

РАЗРЫВ «ЗАПАД – ВОСТОК» В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЫ: РОСТ ПРОБЛЕМ В ВОСТОЧНОМ НАПРАВЛЕНИИ

Дэнни Вогерё

За последние сорок лет между европейскими странами образовался существенный разрыв в состоянии здоровья населения, в особенности между Востоком и Западом. Эта пропасть – так называемый «европейский разрыв» – растет и одновременно смещается на Восток, усугубляя проблемы в состоянии здоровья населения таких стран, как Россия, Украина, Белоруссия и Молдавия. Неравенство между социальными классами, сегрегация населения по признаку здоровья в европейских странах также усилились за последние два десятилетия. При этом в бывших коммунистических странах уровень сегрегации выше, чем в странах Западной Европы. В государствах, ранее входивших в состав СССР, прослеживаются наиболее тревожные тенденции: у большей части населения сокращается средняя продолжительность жизни. Устранить это неравенство и на европейском, и на мировом уровне так, чтобы здоровье новорожденного ребенка не зависело от его принадлежности к социальному классу и географии рождения, – задача поистине непростая, предполагающая абсолютно новый взгляд на развитие человеческого потенциала.

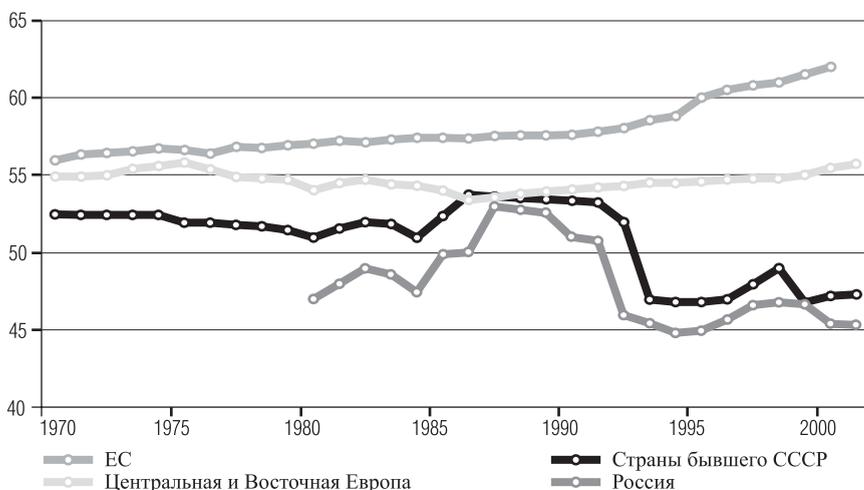
Ключевые слова: Западная и Восточная Европа, здоровье, смертность, продолжительность жизни

Разрыв «Запад – Восток» в состоянии здоровья населения Европы

За последние сорок лет между европейскими странами образовался существенный разрыв в состоянии здоровья населения. Рассмотрим

Впервые опубликовано: Vågerö D. The East–West Health Divide in Europe: Growing and Shifting Eastwards // European Review. Vol. 18, № 1. 2010. P. 23–34. Перевод и публикация осуществлены с любезного разрешения автора.

в качестве примера две соседние страны, схожие по географическому положению, составу населения, культуре и языкам, – Эстонию и Финляндию. В конце 1990-х – начале 2000-х годов разница в средней продолжительности жизни между ними составляла более семи лет, несмотря на то, что сегодня у этих стран схожее социальное устройство. Их соседи по обе стороны, Швеция и Россия, отличались друг от друга на целых двадцать лет по показателю средней продолжительности жизни для мужчин. Очевидно, что «европейский разрыв» во многом обусловлен историей. Драматичная, но малоизвестная история развития здравоохранения в СССР, России и восточноевропейских странах в течение последних сорока лет существенно отличается от динамики постепенных, позитивных изменений в сфере охраны здоровья населения Западной Европы. По сути, разрыв, образовавшийся в Европе, был обусловлен сначала внутренней логикой двух европейских политических / экономических блоков, противостоявших друг другу большую часть XX века, а затем крахом советского режима и последовавшим переходным периодом (Ил. 1).



