обстоятельств.
- Это включает в себя создание для всех работников (независимо от типа их контракта) таких условий занятости, которые защищают их от возникновения проблемы нестабильности доходов, например, за счет предоставления отпуска по уходу за ребенком и установленных законом пенсий.

Условия жизни

- Для сокращения социального неравенства следует проводить политику, направленную на улучшение жилищных условий и коммунального обслуживания, а также ускорить принятие необходимых мер в тех районах, где, скорее всего, живут люди, находящиеся в наиболее неблагоприятном положении.
- Следует осуществлять меры политики и практические мероприятия по улучшению условий жизни граждан, уделяя особое внимание улучшению жилищного фонда и благоустройству жилых кварталов, а также созданию новых доступных зеленых зон и качественного жилья в тех районах, где, скорее всего, живут люди, находящиеся в наиболее неблагоприятном положении.

Социальный и человеческий капитал

- Следует проводить политику в области образования, направленную на сокращение неравенства, улучшение результатов обучения и образования и ускоренное повышение расходов на образование (дошкольное, начальное, среднее и непрерывное образование) в тех районах, где, скорее всего, живут люди, находящиеся в наиболее неблагоприятном положении.
- Важно также проводить политику поощрения политического участия, с тем чтобы все люди могли участвовать в принятии политических решений, влияющих на их жизнь и здоровье на местном, национальном и международном уровнях.

Условия занятости и труда

- Необходимо в ускоренном порядке принимать меры политики и проводить практические мероприятия по сокращению различий в уровнях безработицы, повышению справедливой доступности высококачественных активных программ политики на рынке труда и улучшению условий занятости для всех работников, в том числе работников, не имеющих гарантированной занятости (например, работающих по временным и срочным контрактам).

Многосекторальные действия – это важнейшее условие успеха

- Ответственность за создание условий, благоприятных для здоровья, и снижение рисков для здоровья людей несут все государственные секторы, а не только сектор здравоохранения.
- Службы здравоохранения могут усилить и максимально увеличить вклад других секторов в сокращение неравенств в отношении здоровья. Круг заинтересованных сторон, занимающихся вопросами, имеющими отношение к обеспечению справедливости в отношении здоровья, становится все более широким и разнообразным. Деятельность этих сторон осуществляется на международном, региональном, национальном и субнациональном уровнях, а также в рамках государственно–частного, коммерческого и некоммерческого секторов и на стыке формальных и неформальных секторов.
- Эффективность стратегий охраны здоровья населения можно значительно повысить, в том числе в плане снижения или устранения непреднамеренных негативных последствий для справедливости в отношении здоровья, связанных с деятельностью других секторов, если работа в этом направлении будет объединена и скоординирована между соответствующими субъектами, учреждениями и уровнями государственного управления.

- ЦУР 17 направлена на активизацию работы в рамках Глобального партнерства в интересах устойчивого развития. Одной из ее более узких целей является поощрение и развитие государственных и государственно-частных партнерств, а также партнерств организаций гражданского общества на основе накопленного опыта и стратегий ресурсного обеспечения деятельности, используемых в рамках партнерств.

- Министерствам (включая здравоохранение) необходимы мощные механизмы и процессы подотчетности для обеспечения принятия и осуществления законодательства и нормативных актов, способствующих обеспечению справедливости в отношении здоровья *(64)*.

- Работа с негосударственными субъектами, включая корпорации, имеет важнейшее значение для обеспечения справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ и решения проблем, связанных с коммерческими детерминантами здоровья.

- Доклад ОСОЗ предоставляет доказательства, необходимые как для использования службами здравоохранения многосекторальных подходов, так и для их перехода от позиции рассмотрения здоровья и благополучия как вопросов образа жизни к позиции рассмотрения справедливости в отношении здоровья и благополучия в качестве жизненно важного фактора инклюзивной и устойчивой экономики и социально справедливых обществ *(13)*.

- Подход «Содействие социальной справедливости в отношении здоровья во всех стратегиях» (eHiAP) предоставляет странам методы наращивания потенциала и инструменты для осуществления совместных действий по повышению справедливости в отношении здоровья и благополучия во всех секторах.

— В этой Рамочной программе подчеркивается многосекторальный подход к разработке национальных или субнациональных государственных программ и стратегий для обеспечения того, чтобы интересы справедливости в отношении здоровья в полной мере учитывались и за рамками системы здравоохранения. Цель состоит в том, чтобы сделать деятельность по обеспечению справедливости в отношении здоровья одним из приоритетов всех звеньев правительственного аппарата.

Устойчивая экономика и неравенства в отношении здоровья

- Справедливость в отношении здоровья имеет решающее значение для достижения устойчивого развития и инклюзивной экономики. Одним из условий достижения ЦУР является сотрудничество с партнерами в области здравоохранения и развития. Поэтому принятие многосекторального подхода имеет жизненно важное значение для развития и расширения сотрудничества между людьми, работающими в разных секторах.

- Условия, навязываемые странам международными организациями и финансовыми учреждениями, зачастую противоречат цели улучшения здоровья всех граждан. Вместо того чтобы отдавать приоритет устойчивому и инклюзивному росту, навязываемые странам условия ставят во главу угла неустойчивый экономический рост, который может привести к снижению уровня заработной платы, повышению налогов и сокращению основных услуг, таких как здравоохранение и социальная помощь *(135)*.

- Повышение доверия к государственным институтам, таким как службы здравоохранения, является частью улучшения функционирования общества, способствуя снижению стресса и улучшению благосостояния.

- Реформирование структур занятости и рынков труда в целях повышения уровня справедливости и обеспечение того, чтобы экономическая и торговая политика была справедливой для всех, имеют важное значение для устойчивого сокращения неравенства и предотвращения увеличения различий.

- Рассмотрение мер обеспечения защиты доходов граждан как важную составляющую деятельности, направленной на повышение уровня здоровья и благополучия населения – это тот способ, с помощью которого министерства здравоохранения, финансов и занятости могут совместно работать в интересах инклюзивной и здоровой экономики и инклюзивного и здорового общества.

- Повышение уровня здоровья и благополучия людей и обеспечение того, чтобы никто не остался без внимания, способствует экономическому росту. В свою очередь, устойчивый и инклюзивный рост стимулирует экономику и уменьшает неравенства в отношении здоровья, связанные с доходами домохозяйств *(136, 137)*.

- Основное предназначение устойчивого и инклюзивного роста – это обеспечение справедливой пользы для всех членов общества. Включение в финансовую и экономическую политику стран таких социальных ценностей, как справедливость, равенство, уважение человеческого достоинства и прав человека, доверия, принадлежность к обществу и повышение уровня благополучия и жизнестойкости, будет способствовать достижению устойчивого развития и инклюзивного общества и устранению барьеров, с тем чтобы каждый человек мог реализовать свой полный потенциал здоровья и благополучия.

