

УДК 351.773

О. І. Ушакова,

аспірант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,

Національна академія державного управління при Президентові України, м. Київ

## ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА З ПОДОЛАННЯ НЕРІВНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

O. Ushakova,

postgraduate student, National Academy of Public Administration, Office of the President of Ukraine, Kyiv, Ukraine

PUBLIC POLICY OF REDUCING HEALTH INEQUALITIES: INTERNATIONAL EXPERIENCE

*У статті розглянуто основні напрями державної політики з подолання нерівності у сфері охорони здоров'я. Проаналізовано проблему нерівності стосовно здоров'я та чинники, які на неї впливають у країнах ЄС, США, Китаї, Російській Федерації. Охарактеризовано основні форми цієї нерівності.*

*This article describes the main directions of public policy of reducing health inequalities. The issues of health inequalities and its determinants in the EU, the USA, China and Russian Federation are analyzed. The main types of health inequalities are considered.*

*Ключові слова: державна політика, охорона здоров'я, суспільна нерівність, нерівність стосовно здоров'я.*  
*Key words: public policy, health care, social inequalities, health inequalities.*

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Забезпечення рівності та справедливості стосовно здоров'я є фундаментальною цінністю демократичного суспільства та основною метою діяльності системи охорони здоров'я, а також однією з передумов сталого економічного зростання держави. В останні десятиліття здоров'я населення розвинених країн світу покращується: зростає середня очікувана тривалість життя; все більше захворювань піддаються лікуванню; популяризується та впроваджується здоровий спосіб життя. Проте проблема нерівності стосовно здоров'я залишається актуальною, що може бути пов'язане з недостатньою ефективністю реалізації політики у сфері охорони здоров'я для всіх суспільних груп. Масштаби нерівності стосовно здоров'я є різними як між окремими країнами, так і між окремими суспільними групами в межах однієї країни. Нерівність і несправедливість стосовно здоров'я та його охорони стають на заваді досягнення можливого потенціалу здоров'я, а також перешкоджають реалізації інших основних прав людини. В Україні соціальна нерівність, зокрема нерівність стосовно здоров'я з кожним роком поглиблюється і потребує цілеспрямованого державно-управлінського впливу. Існуюча нерівність стосовно здоров'я створює значне фінансове навантаження на суспільство та державу. Європейський парламент підрахував, що збитки, пов'язані з несправедливістю стосовно здоров'я коштують близько 1,4% валового внутрішнього продукту (ВВП): у рамках ЄС вказані втрати співмірні з витратами на оборону ЄС (1,6% ВВП) [11].

### АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ

Питання окремих аспектів суспільної нерівності є актуальним для України і її дослідженням присвячені праці О. Балакірева, О. Грішнова, Е. Лібанова та інших. Результати досліджень нерівності стосовно здоров'я, державна політика у цій галузі опубліковані у наукових працях М. Білинської, Т. Грузевої, Н. Кризиної, І. Рожкової, І. Солоненка, Я. Радиша, Н. Ярош та інших. Серед експертів ВООЗ, які вивчають нерівність стосовно

здоров'я, її причини, можливості зменшення її проявів можна виокремити G. Dahlgren, J. Figueras, M. McKee, Nata Menabde, C. Stein M. Whitehead та інших.

### НЕВИРІШЕНІ РАНІШЕ ЧАСТИНИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ

Проблема зменшення нерівності стосовно здоров'я є предметом досліджень науковців багатьох країн світу. Подолання нерівності стосовно здоров'я є однією із стратегічних цілей програми "Здоров'я — 2020" Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Проте в Україні це питання не тільки недостатньо досліджене, але і сам термін "нерівність стосовно здоров'я" не є загальноживаним у наукових працях.

### МЕТА СТАТТІ

Метою статті є дослідження проблеми нерівності стосовно громадського здоров'я в окремих країнах світу, а також державної політики з подолання цієї проблеми та можливості використання цього досвіду в Україні.

### ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Нерівність в здоров'ї є загальним терміном для позначення відмінностей в стані здоров'я окремих людей або груп населення. ВООЗ визначає нерівність стосовно здоров'я як відмінності у стані здоров'я, або розподілі детермінант здоров'я між різними групами населення, які виникають внаслідок різних соціальних умов, в яких люди народжуються, проживають, зростають, старіють [3].

Нерівність стосовно здоров'я переважно стосується вільного вибору самої людини, її генетичних або біологічних особливостей. В той же час необхідно розрізняти і такий прояв нерівності як суспільна несправедливість. Наприклад, різниця у стані здоров'я, спричинена випадковими генетичними мутаціями, призводить до нерівності стосовно здоров'я, але це не є проявом суспільної несправедливості. Нерівність стосовно здоров'я, яка виникає у зв'язку з нерівномірним розподілом детермінант (доступом до якісних послуг з охоро-



**Рис. 1. Причини нерівності стосовно громадського здоров'я (за даними ВООЗ)**

ни здоров'я, освіти, безпечних умов життя і праці тощо) і ресурсів безумовно відносяться до суспільної несправедливості. Такий прояв нерівності щодо здоров'я необхідно і можливо подолати. До детермінант здоров'я відносяться теж негенетичні і небіологічні впливи на здоров'я. Крім вказаних соціальних, економічних та інших чинників, сюди відносяться також поведінкові чинники, а також якість послуг з охорони здоров'я (рис. 1).

Нерівність стосовно здоров'я зумовлена не тільки зазначеними чинниками, але їх якістю, кількістю, розподілом і взаємодією. Нерівність стосовно здоров'я часто відображає системні соціальні, політичні, економічні та екологічні чинники, які у поєднанні з біологічними особливостями накопичуються впродовж життя і передаються із покоління в покоління.

Нерівність стосовно здоров'я є частиною загальної нерівності у суспільстві. Сьогодні світова спільнота розуміє нерівність у суспільстві як відсутність можливостей, що впливають на людський розвиток, для окремої людини, зміщуючи тим самим акцент з нерівностей в доходах до нерівності у доступі до послуг соціальної сфери (насамперед, охорони здоров'я й освіти) та розширення політичних свобод [5, с. 27]. Можна виділити окремі форми нерівності стосовно здоров'я:

- соціально-економічна нерівність, обумовлена різним соціально-економічним статусом людей;
- територіальна нерівність проявляється у тому, що стан громадського здоров'я значно відрізняється між різними місцевостями;
- гендерна нерівність обумовлена тим, що жінки і чоловіки мають різні потреби і можливості, які впливають на їх стан здоров'я, на доступ до послуг з охорони здоров'я, внесок у розвиток людського потенціалу нації;
- інформаційна нерівність стосовно здоров'я з'являється з розвитком електронної охорони здоров'я;
- етнічна нерівність.

Для окремих країн характерні різні форми нерівності стосовно здоров'я. Але найбільш поширеною є соціально-економічна нерівність, яка потребує удосконалення державно-управлінських механізмів для її подолання. Численні дослідження вказують на тісний зв'язок між соціально-економічним статусом і здоров'ям. Дослідження в західноєвропейських країнах доводять, що нерівність стосовно здоров'я пояснюється поєднанням соціально-економічних умов і способу життя. Наслідки такої нерівності залежать від спроможності системи охорони здоров'я компенсувати її. Загалом неза-

можні люди ведуть меш здоровий спосіб життя ніж багаті, але цей зв'язок неоднозначний і причини цього залишаються нез'ясованими. На думку експертів ВООЗ, тенденції в країнах центрально-східної Європи і США такі, що державні витрати на охорону здоров'я практично не сприяють подоланню нерівності стосовно здоров'я [4, с. 69]. Основною причиною є те, що більшість цих витрат направляється на стаціонарне лікування, яким частіше користуються більш багаті люди. Крім того, більш заможні люди частіше використовують послуги з охорони здоров'я, ніж менш забезпечені, які в той же час потребують їх більше. Особливості навколишнього середовища можуть підсилювати соціально-економічну нерівність стосовно здоров'я. Останні дослідження вказують на те, що населення країн Європейського Союзу з низьким рівнем доходів піддається впливу непропорційно високого рівня забруднення повітря і серед них відмічається вищий рівень смертності від пов'язаних з цим захворювань.

