EUR/ICP/HSR 818
2961A
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

БЕЗРАБОТИЦА, БЕДНОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ И НОВАТОРСКИЕ ПУТИ НЕЙТРАЛИЗАЦИИ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Отчет о совещании ВОЗ

Вена (Баден)

12-14 мая 1987 года

1987 год

EUR/HFA задача 1

Примечание

Настоящий документ не является официальной публикацией. Не разрешается рецензировать, аннотировать, цитировать или переводить этот документ без согласия Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Всю ответственность за взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Совещание по проблемам безработицы, бедности и качества жизни работающего населения новаторским путем нейтрализации негативных последствий для здоровья состоялось в Вене (Бадене), Австрия, 12-14 мая 1987 г. На открытии совещания выступили: от имени правительства страны-устроительницы - д-р G. Liebeswar, от имени Европейского центра по подготовке кадров и научным исследованиям в области социального обеспечения - д-р H. Wintersberger и от имени Регионального директора ЕРБ ВОЗ д-р P.-G. Svensson. Участники в составе 34 человек обсудили 23 рабочих документа, которые перечислены в Приложении 1. Список участников приводится в Приложении 2.

Целью созыва данного совещания было дальнейшее проведение оценки воздействия на здоровье и благосостояние факторов безработицы, обнищания и низкого качества трудовой жизни; начало проведению такого рода оценки было положено на предыдущих совещаниях в рамках программы Европейского регионального бюро ВОЗ по обеспечению социального равенства в вопросах охраны здоровья. Расширение диапазона и активизация научных исследований по этой тематике должно способствовать более лучшему согласованию показателей, характеризующих состояния крайнего неблагополучия и отклонения здоровья от нормы. Поэтому представленные на совещании доклады о результатах проведения таких исследований могли бы способствовать разработке методических указаний в помощь органам, отвечающим за вопросы мониторинга воздействия экономического спада на условия жизни различных контингентов населения. Кроме того, перед участниками стояла задача обсуждения аспектов здоровья и благополучия, связанных с таким довольно распространенным явлением в странах Региона, как неофициальный сектор экономики. И наконец, совещание было призвано сделать первый шаг в отношении конкретного подхода к вопросу о проведении конкретных мер по оказанию помощи жертвам затяжной безработицы, по изучению критериев, которые могут быть использованы для оценки эффективности мер вмешательства и по рассмотрению возможностей проведения межсекторальных видов деятельности в целях охраны и улучшения здоровья и благополучия лиц, участвующих в таких мероприятиях.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЗАТЯЖНОЙ БЕЗРАБОТИЦЫ НА ЗДОРОВЬЕ

Заслушанные на совещании доклады о проведенных научных исследованиях свидетельствовали о том, что принудительное исключение из системы оплачиваемого труда, безусловно, наносит значительный ущерб как физическому, так и психическому здоровью. Полученные в ходе исследований результаты подтверждают, что сильные душевные переживания и симптомы угнетенного состояния встречаются среди безработных практически повсеместно. Кроме того, психологические исследования и количественные оценки других связанных со здоровьем переменных указывают на весьма серьезные последствия. В ходе выступлений был затронут широкий спектр вопросов, начиная с изменений в нейроэндокринной и иммунной системах до изменений в формах поведения, оказывающих воздействие на здоровье, и до повышенной уязвимости по отношению к новым или прежним заболеваниям, а также большего или меньшего пользования медицинскими услугами. При этом частота обращения к специалистам в последнем случае находится в прямой зависимости от степени доступности или конкретной организационной структуры медико-санитарного обслуживания в разных странах Региона. Однако, если в одних случаях безработные в более полной мере пользуются медико-санитарными услугами, то в других повышение числа симптомов и показаний для обращения к врачу сопровождается, наоборот, меньшим использованием возможностей соответствующих служб. Последнее обстоятельство указывает на то, что безработные мало занимаются собственным здоровьем. Такое небрежение является следствием наступившей депрессии, осознания своей беспомощности и возникновения убежденности в том, что здоровье переходит в полную зависимость от внешних факторов.