Библиография

1. Lundberg O, Dahl E, Fritzell J, Palme J, Sjöberg O. Social protection, income and health inequities. Final report of the Task group on GDP, taxes, income and welfare [Заключительный доклад целевой группы по ВВП, налогообложению, доходам и социальному обеспечению]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302874/TG-GDP-taxes-incomewelfare-final-report.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).
2. Обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251959/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 апреля 2019 г.).
3. Детская бедность в Европе и Центральной Азии: определения, оценка масштабов, тенденции и рекомендации. Нью-Йорк: Детский фонд Организации Объединенных Наций, 2017 г. (https://www.unicef.org/eca/media/3401/file/Child-poverty-regional-report-russian.pdf, по состоянию на 1 апреля 2019 г.).
4. Clair A, Reeves A, McKee M, Stukler D. Constructing a housing precariousness measure for Europe. J Eur Soc Policy 2018;29(1):13–28 (https://doi.org/10.1177/0958928718768334, accessed 1 April 2019).
5. WHO housing and health guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).
6. OECD COPE. Understanding the socio-economic divide in Europe. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development; 2017 (https://www.oecd.org/els/soc/cope-divide-europe-2017-background-report.pdf, accessed 1 April 2019).
7. In it together: why less inequality benefits all. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 (https://doi.org/10.1787/9789264235120-en, accessed 1 April 2019).
8. Action needed to tackle stalled social mobility [website]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 (http://www.oecd.org/newsroom/action-needed-to-tackle-stalled-socialmobility.htm, accessed 1 April 2019).
9. Strategic mapping of public perceptions on health equity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
10. Public good or private wealth? Nairobi: Oxfam International; 2019 (https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620599/bp-public-good-or-private-wealth-210119-en.pdf, accessed 1 April 2019).
11. Strategic mapping of institutional frameworks and their approach to equity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
12. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009 г. (https://www.who.int/publications/list/WHO_IER_CSDH_08_1/ru/, по состоянию на 1 апреля 2019 г.).
13. Hanefeld J. Обеспечение справедливости в отношении здоровья – роль подотчетности, согласованности политики, общественного участия и расширения прав и возможностей. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325106/9789289054195-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 18 июля 2019 г.).
14. Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).
15. Дорожная карта по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. с опорой на европейскую политику в поддержку здоровья и благополучия – Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/345604/67wd09r_SDGroadmap_170638.pdf?ua=1, по состоянию на 1 ноября 2019 г.).
16. Цели в области устойчивого развития [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 2019 г. (https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/, по состоянию на 26 июля 2019 г.).
17. Thirteenth general programme of work 2019–2023 [website] [Тринадцатая общая программа работы на 2019-2023 гг.]. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019-2023, accessed 1 April 2019).
18. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. [В состоянии ли люди платить за услуги здравоохранения? Новые фактические данные о финансовой защите в Европе]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 1 May 2019).

19. Health equity [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/topics/health_equity/en/, accessed 1 April 2019).

20. European health report 2018. More than numbers – evidence for all [Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2018 г. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/379862/who-ehr-2018-eng.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

21. Brown C, Harrison D, Burns H, Ziglio E. Стратегическое руководство для обеспечения справедливости в отношении здоровья. Реализация ценностных установок и целей политики Здоровье-2020 в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/governance-for-health-equity-2014, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

22. Suhrcke M, Cookson R. Discussion paper on economics and health inequalities. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/socialdeterminants/publications/2016/discussion-paper-on-economics-and-health-inequalities-2016, accessed 1 April 2019).

23. Eurofound. The gender employment gap: challenges and solutions. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016 (https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2016/labour-market/the-gender-employment-gap-challenges-and-solutions, accessed 1 April 2019).

24. Jensen BB, Currie C, Dyson A, Eisenstadt N, Melhuish E. Early years, family and education task group: report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/236193/Early-years,-family-and-education-task-group-report.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

25. Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/communicable-diseases/hepatitis/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020-2014, по состоянию на 1 апреля 2019 г.).

26. Tailoring immunization programmes to reach underserved groups – the TIP approach [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/measles-and-rubella/activities/tailoring-immunization-programmes-toreach-underserved-groups-the-tip-approach, accessed 1 April 2019).

27. Десять проблем здравоохранения, над которыми ВОЗ будет работать в 2019 году [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2019 г. (https://www.who.int/emergencies/ru/, по состоянию на 1 апреля 2019 г.).

28. Feiring B, Laake I, Molden T, Cappelen I, Håberg SE, Magnus P, et al. Do parental education and income matter? A nationwide register-based study on HPV vaccine uptake in the school-based immunisation programme in Norway. BMJ Open 2015;5:e006422 (http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006422, accessed 1 April 2019).

29. Subramanian V, Huijts T, Avendano M. Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? Bull World Health Organ. 2009;88:131–138 (http://dx.doi.org/10.2471/BLT.09.067058, accessed 1 April 2019).

30. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. PLoS One 2014;9(1):e84933 (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933, accessed 1 April 2019).

31. Hendramoorthy M, Kupek E, Petrou S. Self-reported health and socio-economic inequalities in England, 1996–2009: Repeated national cross-sectional study. Soc Sci Med. 2015;136–137: 135–146 (https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.026, accessed 1 April 2019).

32. About the WHO-5 [website]. Hillerød: Psykiatric Center North Zealand; 2012 (https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/about-the-who-5/Pages/default.aspx, accessed 1 April 2019).

33. Functional and activity limitations statistics [website]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2017 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Functional_and_activity_limitations_statistics, accessed 1 April 2019).

34. Психическое здоровье подростков в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро; 2018 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/383892/adolescent-mh-fs-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 апреля 2019 г.

35. Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, Desai M, Senek , McKee M, et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. PLoS One 2011;6(6):e20724 (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020724, accessed 1 April 2019)

36. Social determinants and risk factors in tuberculosis surveillance in the EU/EEA. ECDC technical report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2018 (https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Social-determinants-and-risk-factors-for-TB.pdf, accessed 1 April 2019).

37. Dara M, Zachariah R. Ending tuberculosis calls for leaving no one behind. Lancet Infect Dis. 2018;18(4):365–366 (https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30746-6, accessed 1 April 2019).

38. Reeves A, Basu S, McKee M, Stuckler D, Sandgren A, Semenza J. Social protection and tuberculosis control in 21 European countries, 1995–2012: a cross-national statistical modelling analysis. Lancet Infect Dis. 2014;14(11):1105–1112 (https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70927-2, accessed 1 April 2019).

39. Carter DJ, Glaziou P, Lönnroth K, Siroka A, Floyd K, Weil D, et al. The impact of social protection and poverty elimination on global tuberculosis incidence: a statistical modelling analysis of Sustainable Development Goal 1. Lancet Glob Health 2018;6(5):e514-522 (https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30195-5, accessed 1 April 2019).

40. Siroka A, Ponce NA, Lönnroth K. Association between spending on social protection and tuberculosis burden: a global analysis. Lancet Infect Dis 2016;16(4):473–479 (http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00401-6, accessed 1 April 2019).

41. United Nations common position on ending HIV, TB and viral hepatitis through intersectoral collaboration. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/382559/ibc-health-common-position-paper-eng.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

42. Duarte R, Santos JV, Silva A, Sotgiu G. Epidemiology and socioeconomic determinants. In: Migliori GB, Bothamley G, Duarte R, Rendon A, editors. Tuberculosis (ERS Monograph). Sheffield: European Respiratory Society; 2018, 28–35 (https://doi.org/10.1183/2312508X.erm8218, accessed 1 April 2019).

43. Hiam L, Harrison D, McKee M, Dorling D. Why is life expectancy in England and Wales “stalling”? J Epidemiol Community Health 2018;72:404–408 (http://dx.doi.org/10.1136/jech-2017-210401, accessed 1 April 2019).