Ил. 1. Ожидаемая продолжительность жизни в ЕС, Центральной и Восточной Европе, странах бывшего Советского Союза и России

И все же начало этому разрыву было положено, по меньшей мере, еще сто лет назад. В 1910 году показатели детской смертности в тех странах, которые позднее вошли в коммунистический блок, были существенно выше, чем в странах Западной Европы [Caselli, Meslé, Vallin, 2002]. Эта закономерность частично воспроизводится в современных исторических условиях. В то же время, как будет сказано ниже, тенденции конвергенции, достаточно долго существовавшие в сфере здоровья, сменяются тенденцией дивергенции и смещения «европейского разрыва» на Восток.

Если за ключевой показатель состояния здоровья принять среднюю продолжительность жизни, то можно сказать, что после Второй мировой войны и до 1968 года в Европе наблюдалась отчетливая тенденция конвергенции в аспектах здоровья. Так, в 1969 году Центральная и Восточная Европа отставала лишь на два года от Западной по средней продолжительности жизни. Россия, которая в 1895 году по продолжительности жизни отставала от Франции на десять лет, к тому времени практически преодолела эту разницу [Meslé et al., 1996; Patterson, 1995]. Важным фактором конвергенции было успешное снижение уровня детской смертности от инфекционных заболеваний в Европе. Знания о профилактике подобных заболеваний были достаточно распространены и стали основой политических и социальных действий, зачастую имевших на тот момент времени принудительный характер в обеих частях Европы.

Профилактика заболеваний кровеносной системы и других хронических болезней среди взрослого населения, напротив, является более сложной задачей, которая не может решаться исключительно государством. Эффективность контроля хронических заболеваний взрослого населения – один из основных факторов дифференциации восточно- и западноевропейских стран в сфере здравоохранения в период после 1968 года. Иллюстрацией этого является разнонаправленная динамика показателей смертности от болезней кровеносной системы (основной причины смерти в развитых странах) в Польше и России, с одной стороны, и Франции с Великобританией – с другой [Meslé, 2002]. В 1965 году в Польше и России был тот же уровень смертности, что и во Франции и Великобритании соответственно. В дальнейшем во Франции и Великобритании происходило существенное, длительное сокращение уровня смертности от болезней кровеносной системы, в то время как в Польше и России в последние 30–40 лет, напротив, наблюдалось повышение уровня смертности по тем же причинам.

Здесь необходимо отметить важность медицинского знания, не имеющего границ. Знания о факторах повышения риска таких сердечно-сосудистых заболеваний, как, например, курение и малоподвижный образ жизни, накапливаются с каждым годом. Однако динамика показателей смертности от болезней кровеносной системы в развитых странах (от общих закономерностей роста после 1945 года до тенденций спада три-четыре десятилетия спустя [Barker, 1989]) свидетельствует о недостаточной межстрановой циркуляции накопленного медицинского знания. Смертность от заболеваний кровеносной системы (среди мужского населения) в Финляндии достигла пика в 1970-е годы, а затем снизилась, вероятно, под влиянием распространения новых привычек здорового образа жизни, однако в Швеции это произошло лишь почти 10 лет спустя [Baker et al., 1993]. Уровень смертности от таких заболеваний в Финляндии был выше, чем в Швеции, однако семена нового медицинского знания попали там в более благоприятную почву и плоды эффективности не заставили себя ждать.

В коммунистической Европе медицинское знание обладало меньшим эффектом: оно реже спускалось «сверху» к рядовым гражданам и в меньшей степени влияло на национальную политику в сфере здравоохранения. Россия (как и Украина, Белоруссия и Молдавия) еще не достигла того уровня санитарно-эпидемиологических изменений, при котором возможен контроль за уровнем смертности от болезней кровеносной системы. А возможен он только тогда, когда тенденции к положительным изменениям в образе жизни граждан поддерживаются на уровне государственной политики. В обоих случаях доступность новых знаний, их открытое обсуждение и заинтересованность общества в решении данной проблемы являются необходимыми условиями изменений. Период стагнации советской системы характеризовался полным отсутствием перечисленных выше условий.