Наряду с этим происходит ухудшение стереотипов поведения, связанных со здоровьем. Среди безработной части населения повышается распространенность таких явлений, как злоупотребление различными веществами, отказ от скрининга своего здоровья, беспорядочное использование своего времени, изменения в режиме сна и замедление ответной реакции на возникающие жизненные трудности.

Повышенная раздражительность и другие негативные эмоции и настроения способствуют отчуждению этой части населения, а также снижают качественный уровень помощи, предоставляемой учреждениями социальной поддержки, и степень доступности этой помощи. Теперь общеизвестно, что все эти явления оказывают значительное отрицательное воздействие на здоровье и благополучие людей.

В результате снижения качества работы сетей социальной поддержки среди жертв затяжной безработицы, что подтверждается представленными на совещании выводами, объектами негативное воздействие на здоровье и благосостояние распространяется затем на жен/супругов либо сожительницы/партнеров, членов семей, на общины и общество в целом.

Стержневым аспектом многих из вышеперечисленных последствий было сокращение финансовых возможностей и дальнейшее распространение бедности во многих ее проявлениях, о чем свидетельствуют различные виды вспомоществования для безработных в разных странах Региона. Хотя в некоторых странах такое бедственное положение отрицательно сказывается на качестве питания или ограничивает доступ не имеющих работы лиц, к службам медико-санитарной помощи, наиболее характерным следствием является сокращение персональных полномочий и ограничение доступа к обширной сети социальных учреждений или к психосоциальным ресурсам общества.

К прочим ярко выраженным переменным, от которых зависят масштаб, степень тяжести и конкретные формы вышеназванных последствий, относится возраст, социально-экономическое положение и уровень образования, а также продолжительность безработицы или ее частотность. Особо важные переменные связаны с культурными традициями, бытующими среди безработных, низкокачественным трудом и социальным расслоением населения во многих странах Региона.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОГО КАЧЕСТВА ТРУДОВОЙ ЖИЗНИ

Исследования, о которых шла речь на совещании, свидетельствуют о том, что люди, чья трудовая деятельность характеризуется низким качеством психосоциальных условий

или условий производственной среды, во многом подвержены такому же (или аналогичному) неблагоприятному воздействию на здоровье и благополучие, как и в случае безработных. Во многих странах такая ситуация становится объектом особого внимания. Упомянутые выше исследования также позволили значительно глубже понять суть психосоциальных факторов, влияющих на судьбы людей, исключенных из системы оплачиваемого труда. В своей совокупности результаты анализа низкокачественной занятости и затяжной безработицы являются основанием для установления критериев проведения мер вмешательства на рабочем месте или же в рамках программ по охране здоровья лиц, долгое время не имеющих работы. Все эти требования в отношении благосостояния людей и в том и в другом случае (такие, как удовлетворительное использование времени и социальный статус, контроль над собой и уверенность в своих силах, а также чувство социальной принадлежности и полезности) - играют весьма важную роль в общественно полезном труде и самым непосредственным образом сказываются на состоянии здоровья населения. Даже в тех обществах, в рамках которых проводится политика полной занятости, воздействие на здоровье качества трудовой деятельности приобретает все большее значение.

ПОСЛЕДСТВИЯ РАСШИРЕНИЯ МАСШТАБА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕОФИЦИАЛЬНОГО СЕКТОРА ЭКОНОМИКИ

На основании докладов, представленных многими странами Региона, можно сделать вывод о том, что доля неофициального сектора экономики в хозяйственной деятельности в целом постоянно возрастает. В рамках мероприятий по достижению здоровья для всех к 2000 году решение вопросов укрепления здоровья и благополучия людей невозможно без учета этого нового и серьезного обстоятельства. По своей сути, неофициальный сектор экономики является недоступным для регулирования безопасности производственных условий; неофициальная трудовая деятельность уходит своими корнями в социальные и семейные вспомогательные структуры и обеспечивает лишь минимальную охрану здоровья (а то и вообще этого не делает) через гарантию занятости, определенный уровень безопасности производственных условий или профсоюзное

представительство. Вместе с тем такая деятельность может служить во многих отношениях показателем происходящей в обществе экономической адаптации и иметь определенные черты коммунальных программ, созданных самими безработными, или же рассчитанных на эту часть населения. Тем не менее серьезная пандемия безработицы в странах Региона продолжает существовать - при этом число безработных по официальным данным, т.е., по всей вероятности, в соответствии с наиболее консервативными оценками на этот счет, держится на уровне более 30 миллионов человек. Кроме того, на рынке труда, характеризующемся острой конкуренцией, происходит не только значительное увеличение доли низкокачественных рабочих мест, но и активизация процесса вытеснения, отторжения от общества наиболее уязвимых групп населения. Стремление к обеспечению рабочих мест может быть настолько сильным, что вопросы регулирования качества трудовой деятельности ответственными органами, включая правительства стран, могут отходить на задний план.

НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Механизмы воздействия новой технологии, основывающейся на ЭВМ, на характер труда, а также на здоровье и благополучие людей пока не распознаны в полной мере. Тем не менее из представленных на совещании докладов видно, что эти механизмы являются весьма значительными. Не исключено, что наиболее важным среди них является процесс оттеснения рабочих, особенно женщин, по месту работы. Более того, наметившаяся тенденция к отбору все более квалифицированных и обладающих соответствующим багажом кадров препятствует трудоустройству менее образованных лиц. Кроме того, продолжает увеличиваться доля удаленной от основного производства работы на дому, что, в свою очередь, сказывается на положении отдельных семей, а также оказывает влияние на те большие обязанности, которые возлагаются на женщин во многих обществах. В некоторых странах случаи организации работы на дому являются более частым явлением в условиях неофициально действующей экономики, а ведь к неофициальному сектору экономики относятся почти все отрасли, функционирующие на базе новой технологии.

МЕХАНИЗМЫ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ

Лишь в отдельных докладах, представленных участниками совещания, непосредственно рассматривается вопрос о патофизиологических или психосоциальных причинно-следственных механизмов. В целом, наиболее часто используются модели стрессовых состояний психобиологического свойства. Однако, основываясь на результатах представленных на совещании исследований, в основу которых положены достаточно детальные и усложненные индикативные переменные, становится возможным разработка более комплексных динамических моделей патологических процессов и ухудшения состояния здоровья. Более современные и сложные методы анализа данных раскрывают дополнительные возможности в плане количественной оценки этих моделей. На совещании было представлено несколько конкретных примеров осуществления вышеназванных подходов.

МЕТОДОЛОГИИ

В прочитанных докладах основное место занимали эпидемиологические исследования, многие из которых свидетельствовали о переходе от многоаспектных и ретроспективных исследований к перспективным. В проведенных в этой связи обзорах и высказываниях участников совещания подчеркивалась необходимость непрерывного совершенствования качества исследований такого рода. Была также отмечена необходимость в срочном порядке согласовать между всеми заинтересованными сторонами характер и содержание переменных и показателей, определяемых в ходе этого анализа, – в частности с тем, чтобы создать условия для проведения в большем масштабе не только сравнительных и международных исследований, но и исследований, находящихся на стыке разных культур.

Наряду с этим была также подчеркнута необходимость классификации и систематизации методологических подходов. Требуется организовать проведение широкого диапазона исследований как на индивидуальном, так и на агрегированном уровнях. Необходимо также изучить не только исходные факторы заболеваемости и механизмы предрасположенности к этому, но и характер взаимодействия

между экономическими и иными воздействиями; наряду с этим подчеркивалась целесообразность организации когортных обследований. Разработка зависимых переменных в области здравоохранения по-прежнему находится на начальной стадии развития и требует уделения более концентрированного внимания анализу распространенности и частотности некоторых конкретных заболеваний.

Настало время, когда следует безотлагательно обеспечить расширение диапазона аналитической работы с точки зрения учета происходящих изменений на уровне семьи и общины. Методы проведения научных исследований на уровне семьи являются достаточно комплексными, чтобы анализировать соответствующие механизмы воздействия. Вместе с тем необходимо уделить гораздо более серьезное внимание показателям, сигнализирующим характер воздействия на коммунально-общинном или даже местном уровне, в случае которого мало что известно о названных механизмах воздействия и методах.