44. Toffolutti V, McKee M, Melegaro A, Ricciardi W, Stuckler D. Austerity, measles and mandatory vaccination: cross-regional analysis of vaccination in Italy 2000–14. Eur J Public Health 2019;29(1):123–127 (https://doi.org/10.1093/eurpub/cky178, accessed 1 April 2019).

45. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. J Epidemiol Community Health 2017;71(8):827–834 (http://dx.doi.org/10.1136/jech-2016-208141, accessed 1 April 2019).

46. Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/127525/e94499.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

47. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

48. Barr B, Bambra C, Whitehead M. The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001-11: longitudinal ecological study. BMJ 2014;348:g3231 (https://doi.org/10.1136/bmj.g3231, accessed 1 April 2019).

49. Giskes K, Kunst AE, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E, et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. J Epidemiol Community Health 2005;59(5):395–401 (https://doi.org/10.1136/jech.2004.025684, accessed 1 April 2019).

50. Infographic – WHO FCTC Implementation 2018 [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/key-policydocuments/who-framework-convention-on-tobacco-control-who-fctc/implementation-of-the-whofctc/infographic-who-fctc-implementation-2018-download, accessed 1 April 2019).

51. Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K, et al. Inequalities in alcohol-related mortality in 17 European countries: a retrospective analysis of mortality registers. PLoS Med. 2015;12(12):e1001909 (https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001909, accessed 1 April 2019).

52. Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf, accessed 1 April 2019).

53. Roche A, Kostadinov V, Fischer J, Nicholas R, O’Rourke K, Pidd K, et al. Addressing inequities in alcohol consumption and related harms. Health Promot Int. 2015;30(Suppl 2):20–35 (https://doi.org/10.1093/heapro/dav030, accessed 1 April 2019).

54. Wood S, Bellis M. Socio-economic inequalities in alcohol consumption and harm: evidence for effective interventions and policy across EU countries. Brussels: European Union; 2017 (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/hepp_screport_alcohol_en.pdf, accessed 1 April 2019).

55. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. Lancet Glob Health 2016;4(12):e895-e896 (https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0, accessed 1 April 2019).

56. Неинфекционные заболевания. Основные факты [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 г. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

57. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the noncommunicable disease crisis. Lancet 2011;377(9775):1438–1447 (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60393-0, accessed 1 April 2019).

58. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9789244591017_rus.pdf?sequence=4, по состоянию на 1 апреля 2019 г.).

59. Tackling NCDs: "best buys" and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/iris/handle/10665/259232, accessed 1 April 2019).

60. Knai C, Petticrew M, Mays N, Capewell S, Cassidy R, Cummins S, et al. Systems thinking as a framework for analyzing commercial determinants of health. Milbank Q. 2011;96(3):472–498 (https://doi.org/10.1111/1468-0009.12339, accessed 1 April 2019).

61. Burgoine T, Forouhi NG, Griffin S, Wareham NJ, Monsivais P. Associations between exposure to takeaway food outlets, takeaway food consumption, and body weight in Cambridgeshire, UK: population based, cross sectional study. BMJ 2014;348:g1464 (https://doi.org/10.1136/bmj.g1464, accessed 1 April 2019).

62. Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. BMJ 2019;364:l251 (https://doi.org/10.1136/bmj.l251, accessed 1 April 2019).

63. Fighting illicit tobacco. The stakeholder perspective [website]. Brussels: European Economic and Social Committee; 2018 (https://www.eesc.europa.eu/en/agenda/our-events/events/fighting-illicit-tobacco, accessed 1 April 2019).

64. Hammonds R, Hanefeld J, Ooms G. Подотчетность как ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325133/9789289054171-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

65. Sassi F, Belloni A, Mirelman AJ, Suhrcke M, Thomas A, Salti N, et al. Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours. Lancet 2018;391(10134):2059–2070 (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30531-2, accessed 1 April 2019).

66. Body mass index (BMI) by sex, age, and income quintile 2017. Eurostat [online database]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2017 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en, accessed 1 April 2019).

67. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. (EUR/RC64/14). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 г. (http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020, по состоянию на 1 апреля 2019 г.).

68. Мониторинг и ограничение ориентированного на детей и подростков цифрового маркетинга вредных для здоровья продуктов. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 г. (http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/nutrition/publications/2019/monitoring-and-restricting-digital-marketing-of-unhealthy-products-to-children-and-adolescents-2019, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

69. Backgrounder 2: closing the gap in a generation - how? Background paper to the final report of the Commission on Social Determinants of Health (2005–2008). Geneva: World Health Organization; 2008 (https://www.who.int/social_determinants/final_report/closing_the_gap_how_en.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

70. Franklin P, Greer S, Falkenbach M. Согласованность политики как ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325122/9789289054140-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 1 августа 2019 г.)

71. Gotsade G, Bennett S, Ranson K, Gzirishvili D. Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. Health Policy Plan. 2005;20(4):232–242 (https://doi.org/10.1093/heapol/czi029, accessed 1 April 2019).

72. SHARE – survey of health, ageing and retirement in Europe [website]. Munich: SHARE; 2016 (http://www.share-project.org/home0.html, accessed 1 April 2019).

73. Cylus J, Thomson S, Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. Bull World Health Organ. 2018;96:599–609 (https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-209031/en/, accessed 1 April 2019).

74. Thomson S, Cylus J, Evetovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2019 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 3 June 2019).

75. Системы здравоохранения в поддержку процветания и солидарности: никого не оставить без внимания. Итоговое заявление совещания высокого уровня, Таллинн, Эстония, 13–14 июня 2018 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/374618/tallinn-outcome-statement-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

76. High-level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for health and growth: investing in the health workforce. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1, accessed 1 April 2019).

77. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codija L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. Bull World Health Organ. 2010;88(5):357–363 (https://doi.org/10.2471/BLT.09.070920, accessed 1 April 2019).

78. Haagh LA. The developmental social contract and basic income in Denmark. Soc Pol Soc. 2018;18(2):301–317 (https://doi.org/10.1017/S1474746418000301, accessed 20 May 2019).

79. Reeves A, Loopstra L. Set up to fail? How welfare conditionality undermines citizenship for vulnerable groups. Soc Pol Soc. 2017;16(2):327–338 (https://doi.org/10.1017/S1474746416000646, accessed 1 April 2019).

80. Social protection floor [website]. Geneva: International Labour Organization; 2019 (https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/policy-development-and-applied-research/social-protection-floor/lang--en/index.htm, accessed 1 April 2019).

81. Public social spending is high in many OECD countries. Social expenditure update 2019. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development; 2019 (http://www.oecd.org/social/soc/OECD2019-Social-Expenditure-Update.pdf, accessed 1 April 2019).

82. Baker P, Hone T, Reeves A, Avendano M, Millett C. Does government expenditure reduce inequalities in infant mortality rates in low- and middle-income countries? A time-series, ecological analysis of 48 countries from 1993-2013. Health Econ Policy Law 2018;14(2):249–273 (https://doi.org/10.1017/S1744133118000269, accessed 20 May 2019).

83. Haagh L, Rohregger B. Universal basic income policies and their potential for addressing health inequities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.

84. Social protection for older persons: key policy trends and statistics. Geneva: International Labour Organization; 2014 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_310211.pdf, accessed 1 April 2019).

85. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

86. UNICEF Office of Research – Innocenti. Building the future: children and the Sustainable Development Goals in rich countries. Innocenti Report Card 14. Florence: United Nations Children's Fund; 2017 (https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/RC14_eng.pdf, accessed 1 April 2019).

87. Nessen LW, Mohan D, Akuoku JK, Mirelman AJ, Ahmed S, Koehlmoos TP, et al. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the sustainable development agenda. Lancet 2018;391(10134):2036–2046 (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30482-3, accessed 20 May 2019).

88. Инструмент обеспечения справедливости в отношении здоровья. Концептуальная основа мониторинга мер политики повышения справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 г (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/410458/FINAL_20190814-h1730-policy-tool-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

89. Reeves A, McKee M, Mackenbach J, Whitehead M, Stukler D. Public pensions and unmet medical need among older people: cross-national analysis of 16 European countries, 2004-2010. JECH 2017;71(2):174–180 (http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-206257, accessed 1 April 2019).

90. Здоровая окружающая среда – здоровые люди. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/367189/eceh-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

91. Braubach M, Savelsberg J. Social inequalities and their influence on housing risk factors and health. A report based on the WHO LARES database. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/113260/E92729.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

92. Total population living in a dwelling with a leaking roof, damp walls, floors or foundation, or rot in window frames or floor - EU-SILC survey. Eurostat [online database]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2019 (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_mdho01&lang=en, accessed 1 April 2019).

93. Braubach M, Jacobs D, Ormandy D. Environmental burden of disease associated with inadequate housing. A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/ assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

94. Fact sheets on sustainable development goals. Health targets. Air quality and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/385959/fs-sdg-3-9-air-eng.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

95. Air pollution [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/airpollution/household/en/, accessed 1 April 2019).

96. Matthew Saunders, Ben Barr, Phil McHale, Christoph Hamelmann. Ключевые меры политики для воздействия на социальные детерминанты здоровья и сокращения неравенства в отношении здоровья. Сводный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья № 52. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/363767/hen-52-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

97. Fourth quarter of 2017 compared with fourth quarter of 2016. Eurostat news release (62/2018). Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2018 (https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8803917/2-11042018-AP-EN.pdf/05686cc0-87f7-48b7-8c02-a13f8ce3ed40, accessed 1 April 2019).

98. Eurofound. European quality of life survey 2016: quality of life, quality of public services, and quality of society. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017 (https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf, accessed 1 April 2019).

99. Jackson D, Vaughn M. Promoting health equity to prevent crime. Prev Med. 2018;113:91–94 (https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.009, accessed 1 April 2019).

100. Lorenc T, Petticrew M, Whitehead M, Neary D, Clayton S, Wright K, et al. Fear of crime and the environment: systematic review of UK qualitative evidence. BMC Public Health 2013;13:496 (https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-496, accessed 1 April 2019).

101. Strengthening resilience: a priority shared by Health 2020 and the Sustainable Development Goals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/351284/resilience-report-20171004-h1635.pdf, accessed 1 April 2019).

102. Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: ВОЗ: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 августа 2019 г.).по состоянию на 1 августа 2019 г.).

103. Braubach M, Egorov A, Mudu P, Woldf T, Ward Thompson C, Martuzzi M. Effects of urban green space on environmental health, equity and resilience. In: Kabisch N, Korn H, Stadler J, Bonn A, editors. Nature-based solutions to climate change adaptation in urban areas. Theory and Practice of Urban Sustainability Transitions series. Cham: SpringerOpen; 2017:187–205 (https://doi.org/10.1007/978-3-319-56091-5_11, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

104. Повысить уровень физической активности в городах. Качественное преобразование общественных мест в интересах повышения уровня физической активности — важный фактор достижения Целей в области устойчивого развития в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/364393/gehl-report-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

105. Loring B, Robertson A. Obesity and inequities. Guidance for addressing inequities in overweight and obesity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

106. Pikhart H, Ruiz M, Morrison J, Glodblatt P, Marmot M. DRIVERS final scientific report. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. London: University College London Research Department of Epidemiology and Public Health; 2014 (https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/health-gradient/DRIVERS_WP2_Early_Child_Development_Final_Report.pdf, accessed 1 April 2019).

107. Velea R, Tamburlini G. Развитие детей в раннем возрасте в Европейском регионе: потребности, тенденции и разработка политики. Обзор на основе оценки пяти стран. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/265779/Early-child-development-in-the-European-Region-needs,-trends-and-policy-development-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

108. PISA 2015 results (volume I): excellence and equity in education. Paris: OECD Publishing; 2016 (https://doi.org/10.1787/9789264266490-en, accessed 1 April 2019).

109. A broken elevator? How to promote social mobility. Paris: OECD Publishing; 2018 (https://doi.org/10.1787/9789264301085-en, accessed 1 April 2019).

110. Commission on Social Determinants of Health, HELP. Early child development: a powerful equalizer. Final report for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health. Vancouver (BC): Human Early Learning Partnership; 2007 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69729/a91213.pdf;jsessionid=60D0D298FCF087542A9039C237153F55?sequence=1, accessed 1 April 2019).

111. Peppin Vaughn R. Gender equality and education in the Sustainable Development Goals. Background paper prepared for the 2016 Global Education Monitoring Report. Education for people and planet: creating sustainable futures for all. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2016 (http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002455/245574E.pdf, accessed 1 April 2019).

112. Rocco L, Suhrcke M. Is social capital good for health? A European perspective. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/170078/Is-Social-Capital-good-for-your-health.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

113. Boyce T, Brown C. Reducing health inequities: perspectives for policy-makers and planners. Engagement and participation for health equity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/353066/Engagement-and-Participation-HealthEquity.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

114. Eurofound. Societal change and trust in institutions. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018 (https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef18036en.pdf, accessed 1 April 2019).

115. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. Soc Sci Med. 2006;62(7):1768–1784 (https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.036, accessed 1 April 2019).

116. Suter E, Mallison S. Accountability for coordinated/integrated health services delivery. Working paper. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/286149/Accountability_for_coordinated_integrated_health_services_delivery.pdf, accessed 1 April 2019).

117. Francés F, La Parra-Casado D. Общественное участие как ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 г. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325120/9789289054188-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

118. Fazekas M. Assessing the quality of government at the regional level using public procurement data. Working papers (WP 12/2017). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017 (http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/work/201703_regional_pp_governance.pdf, accessed 1 April 2019).

119. Boyce T, Brown C. Economic and social impacts and benefits of health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/395718/Economic-Social-Impact-Health-FINAL.pdf?ua=1, accessed 1 April 2019).

120. McNamara C, Carroll JJ. The politics of health equity in Europe. New York (NY): Council for European Studies; 2016 (https://www.europenowjournal.org/2016/10/31/introduction-the-politics-of-healthequity-in-europe/, accessed 1 April 2019).

121. Dodson S, Good S, Osborne R, editors. Health literacy toolkit for low- and middle-income countries. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205244/B5148.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 1 April 2019).

122. Working for equity in health: the role of work, worklessness and social protection in health inequalities. Edinburgh: Scottish Government and Health Action Partnership International; 2012 (http://www.hapi.org.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=14542&type=Full&servicetype=Attachment, accessed 18 July 2019).