Можно сказать, что стагнация советской системы началась после событий 1968 года. Оккупация Чехословакии пятью странами и сопротивление по всей Европе способствовали тому, что советское и восточноевропейское правительство стало придерживаться «бункерного» типа мышления – по принципу «отсидеться в обороне». В Восточной Европе усилились репрессии. Еще в 1970 году Андрей Сахаров предостерегал против стагнации советского общества [Brown, 1997]. С точки зрения состояния здоровья населения и продолжительности жизни промежутки с 1968 по 1984 год был временем стагнации, несмотря на снижение уровня детской смертности. На протяжении периода 1970–1984 годы уровень смертности постепенно возрастал (для мужчин) или оставался неизменным (для женщин) практически во всех коммунистических странах Европы и во всех республиках СССР, включая крупнейшую из них – РСФСР. Эта проблема заключалась в самой системе и в способах управления ею. Мужчин это касалось в большей степени, чем женщин, взрослых – больше, чем детей, и более всего – мужчин трудоспособного возраста. Болезнь въелась в самое сердце советской властной структуры.

В 1985 году одной из первых мер нового генерального секретаря КПСС М.С. Горбачева стала последняя крупная кампания в «советском стиле» – кампания по борьбе с употреблением алкоголя. Это была интенсивная и беспощадная программа, включавшая рекламу употребления сока, резкий рост цен на водку и выкорчевывание вековых виноградников в Грузии, что по сути было равносильно «(полу-)сухому закону». Вскоре он запустил еще две «кампании», которые, впрочем, отличались от предыдущей: Перестройка и Гласность. Перестройка подразумевала возможность оспаривания взглядов партии во всех сферах, а гласность – возможность открыто говорить о ситуации в стране. Эти изменения наэлектризовали страну и прервали долгий период стагнации. Их влияние было колоссальным по всей Восточной Европе и выразилось в резком увеличении продолжительности жизни. Сочетание антиалкогольной кампании, перестройки и гласности, по всей вероятности, объясняет увеличение средней продолжитель-

ности жизни, начавшейся с 1985 года. В 1987 году средняя продолжительность жизни в СССР составляла: 65 лет для мужчин и 74 года для женщин. Это самые высокие показатели за всю историю России. Потребление алкоголя тогда вернулось к уровню 1950-х годов.

За падением советской системы в 1989–1991 годах последовало практически беспрецедентное сокращение средней продолжительности жизни в России на 7 лет (для мужчин, в период с 1987 по 1994 год). Уолберг отмечает, что в период 1990–1994 годы резкое сокращение средней продолжительности жизни наблюдалось в регионах с наиболее высоким уровнем текучести рабочей силы [Walberg et al., 1998]. В России, как и в других четырнадцати республиках бывшего Советского Союза, массовая нищета, неуверенность общества в будущем и алкоголизм были движущими силами данного процесса. Пьянство усугубилось рыночными реформами 1992 года, когда рынок алкогольной продукции стал абсолютно неуправляем, что для западноевропейских стран было совершенно исключено. Для тех, кто не мог позволить себе водку по ее рыночной цене, в свободном доступе был дешевый алкогольный суррогат – медицинские растворы или одеколоны, которые, по сути, представляли собой концентрированный этиловый спирт [Leon et al., 2007].