МОНИТОРИНГ

Рассмотренные на совещании исследования и состоявшиеся дискуссии позволяют сделать вывод о наличии достаточных оснований для начала работы по формулированию показателей на основании переменных, используемых в процессе научных исследований с тем, чтобы соответствующие органы и учреждения могли ими пользоваться в странах Региона для мониторинга воздействия на состояние здоровья населения последствий безработицы и других связанных с производством факторов спада, развития или преобразования экономики. При этом было отмечено, что в ходе такого мониторинга необходимо учитывать не только те воздействия, которые непосредственно сказываются на состоянии здоровья задействованных при этом лиц и групп населения, но и наиболее значительные эффекты, от которых зависит благополучие их семей и общин. Мониторинг представляется важным инструментом и предпосылкой при планировании мер вмешательства по нейтрализации вышеперечисленных воздействий.

На совещании была подчеркнута необходимость построения более комплексных экономических и социально-экономических моделей на уровне общества в целом. Структура этих моделей должна включать переменные, касающиеся состояния здоровья населения и служб здравоохранения, с тем чтобы можно было глубже понять степень воздействия на здоровье нынешних и предстоящих коренных изменений в количестве и качестве проводимой в странах Региона работы.

МЕРЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Участники совещания заслушали доклады, в которых излагается широкий диапазон мер вмешательства, проводимых как на индивидуальном и клиническом уровнях, так и в рамках отдельных групп и общенациональных программ, включающих подчас непосредственным образом компонент укрепления здоровья или, более часто, развитие психосоциальных навыков и навыков по преодолению трудностей.

На совещании была поставлена под сомнение финансовая обеспеченность персональных клинических подходов, что, в свою очередь, послужило толчком для рассмотрения установившейся диспропорции между ресурсами и кадрами, необходимыми для осуществления такого подхода, с одной стороны, и самим масштабом проблемы, с другой. Был поднят вопрос этического свойства по поводу приемлемости идеи сугубо паллиативных мер в программах, нацеленных на развитие навыков борьбы с трудностями, возникающими вследствие безработицы. По мнению участников совещания, во всех случаях следует руководствоваться этическими критериями таким образом, чтобы постоянно сохранять равновесие между развитием навыков нейтрализации стрессовых состояний и как профессиональной подготовкой, так и мерами, ориентированными на удовлетворение широкого круга потребностей лиц, не имеющих работы в течение длительного периода времени, и их семей и общин. Для оказания сколько-нибудь существенной помощи безработным требуется не только прививать всевозможные навыки и знания, но и пересмотреть бюрократические процедуры и реакции общества на разные варианты соотношений

оплачиваемого труда, безработицы и деятельности неофициального сектора экономики в странах Региона.

Кроме того, была отмечена важная роль на данном этапе мониторинга программ и проектов во всех случаях с точки зрения стимулирования включения в такие программы как предполагаемых, так и явных элементов укрепления здоровья, а также гарантии того, что потребности и пожелания их участников будут приниматься во внимание. Подход, ориентированный на активизацию роли самого населения, наряду с научно обоснованным подходом к решению практических задач представляются целесообразными, тем более что меры вмешательства обращены не на людей, а проводятся при их участии.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая ценность, разнообразие и большой объем материала, содержащегося в представленных на совещании докладах, было рекомендовано издать его в форме отдельной книги. Желательно наметить срок выхода в свет этой публикации в начале 1988 года.

2. Следует учредить небольшие рабочие группы по специальным аспектам программы в области социального равенства в вопросах охраны здоровья, совещания которых будут регулярно проводиться в период между более крупными пленарными заседаниями по данной программе в целом в целях детального обсуждения некоторых хорошо сформулированных вопросов, к примеру, касающихся разработки методологии и изучения неофициального сектора экономики.

3. Следует уже сейчас организовать проведение межнациональных исследований и исследований, касающихся различных культур, в целях непосредственного и активного анализа воздействия меняющихся экономических условий на положение семьи.

4. Следует более активно отслеживать формирование показателей состояния общества с привлечением, к примеру, лиц, принимающих решения на межсекторальном уровне.

5. Следует ускорить процесс разработки более комплексных и динамичных моделей причинно-следственных связей и их научно обоснованную оценку.

6. Следует поощрять меры вмешательства, нацеленные на включение элементов укрепления здоровья, а также приступить к активной разработке четких методических указаний по развитию и мониторингу программ.