Екологічні особливості відзначаються суттєвими регіональними відмінностями в окремих країнах європейського регіону. Зокрема у східноєвропейських країнах відмічається подвійний негативний вплив, а саме низьких рівнів доходів і поганої якості повітря [9]. Таким чином, соціально-економічні чинники обумовлюють більш виражену територіальну нерівність стосовно здоров'я, ніж інші детермінанти.

При дослідженні нерівності стосовно здоров'я прийнято порівнювати показник середньої очікуваної тривалості життя між окремими регіонами, соціальними групами тощо. Проте цей індикатор стану громадського здоров'я враховує тільки тривалість життя не зважаючи на його якість. Тому для оцінки нерівності у світі часто застосовують показник тривалості життя без втрати працездатності (DFLE — disability free life expectancy), який враховує середню кількість років життя, які людина певного віку може прожити повноцінно без втрати працездатності. Дослідження регіональної диференціації цього показника дає змогу зрозуміти чи досягає державна політика у сфері охорони здоров'я своєї мети рівного доступу до її послуг для всіх. В європейських країнах диференціації індексу DFLE зумовлюють різні детермінанти здоров'я.

Дослідження проведені у Великобританії показали, що менша тривалість здорового життя переважає у регіонах з низьким соціальним рівнем, високою зайнятістю і низькою щільністю проживання населення. Різниця в середній очікуваній тривалості життя чоловіків між різними районами Лондона сягає 17 років. За даними Лондонської Обсерваторії здоров'я за вектором на схід від Вестмінстеру зменшується середня очікувана тривалість життя. В Іспанії індекс DFLE залежить більшою мірою від соціальних умов (рівень освіти, безробіття) і нездорового способу життя (тютюнопаління). Одночасно спостерігається низька залежність від діяльності системи охорони здоров'я. У Нідерландах тривалість здорового життя пов'язана із соціально-економічними індикаторами регіону (середній дохід, відсоток безробітного населення, рівень освіти), зі способом життя (тютюнопаління, вживання алкоголю) і діяльністю системи охорони здоров'я (кількість лікарняних ліжок і сімейних лікарів на 1000 населення) [10]. Отже, більш тісний зв'язок тривалості здорового життя був виявлений із соціально-економічними умовами і способом життя, а ніж з діяльністю системи охорони здоров'я.

У 2009 році Європейська Комісія ухвалила програму "Солідарність: подолання нерівності стосовно здо-

ров'я в Європейському Союзі", в якій вказується на необхідність підвищення економічної ефективності і стабільності систем охорони здоров'я, при забезпеченні доступу до високоякісних послуг з охорони здоров'я для всіх. В контексті досягнення цілей стратегії "Європа — 2020" підкреслюється важливість інвестування в стабільність діяльності систем охорони здоров'я, які будуть сприяти не тільки подоланню нерівності стосовно здоров'я, а й соціальній згуртованості та економічному зростанню [11]. Інвестування в здоров'я окремих людей сприятиме покращенню громадського здоров'я загалом, підвищенню працездатності, продуктивності праці. В межах ЄС різниця в середній очікуваній тривалості життя чоловіків сягає 11,8 років, а у жінок — 7,9. В Європейському регіоні ВООЗ ця різниця суттєвіша і сягає 17 років у чоловіків і 12 років у жінок серед 53 країн. Дії ЄС для подолання нерівності стосовно здоров'я включають підтримку загальних цілей стратегії "Здоров'я — 2020" щодо соціальної згуртованості, створення стабільних та ефективних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину, подальшу боротьбу із тютюнопалінням, надмірним вживанням алкоголю, підтримку здорового харчування, фізичної активності.