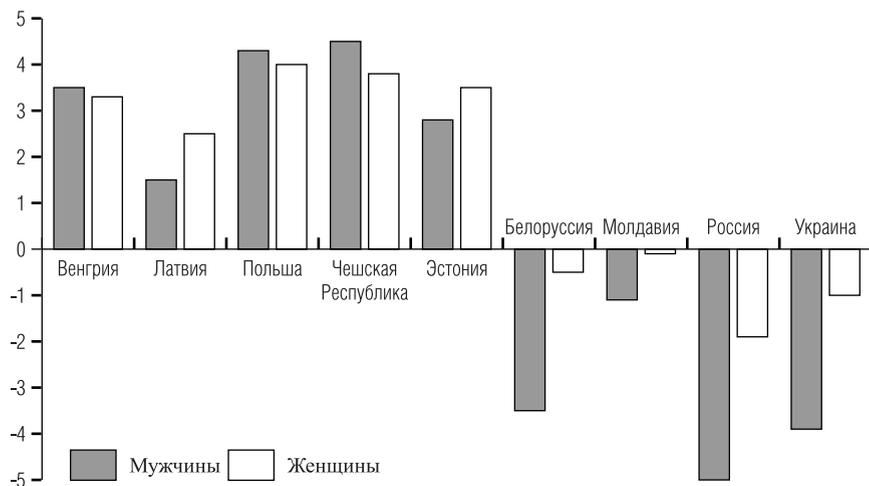
1989 год породил новые кризисы в сфере охраны общественного здоровья и социальной защиты в Центральной и Восточной Европе. Когда на смену старой системе пришла новая система, в бывших коммунистических странах (за исключением Восточной Германии) наблюдался более или менее продолжительный кризис в состоянии здоровья населения. Наименее всего он проявился в Чешской Республике, затронув в большей степени бывшие страны СССР и особенно Россию. В 2004 году для российского подростка пятнадцати лет шансы дожить до шестидесяти были 50 на 50, что гораздо хуже, чем во многих так называемых развивающихся странах, например Пакистане, Индии и Бангладеш. Одной из проблем было и то, что здоровье нации не являлось приоритетом для правительства переходного периода. Более того, в тот период государственная политика по профилактике заболеваний была подвергнута резкой критике как нелегитимное вторжение в личную жизнь граждан. Эта тенденция наблюдалась по всей Европе, но особенно к Востоку, где данные меры были более всего необходимы¹.

Прямые последствия восточноевропейских кризисов в 1990-е годы – нищета, нестабильность, алкоголизм – сегодня анализируются на страницах специализированных медицинских журналов. Последствия на долгосрочную перспективу могут быть не менее важными, однако им уделяется значительно меньшее внимание. В отношении России и стран, подвергавшихся ее влиянию, применима гипотеза, согласно которой российская

¹ Речь идет как о дебатах внутри профессионального сообщества медиков, так и о критике извне, в частности, в отношении профилактических прививок в раннем возрасте, и о возросшем недоверии к профилактической медицине со стороны населения. – *Примеч. ред.*

история XX века, с ее (в том числе гражданскими) войнами, революциями, периодами голода и нехватки продовольствия, а также массовыми репрессиями, спровоцировала повышенную уязвимость населения, значительная часть которого ведет нездоровый образ жизни, страдает болезнями кровеносной системы и подвержена риску насильственной смерти. Например, известен тот факт, что 900-дневная блокада Ленинграда стала причиной так называемой «блокадной гипертонии» у выживших, проявившейся несколько десятилетий спустя, а также увеличила риск смертности от рака груди и болезней кровеносной системы [Sparén et al., 2004; Koupil et al., 2009].