123. Schuring M, Burdof L, Kunst A, Mackenbach J. The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. J Epidemiol Community Health 2007;61(7):597–604 (https://doi.org/10.1136/jech.2006.047456, accessed 1 April 2019).

124. Siegrist J, Rosskam E, Leka S. Work and worklessness. Final report of the task group on employment and working conditions, including occupation, unemployment and migrant workers. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.instituteofhealthequity.org/file-manager/PDFs/WHOEuroReview/ewc-task-report.pdf, accessed 1 April 2019).

125. The European mental health action plan 2013–2020 [Европейский план действий по охране психического здоровья на 2013–2020 гг.] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf, accessed 1 April 2019).

126. Sethi D, Hughes K, Bellis M, Mitis F, Racioppi F, editors. European report on preventing violence and knife crime among young people. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/areas-of-work/violence/youth-violence, accessed 1 April 2019).

127. Bambra C, Munford L, Brown H, Wilding A, Robinson T, Holland P, et al. Health for wealth: building a healthier northern powerhouse for UK productivity. Newcastle: Northern Health Sciences Alliance; 2018 (http://www.thenhsa.co.uk/app/uploads/2018/11/NHSA-REPORT-FINAL.pdf, accessed 1 April 2019).

128. Young people and long-term unemployed – remaining challenges in the labour market. Presentation by Director of Eurofound, Juan Menéndez-Valdés, at an informal meeting of the Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs (EPSCO) Council. Sofia, 17–18 April 2018. Dublin: Eurofound; 2018 (https://www.eurofound.europa.eu/sites/all/libraries/viewerjs/index.html#https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/presentation_to_informal_epsco_-_sofia_-_bulgaria_-_17-18_april_2018_jme.pdf, accessed 1 April 2019).

129. World employment social outlook. Trends 2018. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_615594.pdf, accessed 1 April 2019).

130. Barlow P, McKee M, Stuckler D, Reeves A. Employment relations and dismissal regulations: does employment legislation protect the health of workers? Soc Policy Admin. 2019:1–19 (https://doi.org/10.1111/spol.12487, accessed 1 April 2019).

131. Quinlan M. The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety. Conditions of Work and Employment Series; No. 67. Geneva: International Labour Organization; 2015 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_443266.pdf, accessed 1 April 2019).

132. Policy responses to new forms of work. Paris: OECD Publishing; 2019 (https://doi.org/10.1787/0763f1b7-en, accessed 1 April 2019).

133. Охрана здоровья на рабочем месте. Информационный бюллетень [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. (https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health, по состоянию на 1 августа 2019 г.).

134. International labour standards on collective bargaining [website]. Geneva: International Labour Organization; 2019 (https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labourstandards/collective-bargaining/lang--en/index.htm, accessed 1 April 2019).

135. IMF policy paper. Fiscal policy and long-term growth. Washington (DC): International Monetary Fund; 2015 (https://www.imf.org/external/np/pp/eng/2015/042015.pdf, accessed 1 April 2019).

136. Frenk J. Health and the economy: a vital relationship. OECD Observer No. 243 (11 May 2004). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2004 (http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html, accessed 1 April 2019).

137. Costa-Font J, Hernández-Quevedo C, Sato A. A health "Kuznets' curve"? Cross-section and longitudinal evidence on concentration indices. Soc Indic Res. 2018;136(2):439–452 (https://doi.org/10.1007/s11205-017-1558-8, accessed 1 April 2019).

Приложение 1. Методы расчета показателей

A1.1 Выбор показателей

Показатели были отобраны для включения в набор данных, предназначенных для подготовки Доклада о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья (ОСВОЗ), с тем чтобы обеспечить прагматичный набор количественных показателей, основанных на доступных данных и отражающих степень справедливости в отношении здоровья и эффективность мер по улучшению пяти основных условий, необходимых для обеспечения справедливости в отношении здоровья: *услуги здравоохранения, защищенность доходов и социальная защита, условия жизни, социальный и человеческий капитал, условия занятости и труда*. При выборе показателей в консультации с Консультативной группой научных экспертов был рассмотрен ряд ключевых критериев.

При подготовке Доклада о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья акцент был поставлен на использовании показателей, которые:

- безусловно относились к приоритетным областям деятельности по обеспечению справедливости в отношении здоровья, по которым имелась хорошая доказательная база;
- относились к областям деятельности, в которых государства-члены уже взяли на себя определенные обязательства;
- имели отношение ко всему спектру страновых контекстов в Европейском регионе ВОЗ;
- обеспечивали сбалансированность мер по улучшению пяти основных условий, необходимых для обеспечения справедливости в отношении здоровья;
- обеспечивали достаточный охват стран Региона (по крайней мере 30 стран) каждым показателем, при этом предпочтение отдавалось показателям, охватывающим страны за пределами Европейского союза (ЕС);
- предполагали использование данных, собранных в рамках последовательных процессов в разных странах, чтобы обеспечить возможность проведения более надежных сопоставлений;
- предполагали использование данных, которые могли быть дезагрегированы по социально-экономическому статусу или которые были связаны с мерами политики, с помощью которых уже удалось добиться ощутимого повышения справедливости в отношении здоровья;
- предполагали использование открытых данных из международных наборов данных, которые можно было реально собрать и проанализировать с учетом имеющихся временных рамок и ресурсов;
- предполагали использование достаточно свежих данных, которые можно было обновлять для отслеживания тенденций.

Научно-консультативная группа экспертов тщательно проанализировала первоначальный перечень из более чем 200 показателей, после чего на основе широких консультаций и с учетом перечисленных выше критериев были отобраны окончательные 108 показателей, включенных в набор данных о справедливости в отношении здоровья.

A1.2 Источники данных

Для расчета показателей, фигурирующих в наборе данных о справедливости в отношении здоровья, были использованы данные из нескольких источников. Данные были получены из таких источников, как обследования домашних хозяйств и другие обследования населения, системы административных данных и системы эпиднадзора и наблюдения. Там, где это было возможно, использовались общедоступные данные. Например, ряд показателей был получен на основе наборов данных, содержащих данные национального уровня, опубликованные Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Всемирным банком, Международной организацией труда (МОТ) и базой данных Евростат (англ. Eurostat) статистического управления ЕС. Данные Евростата были получены в рамках соглашения об обмене данными (RPP 85/2018-LFS-EU-SILC-EHIS). Ответственность за все выводы, сделанные на основе данных, полностью лежит на авторах.

В тех случаях, когда данные не являются общедоступными, для расчета показателей используются микроданные обследований, содержащие информацию, имеющуюся на индивидуальном уровне. Были сделаны официальные запросы на доступ к микроданным обследований, например, к данным Европейского союза по статистике доходов и условий жизни (EC-SILC), инструмента STEPS (поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору) и Европейского опроса по состоянию здоровья (см. перечень ниже). Эмпирические данные, собранные, в частности, в ходе этих национальных репрезентативных обследований, были собраны и обработаны в целях разработки показателей.

Подробные сведения о каждом из источников данных приведены здесь.