Основною причиною нерівності у стані здоров'я в США дослідники вважають економічну нерівність та політичні особливості. Незважаючи на те, що частка ВВП на охорону здоров'я в цій країні є найвищою, стан громадського здоров'я в США значно гірший ніж країнах ЄС. Сьогодні рівень діабету у дорослих є найвищим серед американців, за рівнями смертності від серцево-судинних хвороб і хвороб органів дихання США посідають друге місце у світі, в той час як рівні тютюнопаління і вживання алкоголю не є найвищими [8, с. 11]. В США також істотною проблемою є етнічна нерівність. Афроамериканці становлять лише 12 % населення і 50 % тих, в кого вперше в житті встановлений діагноз ВІЛ-інфекції, причому для цього не має біологічних або генетичних причин. Коефіцієнт Джині (індикатор нерівності в доходах) сягає 0,49, а його середньоєвропейський рівень — 0,28. Це свідчить про високу поляризацію американського суспільства за рівнем доходу. Отже, основними причинами незадовільного стану громадського здоров'я в США є висока нерівність в доходах населення, етнічна нерівність, ускладнений доступ до послуг з охорони здоров'я окремих суспільних груп [8, с. 13]. Ці ж причини зумовлюють ситуацію, коли високі витрати на охорону здоров'я не покращують громадське здоров'я.

Характер відмінностей тривалості життя в Китаї відображає рівень економічного розвитку регіонів. І тому успішні економічні реформи, економічне зростання Китаю значно покращили стан громадського здоров'я. Але проблеми соціальної нерівності стосовно здоров'я, обмежений доступ до послуг охорони здоров'я в сільській місцевості залишаються невирішеними [10].

Нерівність стосовно здоров'я і доступу до послуг з охорони здоров'я в Російській Федерації обумовлені поляризацією доходів і можливостей населення, що свідчить про обмеженість і низьку ефективність реалізації соціальної політики в суспільстві. К.Р. Амлаєв виділяє два типи викликів: поширеність інфекційних захворювань та наявність регіонів з великою кількістю бідного населення. Для сучасної російської системи охорони здоров'я характерні високі ступінь нерівності в розподілі можливостей на здоров'я між окремими громадянами і соціальними прошарками, конфлікт уявлень про справедливість між державою і суспільством, недостатнє виконання цілей і завдань державної політики у сфері охорони здоров'я [6].

Одним із чинників, що посилює прояви нерівності стосовно здоров'я є корупція. Корупція у сфері охорони здоров'я є індикатором і результатом недосконаlosti механізмів державного управління галуззю, соціальних інститутів і соціальних відносин [2, с. 51]. Не виникає

сумнівів щодо того, що корупція поглиблює нерівність стосовно здоров'я, ускладнює реалізацію прав громадян на охорону здоров'я, на отримання якісної медичної допомоги.

Державна політика у сфері охорони здоров'я повинна ґрунтуватись на принципах суспільної справедливості. Система охорони здоров'я не може керуватись принципом отримання прибутку, а її послуги повинні забезпечуватись залежно від потреби, а не платоспроможності громадян [5, с. 326]. Однак висока якість послуг з охорони здоров'я повинна гарантуватись всім громадянам незалежно від місця проживання, соціально-економічного статусу або інших ознак.

Покращення громадського здоров'я і зменшення нерівності стосовно здоров'я виходить за межі не тільки державної політики у сфері охорони здоров'я, а й соціальної політики загалом. Очевидна важливість міжсекторальної взаємодії у сфері збереження та покращення громадського і індивідуального здоров'я. У цьому випадку місцеві органи влади можуть забезпечити координацію міжгалузевої взаємодії щодо покращення здоров'я територіальних громад. Узгодженість державної політики у різних сферах є вирішальною для подолання нерівності громадського здоров'я, при цьому її основні аспекти повинні доповнювати, а не суперечити один одному. Експерти ВООЗ виділяють три основні напрями державної політики з подолання нерівності у сфері охорони здоров'я. Перший напрям пов'язаний із соціально-економічними детермінантами здоров'я і полягає у зменшенні нерівності в доходах, соціально-економічному вирівнюванні розвитку регіонів та подоланні абсолютної бідності. Другий напрям спрямований на формування відповідального ставлення до власного здоров'я, дотримання здорового способу життя, акцентування уваги на профілактичних заходах. Зокрема, державна політика із заборони тютюнопаління в громадських місцях, підвищення акцизного податку на алкогольні напої в більшості країн світу виявилися ефективними в забезпеченні особистих поведінкових змін [7]. Третій напрям стосується доступу до якісних послуг з охорони здоров'я, зокрема ефективні механізми державного управління, спрямовані на підвищення фінансової захищеності і забезпечення універсального доступу до медичного обслуговування незалежно від фінансової спроможності пацієнтів [7].