Очевидно то, что сегодня страны Центральной и Восточной Европы движутся в различных направлениях. Для стран, вступивших в ЕС, характерна более благоприятная ситуация в состоянии здоровья населения, чем в России, на Украине, в Белоруссии и Молдавии. При этом переход из одной сферы влияния в другую отразился также и на здоровье. Особый интерес представляют собой Эстония, Латвия и Литва. Показатели смертности в этих странах были схожи с российскими на протяжении десятилетий – в период стагнации, перестройки, характеризовавшейся резким улучшением состояния здоровья населения, а также во время кризиса реформ «шоковой терапии» в годы становления новой социальной системы. Что касается средней продолжительности жизни, то 1994 год был худшим для России, а также Эстонии, Латвии и Литвы. Затем в этих странах уровень смертности и мужчин, и женщин постепенно снижался, а уровень средней продолжительности жизни увеличивался вплоть до 1998 года. Это было воспринято как знак позитивных изменений и адаптации к новым условиям. Однако в августе 1998 года азиатский грипп, пришедший из Таиланда и стран-«азиатских тигров», нанес удар по России, и курс рубля обрушился. Кризис российского рубля привел к мгновенной потере дохода, сбережений и работы для множества людей. С этого времени уровень средней продолжительности жизни снова падает, в основном по причине новой волны заболеваний кровеносной системы (на этот раз вне зависимости от экономического подъема, как произойдет, например, в 2000 году). В отличие от России, с 1998 года в трех балтийских республиках отмечалось увеличение (хотя и незначительное) средней продолжительности жизни. Азиатский грипп тоже ударил по их экономике, но его воздействие было не столь сильным и не отразилось на дальнейшем улучшении состояния здоровья населения. Это явилось достаточно значимым расхождением в изначально схожих путях развития России и балтийских республик. В то время как российское население демонстрировало уязвимость перед лицом внешних экономических потрясений, правительства трех балтийских государств преуспевали в организации минимального необходимого контроля над внешнеэкономическим воздействием. Действительно ли это так – станет очевидным после еще более мощного финансового кризиса конца 2000-х годов.



Ил. 2. Динамика уровня средней продолжительности жизни в 1990–2005 годах

Существующий на данный момент разрыв «Запад – Восток» в состоянии здоровья европейского населения не только имеет исторические предпосылки, но и осложняется последствиями социальных преобразований в Восточной Европе. На протяжении первых двадцати лет реформ показатели здоровья населения в России, Белоруссии, Молдавии и на Украине существенно отличались от европейских (Ил. 2). Политические, социальные и экономические различия между Западом и Востоком Европы в некоторой степени являются результатом влияния двух основных полюсов – ЕС и России. Это касается и разрыва в состоянии здоровья населения Европы, который может быть одновременно и следствием, и причиной социального, экономического и политического неравенства. Наличие «раскола» породило ряд социальных, экономических и политических процессов, что становится очевидным при сравнительном анализе стран. Данные процессы могут быть тесно взаимосвязаны или, напротив, создавать порочный круг взаимного исключения и отдаленности. Возможно, осознание этого вызвало непреодолимое стремление многих государств Центральной и Восточной Европы к вступлению в Евросоюз.

Сохранится ли раскол «Запад – Восток» в состоянии здоровья населения Европы, усилится или постепенно исчезнет – вопрос открытый. Линия «европейского разрыва» определенно сдвигается на Восток. Поэтому особо значимы возможности выявления правительствами России, Украины, Белоруссии и Молдавии причин многолетних проблем в сфере здравоохранения и принятие адекватных мер по их решению. Однако до настоящего времени принимаемые здесь меры оставались достаточно пассивными.

Последствия сложившейся ситуации также зависят от более глобальных политических и экономических процессов в Европе и за ее пределами. На момент написания статьи в марте 2009 года уже было очевидно, что финансовый кризис 2008–2009 годов в большей степени коснулся населения Восточной Европы. Однако членство в ЕС обеспечивает лишь частичную защищенность: сплоченность и взаимная ответственность стран Евросоюза имеет свои пределы. Банковские кризисы в Латвии, Венгрии, Молдавии и Украине имели тяжелые политические и экономические последствия, включая спад производства и массовую безработицу. Россия, Белоруссия и другие страны также попали под удар. Было бы странно, если бы это не отразилось на здоровье населения и показателях средней продолжительности жизни в 2009 и последующих годах.