- Eurostat [online database] [онлайновая база данных Евростат]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union [Статистическое управление Европейского Союза] (http://ec.europa.eu/eurostat/data/database).
- World Bank Data Catalogue [online database]. Washington (DC): The World Bank Group (https://data.worldbank.org/data-catalog).
- WHO Global Health Observatory (GHO) data repository [online database] (на английском языке). Geneva: World Health Organization(http://www.who.int/gho/en/).
- WHO Global Health Expenditure Database (GHED) [online database]. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/nha/database).
- Европейский портал информации здравоохранения [онлайновая база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (https://gateway.euro.who.int/ru/).
- OECD.Stat data warehouse [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (https://stats.oecd.org/).
- ILOSTAT [online database]. Statistics of the International Labour Organization. Geneva: International Labour Organization (http://www.ilo.org/ilostat/).
- UNICEF data [online database]. New York (NY): United Nations Children's Fund (https://data.unicef.org).
- UIS.Stat [online database]. UNESCO Institute for Statistics. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (http://data.uis.unesco.org/).
- Global Data Lab (GDL) [online database]. Nijmegen: Raboud University Institute for Management Research (https://globaldatalab.org/).
- European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [online database]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union (Eurostat) (http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/europeanunion-statistics-on-income-and-living-conditions).
- European Quality of Life Surveys (EQLS) (https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-lifesurveys). European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). European Quality of Life Survey integrated data file, 2003–2016 (data collection). 3rd Edition. Colchester: UK Data Service; 2018 (SN: 7348) (http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-7348-3).
- European Social Survey (ESS) (http://www.europeansocialsurvey.org/).

- ESS Cumulative Data Wizard, ESS 1–8. Data file edition 1.0. Bergen: Norwegian Centre for Research Data; 2018 (doi:10.21338/NSD-ESS-CUMULATIVE).
- European Working Conditions Survey (EWCS) (https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-workingconditions-surveys). Eurofound. European Working Conditions Survey integrated data file, 1991–2015 (data collection). 7th Edition. Colchester: UK Data Service; 2018 (SN: 7363) (http://doi.org/10.5255/UKDASN-7363-7).
- World Values Survey (WVS) (http://www.worldvaluessurvey.org).
- Inglehart R, Haerpfer C, Moreno A, Welzel C, Kizilova K, Diez-Medrano J et al., editors. World Values Survey: all rounds – country-pooled datafile version. Madrid: JD Systems Institute; 2018 (http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWVL.jsp).
- Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) [online database]. Bergen: HSBC Data Management Centre (https://www.uib.no/en/hbscdata).
- Global Burden of Disease (GBD) Collaborative Network [online database]. Seattle (WA): Institute forHealth Metrics and Evaluation (IHME) (http://ghdx.healthdata.org/organizations/global-burden-disease-collaborative-network).
- Поэтапный подход ВОЗ (STEPS) к эпиднадзору [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения (https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/ru/).
- European Health Interview Survey (EHIS) [online database]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union (Eurostat) (https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey).
- OECD PISA [online database]. Programme for International Student Assessment. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/pisa/data/).
- WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply, Sanitation and Hygiene [online database]. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund (https://washdata.org/data).
- European Social Progress Index [online database]. Brussels: European Commission (https://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/maps/social_progress).
- Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) [online database]. New York (NY): United Nations Children's Fund (http://mics.unicef.org/surveys).
- World Justice Project (WJP) Rule of Law Index [online database]. Washington (DC): World Justice Project (https://worldjusticeproject.org/our-work/wjp-rule-law-index).
- European Union Labour Force Survey (EU-LFS) [website]. Data and publication. Luxembourg: Statistical Office of the European Union (Eurostat) (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/EU_labour_force_survey_%E2%80%93_data_and_publication).

A1.3 Обработка данных

После сбора данных отдельные наборы данных, содержащие первичные данные, хранились в защищенном хранилище данных для обработки. Для обеспечения максимального охвата стран показатели были созданы путем объединения наборов данных из различных источников при условии наличия сопоставимых данных. Обработка данных включала, при необходимости, очистку данных и подавление неправдоподобных значений и ячеек на основе небольших выборок (число респондентов <50). Данные были агрегированы по странам и годам, а также по таким характеристикам, как пол, возрастная группа, уровень образования и доход, с использованием весовых коэффициентов, когда таковые имелись, для корректировки ошибок и погрешностей выборки. Для облегчения сопоставления между странами с различными возрастными профилями показатели здоровья были непосредственно стандартизированы по возрасту в соответствии с мировым стандартным населением согласно определению ВОЗ. Для некоторых анализов страны были сгруппированы по географическим регионам следующим образом: Кавказ, Центральная Азия, Центральная Европа, страны Северной Европы, Россия (Российская Федерация), Юго-Восточная Европа/Западные Балканы, Южная Европа и Западная Европа (см. Приложение 3).

Для большинства показателей, квинтили доходов были рассчитаны на основе эквивалентного располагаемого дохода домашних хозяйств. Там, где это было возможно, уровни образования основывались на Международной стандартной классификации образования (МСКО) 2011 или более ранней классификации, МСКО-1997. Уровни образования МСКО часто агрегируются для формирования переменной уровня образования, состоящей из следующих трех категорий: 1) образование начального уровня (только дошкольное и неполное среднее образование); 2) образование среднего уровня (полное среднее образование и послесреднее образование, не включающее высшее образование); и 3) высшее образование (также известное как третичное – например, в МСКО). Показатели в рамках Доклада о положении дел в области обеспечения справедливости в отношении здоровья были дезагрегированы по этой трехкатегорийной переменной для уровня образования, если таковые имелись; в противном случае использовался эквивалентный показатель, например, количество лет образования.

Обработка данных проводилась с использованием статистического пакета R (версия 3.4.3). До публикации результатов группа региональных экспертов, научных консультантов и членов международных организаций проанализировала и одобрила используемые методы и интерпретацию показателей.

В качестве основного показателя справедливости была выбрана абсолютная разница в состоянии здоровья между наиболее и наименее благополучными группами населения (распределение по группам может осуществляться по уровням образования или по уровням дохода). Тенденции считались увеличивающимися, если линейная тенденция по всем имеющимся точкам данных была значительно больше 0 ($P<0,1$), или уменьшающимися, если линейная тенденция по всем имеющимся точкам данных была значительно ниже 0 ($P<0,1$); в противном случае тенденция обозначалась как «без заметных изменений».

A1.4 Ограничения

При интерпретации показателей необходимо учитывать определенные ограничения. В частности, для оценки качества методов сбора данных и измерения показателей пользователям рекомендуется проводить контрольную проверку на основе исходной документации. Различия в методологиях, например, различия в степени репрезентативности выборок и различия в инструментах обследования и в определениях, могут ограничивать возможности проведения сопоставлений между странами и внутри стран в динамике времени. Лица из более низких социально-экономических групп часто недостаточно представлены в демографических обследованиях, что может снизить степень обобщаемости собранных данных. Кроме того, результаты самооценки состояния здоровья могут быть искажены вследствие систематической ошибки, а при сравнении стран с различными службами здравоохранения различия в результатах самооценки здоровья могут отражать уровень доступности медицинской помощи, а не реальные различия в заболеваемости.

Несмотря на все усилия по достижению максимального охвата стран, лишь очень небольшое число показателей охватывает все страны Европейского региона ВОЗ. Это подчеркивает необходимость дальнейшего развития скоординированных методик мониторинга справедливости в отношении здоровья в Регионе.