7. Ввиду масштабности самой проблемы на фоне продолжающегося экономического кризиса, роли труда в качестве жизнедеятельности людей и устремлений по достижению здоровья для всех государства-члены должны быть готовы к тому, чтобы признавать существование проблемы воздействия безработицы и трудовой деятельности на здоровье и придавать этому должное значение.

Приложение 1

РАБОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ[a]

ICP/HSP 818/6	Воздействие спада на жизнедеятельность и здоровье двух районов Олдгема, находящихся в неблагоприятном положении: перекрестный анализ J. Briggs и др.
ICP/HSR 818/7	Курс на полную занятость: на примере немногочисленной группы населения, проживающего в центральной Швеции, B. Starrin и др.
ICP/HSR 818/8	Уязвимость и безработица: процесс, приводящий к ухудшению здоровья населения и ограничениям в связи с осуществлением в Нидерландах стратегий вмешательства, I.P. Spruit
ICP/HSR 818/9	Трудовая деятельность, безработица, бедность и стресс: на пути к осуществлению подхода, основанного на комплексной политике, S.J. Watkins
ICP/HSR 818/10	Уязвимость лиц, в течение длительного времени не имеющих работы в Нидерландах, – по результатам проведения продольного исследования, H. Verkleij

---

[a] Экземпляры документов можно заказать через Отделение по стимулированию и развитию научных исследований, Европейское региональное бюро ВОЗ, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø

ICP/HSR 818/11 Отпуск по болезни, инвалидность и смертность вследствие закрытия предприятия: опыт проведения в течение десяти лет контрольного исследования, S. Westin

ICP/HSR 818/12 Медико-санитарные последствия трудовой деятельности и лишение работы: подходы к решению вопросов понимания и мониторинга этого процесса, включая меры вмешательства, J. Cullen и др.

ICP/HSR 818/13 Индивидуальная и групповая адаптация к безработице, P. Warr

ICP/HSR 818/14 Безработица, возврат в сферу материального производства и психическое благополучие: усилия по конкретизации взаимосвязей между потерей оплачиваемого труда и здоровьем на примере населения Финляндии, E. Lahelma и R. Kangus

ICP/HSR 818/15 Методологические аспекты изучения воздействия безработицы на здоровье, V. Cucic

ICP/HSR 818/16 Психологические меры вмешательства по профилактике опасностей для здоровья вследствие безработицы и обнищания, W. Lauterbach

ICP/HSR 818/17 Охрана здоровья, занятость и социальное обеспечение во Франции на примере заболеваемости туберкулезом, C. Le Petit и A. Thebaud-Mony

ICP/HSR 818/18 Кризис труда – проблема, подлежащая решению в рамках социальной политики и политики в области здравоохранения, H. Wintersberger

ICP/HSR 818/19	Основные положения детального изучения проблемы безработицы в Белграде, Югославия, V. Cucic
ICP/HSR 818/20	Постоянство и преобразования в рамках скрытой экономики, L. Lemkow и T. Torns
ICP/HSR 818/21	Региональный подход к улучшению психосоциального положения безработных, T. Kieselbach
ICP/HSR 818/22	Медико-санитарные последствия, обнищание и ухудшение положения населения на примере отдаленного сельского района, C.A. Birt
ICP/HSR 818/23	Безработица, здоровье и медицинское обслуживание, E. O'Shea
ICP/HSR 818/24	Политика полной занятости в Польше и некоторые ее аспекты, оказывающие влияние на состояние здоровья работающего населения, A. Gnazdowski
ICP/HSR 818/25	Этапы развития безработицы, K. Sokou
ICP/HSR 818/26	Стресс и армия безработных в Австрии, L. Pelzmann
ICP/HSR 818/27	Безработица и смертность в Дании, 1970-80 гг., L. Iversen и др.
ICP/HSR 818/28	Безработица, социальная поддержка, психиатрические и психосоматические симптомы, S. Sabroe и L. Iversen
ICP/HSR 818/29	Безработица, сверхурочная работа и интенсивность труда, B. Starrin и др.