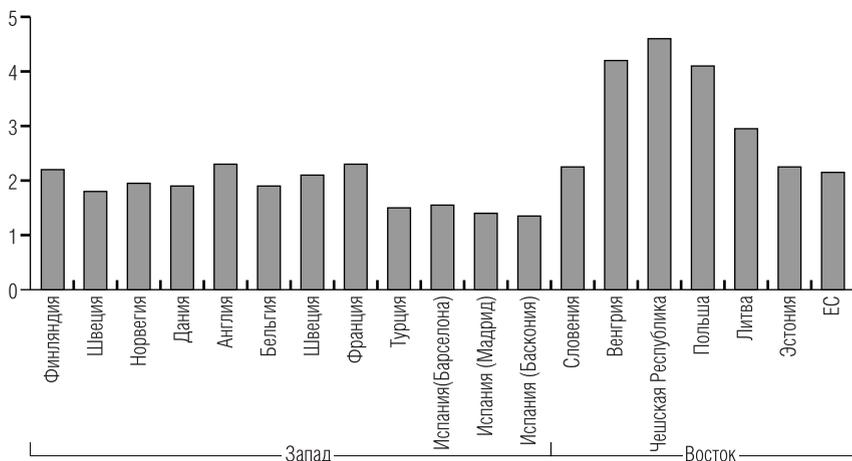
Социальное неравенство и «европейский разрыв» в состоянии здоровья населения

Анализа средней продолжительности жизни при рождении или иных усредненных показателей здоровья недостаточно для комплексной оценки состояния здоровья населения страны и управления сферой здравоохранения. Комиссией ВОЗ по социальным детерминантам здоровья [Closing the Gap... 2008] выделен ряд индикаторов эффективного управления: общее улучшение состояния здоровья, снижение сегрегации различных слоев населения по признаку здоровья («равноправие в сфере здоровья») и, наконец, заинтересованность в устранении негативных социальных и экономических последствий ухудшения состояния здоровья нации. По сути, индикаторы состояния здоровья населения и равноправия в сфере здравоохранения в большей степени отражают уровень развития страны, чем такие традиционные экономические показатели, как, например, ВВП на душу населения [Sen, 1999].

Неравенство населения по признаку здоровья существует во всех странах – богатых и бедных, восточных и западных, северных и южных. Оно проявляется в каждом новом поколении и порождается различиями в жизненных процессах взросления, труда и старения. Если у привилегированных групп населения страны средняя продолжительность жизни выше, чем у социально-уязвимых слоев населения, это указывает на наличие потенциала к улучшению ситуации для последних. В целом политика справедливого перераспределения ресурсов и власти зачастую приводит к повышению уровня жизни и качества образования для основной массы населения, а также к улучшению показателей состояния здоровья социально-уязвимых групп.

Многие работы последнего десятилетия посвящены компаративному анализу масштабов неравенства населения по признаку здоровья в различных странах. Одно из недавних исследований охватывало 12 стран и ре-

гионов Западной Европы и шесть стран Восточной Европы [Mackenbach et al., 2008]. Наиболее важное открытие заключалось в том, что неравенство намного сильнее выражено на Востоке (в посткоммунистических странах), чем на Западе (Ил. 3). Вероятная причина этого явления заключается в том, что для Запада Европы характерна более совершенная и универсальная система социальной защиты, чем для восточноевропейских стран. Более того, даже до 1990 года смертность населения в зависимости от уровня образования и типа труда (ручного или автоматизированного) была, согласно имеющимся данным, выше в Восточной Европе, например, в Венгрии и Чешской Республике [Kunst, 1997]. Это свидетельствует о недостаточном распределении доходов в коммунистических странах и эгалитарной риторике их лидеров.