Приложение 2. Декомпозиционный анализ

Жесткие требования к микроданным для декомпозиционного анализа означают, что применительно к неравенствам в отношении здоровья проведение такого анализа возможно только по специально отобранной группе показателей здоровья. Авторы использовали вариант метода декомпозиции, предложенного Оахаса (англ. Oaxaca decomposition method), технические сведения о котором приведены в следующем подразделе.

С помощью микроданных EQLS по 34 странам Европейского региона ВОЗ, включающим 28 стран ЕС, Исландию, Северную Македонию, Норвегию, Сербию, Турцию и Швейцарию, можно провести декомпозиционный анализ факторов, влияющих на результаты самооценки физического и психического здоровья и удовлетворенности жизнью. Имеются достаточные данные для анализа основных условий во всех пяти анализируемых областях, свидетельствующие о том, что различия в условиях во всех этих пяти областях статистически значимы для объяснения неравенств в анализируемых показателях здоровья (рис. 2.2).

Кроме того, для 18 стран, не являющихся членами ЕС и не отраженных в данных EQLS, которые в основном находятся в Центральной Азии, на Кавказе и на Западных Балканах, декомпозиционный анализ факторов, влияющих на результаты самооценки здоровья, возможен с использованием данных Всемирного обзора ценностей.

Для анализа ситуации в этих странах достаточный объем данных об основных условиях для здоровой жизни имеется лишь по трем областям: *1) Социальный и человеческий капитал, 2) Условия занятости и труда и 3) Защищенность доходов и социальная защита*. Различия в условиях в этих трех областях статистически значимы для объяснения разрыва в результатах самооценки здоровья (см. рис. 2.3 в разделе 2.1 доклада ОСОЗ).

- Проведенный в рамках EQLS анализ (2003–2016 гг.) результатов самооценки здоровья, психического здоровья и удовлетворенности жизнью охватывает 28 стран ЕС, Исландию, Норвегию, Северную Македонию, Сербию, Турцию и Швейцарию.

- Проведенный в рамках WVS анализ (2001–2014 гг.) результатов самооценки здоровья охватывает следующие страны: Азербайджан, Албания, Андорра, Армения, Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Израиль, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Узбекистан, Украина, Черногория и Швейцария.

- Благодаря объединению данных EQLS и WVS почти все 52 страны Европейского региона ВОЗ представлены в этих двух вариантах декомпозиционного анализа.

A2.1 Технические характеристики метода декомпозиции

Главная задача декомпозиционного анализа состоит в том, чтобы объяснить приведенные в разделе 1 различия в показателях здоровья между социально-экономическими группами населения путем рассмотрения влияния комплекса способствующих факторов, которые систематически различаются между этими группами. Такой анализ помогает лучше понять многосекторальные факторы, лежащие в основе неравенств в отношении здоровья между социально-экономическими группами внутри стран, в том числе в странах, где эффективные службы здравоохранения предпринимают активные меры по сокращению или ликвидации неравенства в отношении здоровья и охвата услугами здравоохранения. Так, например, различия в состоянии здоровья могут объясняться различиями в жилищных условиях и условиях труда, а также различиями в качестве медицинского обслуживания. Даже если странам удастся сократить неравенства, относящиеся к одному фактору, могут сохраняться неравенства, относящиеся к другим факторам, что подчеркивает важность применения многосекторального подхода к решению проблемы неравенства в отношении здоровья.

Декомпозиционный анализ показывает степень воздействия каждого фактора на неравенство в отношении здоровья по сравнению с каждым из других факторов. Метод, используемый в Докладе о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья (ОСОЗ), является вариантом метода декомпозиции Оахаса, предложенным *Neumark (1)* и *Oaxaca & Ransom (2)*. Декомпозиция основана на регрессионном анализе связей между результатами самооценки здоровья и показателями, характеризующими основные условия для здоровой жизни. Следует отметить, что, хотя этот анализ и позволяет объяснить неравенство в отношении здоровья с точки зрения статистических

корреляций, используемая регрессионная модель не является анализом причинно-следственных связей и полученные результаты не следует считать самостоятельным руководством по мерам политики. Таким образом, результаты декомпозиции следует интерпретировать с осторожностью и только с учетом других видов данных и доказательств.

Технические детали использованного метода декомпозиции приводятся ниже (адаптировано из публикации *O'Donnell et al. (3)*).

Предположим, что переменная y – это интересующая нас переменная состояния здоровья, а именно самооценка здоровья. Мы имеем дело с двумя группами граждан. Говоря более конкретно, в случае декомпозиции показателей неравенства в отношении здоровья между различными социально-экономическими группами сравнение проводится между самым богатым и самым бедным квинтилем домохозяйств.

В нашей нижеприведенной регрессионной модели величина y зависит от вектора основных условий (вектора $\boldsymbol{x}$):

$$y_i \begin{cases} \beta^{bottomq} x_i + \varepsilon_i^{bottomq} & \textbf{если в самом низком квинтиле (if in bottom quintile)} \\ \beta^{topq} x_i + \varepsilon_i^{topq} & \textbf{если в самом высоком квинтиле (if in top quintile)} \end{cases}$$

Разрыв между средним уровнем переменной состояния здоровья y, то есть между $y^{bottomq}$ и y^{topq} составляет:

$$y^{bottomq} - y^{topq} = \beta^{bottomq} x^{bottomq} - \beta^{topq} x^{topq}$$

где $x^{bottomq}$ и x^{topq} являются векторами средних значений, характеризующих основные условия здоровой жизни для людей, которые находятся в самом бедном квинтиле и в самом богатом квинтиле соответственно.

Вышеприведенные значения можно дополнительно дезагрегировать (разложить), чтобы показать, какая часть общего разрыва связана с различиями в значениях $\boldsymbol{x}$s:

$$\begin{aligned} y^{bottomq} - y^{topq} \\ = \Delta x[D\beta^{bottomq} + (I - D)\beta^{topq}] \\ + \Delta\beta[x^{bottomq}(I - D) + x^{topq} D] \end{aligned}$$

где I является матрицей идентичности, а D является матрицей весов. В первоначальном разложении значений по методу Оахаса $D = 0 \; or \; D = 1$. В первом случае различия в значениях $\boldsymbol{x}$s взвешиваются, используя значение β^{topq}, а во втором случае – используя значение $\beta^{bottomq}$.

В особых случаях, например, когда коэффициенты получены из объединенной регрессии, объединяющей две группы (*Neumark (1)* и *Oaxaca & Ransom (2)*, используется формула:

$$\begin{aligned} y^{bottomq} - y^{topq} \\ = \Delta x\beta^P + [x^{bottomq}(\beta^{bottomq} - \beta^P) + x^{topq}(\beta^P - \beta^{topq})] \end{aligned}$$

где β^P являются объединенными коэффициентами. Именно этот вид дезагрегации (разложения) значений был использован в анализе, содержащемся в Докладе о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья.

Приложение 3. Группы стран

Государства-члены были сгруппированы в соответствии с мерами политики, которые они применяют, и политическими общностями. При составлении кластеров стран был также учтен такой фактор, как то, с какими именно странами сравнивают себя конкретные государства-члены. Эта группировка не совпадает с ранее существовавшими группировками государств-членов ВОЗ.