Таким чином, у подоланні нерівності щодо індивідуального та популяційного здоров'я особливо важливою є роль місцевих органів державної влади та органів місцевого самоврядування. Саме на місцевому рівні є змога ефективно вирішувати проблему забезпечення доступу до послуг з охорони здоров'я відповідно до потреб територіальної громади. Децентралізація управління та фінансування у сфері охорони здоров'я надасть можливість більш ефективно діяти відповідно до потреб і пріоритетів громадян окремої території у сфері охорони здоров'я. Заходи з профілактики і покращення здоров'я є найбільш результативними на місцевому рівні, де мобілізуються всі можливості суспільства і застосовується демократичний підхід щодо залучення зацікавлених суспільних груп до вирішення вказаних проблем.

## ВИСНОВКИ

Для розробки та впровадження ефективної державної політики з подолання нерівності стосовно здоров'я необхідно вивчити масштаби і характер нерівності, чинники, які на неї впливають, враховувати взаємодію різних форм нерівності, сформувані прийняті в даних економічних умовах поняття справедливості в суспільстві. Не викликає сумніву той факт, що досягнення абсолютної соціальної рівності і, зокрема, стосовно здоров'я неможливі в сучасних умовах. Але подолання таких проявів нерівності як несправедливість є основною метою соціальної політики. В останній час особливе значення має відповідальне ставлення до

власного здоров'я самих громадян, на координації діяльності стосовно покращення громадського здоров'я окремих людей, суспільства і держави. В той же час доступ до якісних послуг з охорони здоров'я повинен гарантуватись і забезпечуватись державою незалежно від соціально-економічних особливостей окремих суспільних груп, а також для людей з обмеженими можливостями.

## ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

У наступних наукових розвідках передбачається дослідити масштаби нерівності стосовно здоров'я в Україні, її причини. Обґрунтувати основні напрями державної політики та управлінські механізми подолання нерівності у сфері охорони громадського здоров'я в Україні.

### Література:

1. Амлаев К.Р. Неравенство в здоровье, приверженность лечению и медицинская грамотность населения на местном уровне: теоретические аспекты и Ставропольский опыт: монография [Електронний ресурс] / К.Р. Амлаев. — М.: Илекса, 2013. — 320 с. — Режим доступу: <http://www.zor-da.ru/muz/monografii/new-neravenstvo-v-zdorove-priverzhennost-lecheniyu-i-meditsinskaya-gramotnost-naseleniya-na-mestnom-urovne-teoreticheskie-aspekty-i-stavropolskij-opyt-amlaev-k-r/>

2. Білінська М.М. Корупційні діяння в сфері охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід протидії: навч.-метод. матеріали / М.М. Білінська. — К.: НАДУ, 2011. — 120 с.

3. Здоровье — 2020. Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Електронний ресурс] Всемирная организация здравоохранения. Европейский региональный комитет. Мальта, 2012 г. — Режим доступу: <http://www.thepep.org/ClearingHouse/docfiles/RC62wd09-Rus.pdf>

4. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии. Marc Suhrcke, Martin McKee, Lorenzo Rosso. Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

5. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу / За ред. Е.М. Лібанової. — К.: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2012. — 404 с.

6. Сизова И.А. Социальное неравенство шансов на здоровье, нормы справедливости и государственная политика в области здравоохранения: экстраполяции [Електронний ресурс] / И.А. Сизова // Вклад НКО в реформу социальной сферы: улучшение здоровья населения, внедрение инклюзивного образования и жилищная реформа: материалы интернет-конф. Информ.-аналитического портала SocPolitika.ru. 2007. — Режим доступу: <http://www.socpolitika.ru> (Accessed 25 Feb 2014).

7. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения [Електронний ресурс] Всемирная организация здравоохранения. 2008 р. — Режим доступу: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/91431/E93699R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf)

8. Cheng Tsung-Mei. US performance in advancing Public Health: a view from across the Atlantic [Електронний ресурс] / Tsung-Mei Cheng // Eurohealth. — 2013. — Vol. 3. — P. 11—13. — Режим доступу: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol19No3/Eurohealth-v19n3-WEB-100913.pdf>

9. Particulate air pollution and health inequalities: a Europe-wide ecological analysis [Електронний ресурс] International Journal of Health Geographics. — 2013. — Режим доступу: <http://www.ijhealthgeographics.com/content/12/1/34>

10. Regional variations in and correlates of disability-free life expectancy among older adults in China [Електронний ресурс] // BMC Public Health. — 2010. — Режим доступу: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/446>

11. Report on health inequalities in the European Union. Commission Staff Working Document [Електронний ресурс] 2013. — Режим доступу: [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/report\\_healthinequality\\_sw\\_d\\_2013\\_328\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequality_sw_d_2013_328_en.pdf)

### References:

1. Amlaev, C.R. (2013), Neravenstvo v zdorov'e, priverzhennost' lecheniju i medicinskaja gramotnost' naselenija na mestnom urovne: teoreticheskie aspekty i Stavropol'skij opyt [Health inequalities, treatment adherence, and health literacy of the population at the local level: theoretical aspects and Stavropol experience], Ileks, Moscow, Russia, available at: <http://www.zor-da.ru/muz/monografii/new-neravenstvo-v-zdorove-priverzhennost-lecheniyu-i-meditsinskaya-gramotnost-naseleniya-na-mestnom-urovne-teoreticheskie-aspekty-i-stavropolskij-opyt-amlaev-k-r/> (Accessed 25 Feb 2014).

2. Bilyns'ka, M.M. (2011), Korupcijni dijannja v sferi ohorony zdorovja: vitchyznjanyj ta zarubizhnyj dosvid protydii [Acts of corruption in the health sector: national and international experience of eliminating], Vyd-vo NADU, Kyiv, Ukraine.

3. World Health Organization Regional Office for Europe (2012), "Health — 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing", available at: <http://www.thepep.org/ClearingHouse/docfiles/RC62wd09-Rus.pdf> (Accessed 13 Apr 2014).

4. World Health Organization Regional Office for Europe (2008), "Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia", available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74740/E90569R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74740/E90569R.pdf?ua=1) (Accessed 13 Apr 2014).

5. Libanova, E.M. (2012), Nerivnist' v Ukraїni: mashtabi ta mozhlivosti vplivu [Inequalities in Ukraine: the scope and possibility of exposure], Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the National Academy of Sciences of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

6. Sizova, I. L. (2007), "Social inequality chances of health, standards of justice and health policy: the extrapolation", Materialy internet-konferencii Informacionno-analiticheskogo portala SocPolitika.ru [Materials of online conference information-analytical portal SocPolitika.ru], available at: <http://www.socpolitika.ru> (Accessed 25 Feb 2014).

7. World Health Organization (2008), "Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems", available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/91430/E93699.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/91430/E93699.pdf) (Accessed 22 Apr 2014).

8. Cheng Tsung-Mei (2013), "US performance in advancing Public Health: a view from across the Atlantic", Eurohealth, [Online], vol. 3, pp. 11—13, available at: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol19No3/Eurohealth-v19n3-WEB-100913.pdf> (Accessed 20 Apr 2014).

9. International Journal of Health Geographics (2013), "Particulate air pollution and health inequalities: a Europe-wide ecological analysis", available at: <http://www.ijhealthgeographics.com/content/12/1/34> (Accessed 20 Apr 2014).

10. BMC Public Health (2010), "Regional variations in and correlates of disability-free life expectancy among older adults in China", available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/446> (Accessed 20 Apr 2014).

11. European Commission (2013), "Report on health inequalities in the European Union", available at: [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/report\\_healthinequality\\_sw\\_d\\_2013\\_328\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequality_sw_d_2013_328_en.pdf) (Accessed 7 May 2014).

Стаття надійшла до редакції 11.06.2014 р.