Ил. 3. Относительный показатель смертности мужского населения в зависимости от уровня образования. Сравнение двенадцати западных и шести восточных стран Европы [Mackenbach et al., 2008. Fig. 1A]

Неравномерное распределение доходов в Восточной Европе в 1990-е годы усилило сегрегацию населения по признаку здоровья. Данные по России и Эстонии свидетельствуют об усилении взаимосвязи смертности и уровня образования в 1990-е и 2000-е годы. Более того, в России, а также в Эстонии и Латвии усилению сегрегации способствовало снижение уровня средней продолжительности жизни граждан, не имеющих высшего образования [Shkolnikov et al., 2008; Leinsalu et al., 2003; Murphy et al., 2006; Leinsalu et al., 2009], – явление, которое должно тревожить любое правительство. Усиление неравенства населения по признаку здоровья в Польше и Венгрии, напротив, было связано с тем, что малообразованные группы, хотя и «отставали» от образованных слоев населения, в абсолютных показателях демонстрировали положительную динамику. Это напоминает

процессы, протекавшие в нескольких западноевропейских странах, где на фоне усиления общего расслоения населения наблюдались некоторые улучшения в положении слабозащищенных групп.

По данным, имеющимся далеко не по всем европейским странам, можно сделать следующие выводы: тенденция к усилению неравенства, наблюдавшаяся в Европе в течение последних двадцати лет, сохраняется и сегодня. Примечательно то, что различия между европейскими странами усиливаются по мере возрастания сегрегации населения по признаку здоровья в этих странах. Более того, известно то, что неравенство по признаку здоровья на мировом уровне также возросло за последние 20 лет [Targets for Health... 1985]. Плоды мирового экономического развития распределены довольно неравномерно и можно говорить о глобализации неравенства, включая неравенство по признаку здоровья. Финансовый кризис 2008–2009 годов и спровоцированная им обстановка, очевидно, указывают на несбалансированность данного развития.

Заключение

Более пристальный взгляд на ситуацию, сложившуюся в Европе, позволяет сделать следующий вывод: снижение сегрегации населения по признаку здоровья как цель, поставленная Всемирной организацией здравоохранения [Targets for Health... 1985], достигнуто не было. Напротив, различия между странами по уровню смертности и средней продолжительности жизни усилились, особенно после распада СССР. Наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в четырех европейских странах – России, Белоруссии, Молдавии и на Украине. Колебания уровня смертности под влиянием социально-экономической дифференциации населения усилились и на уровне отдельных стран как в Западной, так и в Восточной Европе. В странах бывшего СССР данный процесс особенно нестабилен и опасен ввиду сокращения средней продолжительности жизни больших сегментов населения.

Европейская политика в сфере здравоохранения была недостаточно жесткой. До настоящего времени она сводилась к политике на местах или на уровне отдельных стран, однако, существует ряд проблем, требующих решения на уровне мировой политики. Та же всемирная борьба с табакокурением может выступать в качестве модели политических действий в других сферах. Наиболее очевидным направлением общеевропейской политики здравоохранения представляется контроль и профилактика алкоголизма и заболеваний, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя. Алкоголизм является непосредственным фактором «европейского разрыва» – он существенным образом влияет на социальную дифференциацию на уровне отдельных стран [Nemström, 2002; Mäkelä et al., 1997] и Евросоюза в целом [Rehm et al., 2007].

Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья призвала к «преодолению разрыва за одно поколение», что подразумевает сокращение уровня смертности во всех странах и социально-экономических группах к 2040 году. Для Европы это станет показателем существенного улучшения состояния здоровья населения в целом (в подсчете количества смертей на 100 тыс. человек), а также сокращения неравенства как между странами, так и в пределах конкретного государства.

Нынешний экономический кризис может стать возможностью для изменения приоритетов развития в Европе, выдвинув на первый план проблемы здоровья, равноправия в сфере здравоохранения, устойчивости, сохранения благоприятного климата и социальной сплоченности. Для решения этих проблем потребуется сотрудничество стран не только в рамках ЕС, но также во всей Европе и, безусловно, во всем мире.

Список литературы

Baker D., Vågerö D., Illsley R. Today or in the past – the origins of ischaemic heart disease // *Journal of Public Health Medicine*. 1993. Vol. 15. № 3. P. 243–248.

Barker D. Rise and fall of Western disease // *Nature*. 1989. №338. P. 371–372.

Brown A. The Gorbachev Factor. Oxford: Oxford University Press, 1997.