Приложение 2

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Временные советники

Д-р C.A. Birt
Совет по здравоохранению Гебридских островов, Сторновей, о. Льюис, Соединенное Королевство

Проф. S.O. Brenner
Отделение по изучению человеческих факторов и проблемы труда, Университет г. Лулео, Швеция

Проф. J.H. Cullen
Директор по научным исследованиям, Сотрудничающий с ВОЗ центр по научным исследованиям о области социальной справедливости и здравоохранения, Дублин, Ирландия (составитель отчета)

Проф. Viktorija Cucic
Медицинский факультет, Институт медицинской социологии, статистики и научных исследований в области здравоохранения, Белград, Югославия

Д-р A. Gniazdowski
Заведующий отделом медицинской социологии, Институт профессиональных заболеваний, Лодзь, Польша

Д-р L. Iversen
Институт медицинской социологии, Институт Панума, Копенгагенский университет, Дания

Д-р T. Kieselbach
Научно-исследовательский отдел по проблемам труда, безработицы и развития личности, факультет социологических исследований, Бременский университет, Федеративная Республика Германии

Д-р E. Lahelma
Старший научный сотрудник, Фонд реабилитации, Хельсинки, Финляндия

Проф. W. Lauterbach
Институт психологии, Университет Иоганна Вольфганга Гёте, Франкфурт, Федеративная Республика Германии

Проф. L. Lemkow
Факультет социологии, Барселонский автономный университет, Беллатерра, Испания

Г-н E. O'Shea
Лектор, Экономический факультет, Университетский колледж, Голуэй, Ирландия

Д-р Linda Pelzmann
Клагенфуртский университет, Австрия

Д-р Catherine Le Petit
Национальный институт здравоохранения и медицинских научных исследований (ИНСЕРМ), Больница Бисетр, Франция

Д-р S. Sabroe
Институт медицинской социологии, Университет г. Орхуса, Дания

Проф. Magdalena Sokolowska
Институт философии и социологии, Польская Академия наук, Варшава, Польша

Д-р Katerina Sokou
Медицинский социолог, младший научный сотрудник, Отделение социальной педиатрии, Институт охраны здоровья ребенка, Афины, Греция

Д-р I. Spruit
Старший научный сотрудник, Институт медицинской социологии, Лейденский университет, Нидерланды

Д-р B. Starrin
Исследователь, Отдел коммунальной медицины, Совет лена Вермланд, Карлстад, Швеция

Г-н H. Verkleij
Социолог, Институт медицинской социологии, Лейденский университет, Нидерланды

Проф. P. Warr
Совет по медицинским научным исследованиям/Экономический и социальный научно-исследовательский совет, Отдел по социальной и прикладной психологии, Шеффилдский университет, Соединенное Королевство

Д-р S.J. Watkins
Специалист по коммунальной медицине, Управление по здравоохранению, Олдгем, графство Ланкашир, Соединенное Королевство

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Европейский совет

Г-н H. Scicluna
Руководитель отдела здравоохранения, Страсбур, Франция

Европейский центр по подготовке кадров и научным исследованиям в области социального обеспечения

Д-р P.C. Hexed
Исследователь, Вена, Австрия

Д-р Ilse König
Исследователь, Вена, Австрия

Д-р H. Wintersberger
Директор по научным исследованиям, Вена, Австрия

Межправительственный комитет по миграции

Г-н E. van Werveke
Глава Миссии, Вена, Австрия

Международная организация труда

Д-р G. Standing
Отдел занятости и развития, Женева, Швейцария

Международная ассоциация социального обеспечения

Д-р E. Kalimo
Председатель Консультативного комитета по научным исследованиям в области социального обеспечения, директор Научно-исследовательского института по социальному обеспечению, Организация социального страхования, Хельсинки, Финляндия

Центр ООН по социальному развитию и гуманитарным вопросам

Г-н A. Krassowski
Ответственный сотрудник, Сектор социальной интеграции и социального обеспечения, Отдел социального развития, Вена, Австрия

НАБЛЮДАТЕЛИ

Д-р Anneliese Burgstaller
Федеральное министерство занятости и социальных дел, Вена, Австрия

Д-р J. Burgstaller
Федеральное министерство занятости и социальных дел, Вена, Австрия

Д-р Roswitha Wintersberger
Аппарат федерального канцлера, Вена, Австрия (председатель)

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

Д-р P.-G. Svensson
Научный сотрудник, Исследования в области здравоохранения (секретарь)