Страна	Кластер
Австрия	Западная Европа
Бельгия	Западная Европа
Германия	Западная Европа
Ирландия	Западная Европа
Люксембург	Западная Европа
Монако	Западная Европа
Нидерланды	Западная Европа
Соединенное Королевство	Западная Европа
Франция	Западная Европа
Швейцария	Западная Европа
Албания	Западные Балканы/Юго-Восточная Европа
Босния и Герцеговина	Западные Балканы/Юго-Восточная Европа
Израиль	Западные Балканы/Юго-Восточная Европа
Республика Молдова	Западные Балканы/Юго-Восточная Европа
Северная Македония	Западные Балканы/Юго-Восточная Европа
Сербия	Западные Балканы/Юго-Восточная Европа
Черногория	Западные Балканы/Юго-Восточная Европа
Армения	Кавказ
Белоруссия	Кавказ
Грузия	Кавказ
Украина	Кавказ
Российская Федерация	Российская Федерация
Азербайджан	Центральная Азия
Казахстан	Центральная Азия
Кыргызстан	Центральная Азия
Таджикистан	Центральная Азия
Туркменистан	Центральная Азия
Узбекистан	Центральная Азия
Болгария	Центральная Европа
Венгрия	Центральная Европа
Латвия	Центральная Европа
Литва	Центральная Европа
Польша	Центральная Европа
Румыния	Центральная Европа
Словакия	Центральная Европа
Словения	Центральная Европа
Хорватия	Центральная Европа
Чехия	Центральная Европа
Эстония	Центральная Европа

Страна	Кластер
Дания	Страны Северной Европы
Исландия	Страны Северной Европы
Норвегия	Страны Северной Европы
Финляндия	Страны Северной Европы
Швеция	Страны Северной Европы
Андорра	Южная Европа
Греция	Южная Европа
Испания	Южная Европа
Италия	Южная Европа
Кипр	Южная Европа
Мальта	Южная Европа
Португалия	Южная Европа
Сан-Марино	Южная Европа
Турция	Южная Европа

Приложение 4. Определения

A4.1 Самооценка здоровья

Вопросы, используемые в обследовании EC-SILC для количественной оценки состояния здоровья и распространенности ограничений жизнедеятельности: 1) “Как ваше здоровье в целом? Является ли оно очень хорошим, хорошим, удовлетворительным, плохим, очень плохим?”; и 2) “По крайней мере, в течение последних 6 месяцев, в какой степени Вы из-за проблемы со здоровьем испытывали ограничения повседневной деятельности? Какой из следующих ответов Вы бы выбрали: ограничения были выраженными; ограничения имели место, но они не были выраженными; ограничений не имелось?» Обследование не охватывало людей, проживающих в стационарных учреждениях.

В ходе подготовки Доклада был поднят вопрос о надежности самооценки здоровья при ее использовании в качестве показателя, позволяющего судить о состоянии здоровья населения. В странах с высоким уровнем дохода самооценка здоровья тесно коррелирует с ожидаемой продолжительностью жизни. В странах с низким уровнем дохода такая корреляция является менее выраженной и было высказано предположение о том, что в некоторых из этих стран результаты самооценки здоровья следует интерпретировать более осторожно. Межстрановые сопоставления самооценок здоровья носят субъективный характер и могут зависеть от социальных и культурных характеристик конкретного человека и поэтому такие результаты не являются единственным используемым показателем. Однако самооценка здоровья играет полезную роль, поскольку ее результаты, как правило, тесно коррелируют с будущими результатами национальных обследований состояния здоровья населения *(4, 5)*. В Европейском регионе ВОЗ результаты самооценки здоровья являются полезным показателем, поскольку они охватывают большое число стран Региона. Обследования на основе самооценки здоровья неизменно показывают, что взрослые (как мужчины, так и женщины) с меньшим количеством лет образования чаще сообщают о плохом состоянии здоровья, чем лица с более высоким уровнем образования. Между лицами с более низкими и более высокими доходами каких-либо различий по этому показателю, по-видимому, не наблюдается *(6)*.

A4.2 Заболевания, ограничивающие жизнедеятельность (стойкие ограничения жизнедеятельности)

Эта переменная используется для оценки обусловленных плохим здоровьем ограничений, с которыми люди сталкиваются при осуществлении своей обычной деятельности в течение по крайней мере шести месяцев. Вопрос, который задается в обследовании EC-SILC, является следующим: По крайней мере, в течение последних 6 месяцев в какой степени вы из-за проблемы со здоровьем испытывали ограничения жизнедеятельности? Какой из следующих ответов Вы бы выбрали: «имели место выраженные ограничения жизнедеятельности; ограничения жизнедеятельности имелись, но они не были выраженными; ограничений жизнедеятельности не имелось?» *(7)*.

A4.3 Удовлетворенность жизнью

Понятие «удовлетворенность жизнью» охватывает ряд составляющих, включая чувство субъективного благополучия и другие субъективные компоненты, описание которых дается в политике Здоровье-2020 *(8)*. Процентная доля обследованных взрослых, сообщивших о неудовлетворенности жизнью, была рассчитана с использованием комбинированных данных трех обследований: EQLS, ESS и WVS. В этих обследованиях для оценки удовлетворенности жизнью используются аналогичные вопросы. Вопрос, задаваемый в обследовании EQLS, является следующим: «Учитывая все обстоятельства, насколько вы удовлетворены своей жизнью в настоящее время? Ответ следует давать по шкале от 1 до 10, где 1 означает очень удовлетворен и 10 – очень неудовлетворен.» Для этого анализа было принято, что оценка менее 6 баллов указывает на неудовлетворенность жизнью. Межнациональные сопоставления самооценок удовлетворенности жизнью рассматриваются в качестве достоверного оценочного критерия для изучения различий в мерах политики, используемых разными странами *(9)*.

Библиография, относящаяся к приложениям

1. Neumark D. Employers' discriminatory behavior and the estimation of wage discrimination. J Hu Resour. 1988;23(3):279–295 (https://doi.org/10.2307/145830, accessed 1 April 2019).
2. Oaxaca RL, Ransom MR. On discrimination and the decomposition of wage differentials. J Econom. 1994;61(1):5–21 (https://doi.org/10.1016/0304-4076(94)90074-4, accessed 1 April 2019).
3. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Explaining differences between groups: Oaxaca decomposition. In: Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington (DC): World Bank Group; 2008:147–157 (https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3, accessed 1 April 2019).
4. Hendramoorthy M, Kupek E, Petrou S. Self-reported health and socio-economic inequalities in England, 1996–2009: Repeated national cross-sectional study. Soc Sci Med. 2015;136–137: 135–146 (https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.026, accessed 1 April 2019).
5. Health at a glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2016 (https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264265592-en.pdf?expires=1544454583&id=id&accname=guest&checksum=7B817E65B, accessed 1 April 2019).
6. Subramanian V, Huijts T, Avendano M. Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? Bull World Health Organ. 2009;88(2):131–138.
7. Functional and activity limitations statistics [website]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union; 2017 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Functional_and_activity_limitations_statistics, accessed 1 April 2019).
8. Brown C, Harrison D, Burns H, Ziglio E. Стратегическое руководство для обеспечения справедливости в отношении здоровья. Реализация ценностных установок и целей политики Здоровье-2020 в Европейском регионе ВОЗ Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/261948/Governance-for-health-equity-in-the-WHO-European-Region-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 1 сентября 2019 г.).
9. OECD guidelines on measuring subjective well-being. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK189567/, accessed 1 April 2019).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония



9 789289 054768

Оригинал: английский

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