Caselli G., Meslé F., Vallin J. Epidemiologic transition theory exceptions. Paper presented at IUSSP seminar on ‘determinants of diverging trends in mortality’. Rostock, 2002. 19–21 June.

Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report from the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation, 2008.

Hemström Ö. Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden // *European Journal of Public Health*. 2002. Vol. 12. №4. P. 254–262.

Koupil I., Plavinskaja S., Parfenova N., Shestov D.B., Danziger P.D., Vågerö D. Cancer mortality in women and men who survived the siege of Leningrad (1941–1944) // *International Journal of Cancer*. 2009. Vol. 124. № 6. P. 1416–1421.

Kunst A. Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality. Thesis. Erasmus University of Rotterdam, 1997.

Leinsalu M., Stirbu I., Vågerö D., Kalediene R., Kovács K., Wojtyniak B., Wróblewska W., Mackenbach J. P., Kunst A. E. Educational inequalities in mortality in four Eastern European countries: divergence in trends during the post-communist transition from 1990 to 2000 // *International Journal of Epidemiology*. 2009. Vol. 38. № 2. P. 512–525.

Leinsalu M., Vågerö D., Kunst A. Estonia 1989–2000: Enormous increase in mortality differences by education // *International Journal of Epidemiology*. 2003. Vol. 32. № 6. P. 1081–1087.

Leon D., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V. M. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study // *The Lancet*. 2007. Vol. 369. № 9578. P. 2001–2009.

- Mackenbach J. P., Stirbu I., Roskam A. J., Schaap M. M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A. E.* European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries // *New England Journal of Medicine*. 2008. № 358. P. 2468–2481.
- Mäkelä P., Valkonen T., Martelin T.* Contributions of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow-up study // *British Medical Journal*. 1997. № 315. P. 211–216.
- Meslé F.* Mortality in Eastern Europe and the former Soviet Union: long term trends and recent upturns. Paper presented at IUSSP seminar on 'determinants of diverging trends in mortality'. Rostock, 2002. 19–21 June.
- Meslé F., Shkolnikov V., Hertrich V., Vallin J.* Tendances recentes de la mortalite par cause en Russie 1965–1994 // *Donnees Statistiques* № 2. Paris: INED, 1996.
- Moser K., Leon D., Shkolnikov V.* World mortality 1950–2000: divergence replaces convergence from the late 1980s // *Bulletin of the World Health Organisation*. 2005. № 83. P. 202–209.
- Murphy M., Bobak M., Nicholson A., Rose R., Marmot M.* The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980–2001 // *American Journal of Public Health*. 2006. № 96. P. 1293–1299.
- Patterson D.* Mortality in late czarist Russia: a reconnaissance // *Social History of Medicine*. 1995. № 8. P. 179–210.
- Rehm J., Sulkowska U., Mańczuk M., Boffetta P., Powles J., Popova S., Zatoński W.* Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe // *International Journal of Epidemiology*. 2007. № 36. P. 458–467.
- Sen A.* *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Shkolnikov V., Leon D., Adamets S., Andreev E., Deev A.* Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979–1994 // *Social Science and Medicine*. 1998. № 47. P. 357–369.
- Sparén P., Vägerö D., Shestov D. B., Plavinskaja S., Parfenova N., Hoptiar V., Paturot D., Galanti M. R.* Long term mortality after severe starvation during the siege of Leningrad: prospective cohort study // *British Medical Journal*. 2004. № 328. P. 11.
- Targets for Health for All.* Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, 1985.
- Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D.* Economic change, crime and mortality in Russia: regional analysis // *British Medical Journal*. 1998. № 317. P. 312–318.

Дэнни Вогерё

PhD, профессор, член Шведской королевской академии наук,
руководитель Центра исследований равноправия в сфере здоровья (CHESS),
Каролинский институт, Стокгольмский университет, Швеция

электронная почта: denny.vagero@chess.su.se

(Пер. с англ. Я.А. Кирсанова под ред. М.А. Ворона)
