

Ю. В. НИКУЛИЧЕВ



ИНСТИТУТ НАУЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ
ПО ОБЩЕСТВЕННЫМ НАУКАМ
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК
(ИНИОН РАН)



ГЛОБАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ НАУЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ
ПО ОБЩЕСТВЕННЫМ НАУКАМ

Ю.В. Никуличев

ГЛОБАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Аналитический обзор

МОСКВА
2018

Серия

«Социально-экономические аспекты глобализации»

***Центр научно-информационных исследований
глобальных и региональных проблем***

Отдел проблем европейской безопасности

Никуличев Ю.В.

Н 65 Глобальное здоровье: Аналит. обзор / РАН. ИНИОН.
Центр науч.-информ. исслед. глобал. и регионал. проблем.
Отд. пробл. европ. безопасности. – М., 2018. – 68 с. (Сер.:
Социал.-эконом. аспекты глобализации).

ISBN 978-5-248-00886-5

Рассматривается проблема здоровья в современном мире. Анализируются позитивные и негативные факторы, определяющие сегодняшнюю глобальную «социологию здоровья», – основные тенденции современной медицины и систем здравоохранения, с одной стороны, и обострение «болезней цивилизации» и других проявлений общественного нездоровья – с другой. Выделена роль Всемирной организации здравоохранения в управлении глобальными процессами здоровья в мире. Проанализирована российская динамика общественного здоровья, проблемы и перспективы в этой области.

Для социологов, экономистов, теоретиков и практиков медицины, преподавателей и аспирантов соответствующих вузов.

Addressing the issue of health in today's world, the author analyzes positive and negatives factors that determine the global «sociology of health» i.e. the main trends of the modern medicine and healthcare systems, on the one hand, and «the deceases of civilizations» and the rest of manifestations of the global ill health, on the other. Accentuated is the role of the World Health Organization in the management of the global healthcare processes. Special attention is given to the Russian dynamics of public health as well as problems and prospects in this sphere.

Addressed to sociologists, economists, university lecturers and post-graduate students, healthcare workers.

ББК 5(0); 60.56(0)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Глобальный мониторинг здоровья	6
Болезни человечества в эпидемиологических транзитах XX в.	20
«Globesity»: Замедленная катастрофа	32
Национальные системы здравоохранения перед вызовами XXI в.	35
Социология здоровья и болезни	44
Реформа российского здравоохранения: «В поисках квадратуры круга»	54
Заключение	60
Список литературы	62

*Медицина является общественной наукой,
а политика – не чем иным, как медициной
в государственном масштабе.*

Р. Вирхов

ВВЕДЕНИЕ

Разрабатывая свой устав, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) заложила в него определение здоровья как «состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто отсутствия болезней и физических дефектов» [48]. Это определение можно принять как выражение предельно общего – социально-ценностного – подхода к пониманию здоровья, отражающего скорее идеологию и миссию ВОЗ, нежели ориентиры для практической медицины и здравоохранения. Несколько более конкретен в данном отношении Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где здоровье трактуется как «состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма» [26]. Поскольку операционализировать дефиниции высокого уровня абстракции, естественно, невозможно, (как, скажем, понимать «благополучие» – «социальное» или тем более «полное»?), под здоровьем для индивидуального уровня понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а для популяционного («общественного») – снижение уровней смертности, заболеваемости и инвалидности.

Эти показатели легко статистически конкретизировать, но сегодняшняя медицинская мысль и их расценивает как «слишком грубые» и «приблизительные», напрямую не раскрывающие сущность и качество общественного здоровья. В самом деле, увеличение продолжительности жизни непосредственно не характеризует

актуального уровня здоровья старших возрастов, если при этом не учитывается такой показатель, как «годы жизни, свободные от болезней». Как пишет известный теоретик «новой медицины» Дж. Витуллас, «что такое “качество жизни” для тех, кто живет на диализе почек или с сердечными трансплантатами, ревматоидным артритом, болезнью Альцгеймера, раком или СПИДом? Все эти люди включены в статистику, оценивающую среднюю продолжительность жизни, однако качество их жизни вполне может быть таким, что заставит усомниться в ценности долгой жизни самой по себе» [5, с. 10].

Проблема, таким образом, в любом случае перемещается от темы здоровья – «ускользающей концепции»¹ – к теме заболеваний и болезней, хотя и болезнь сегодня не рассматривается передовой медициной как нечто «изолированно существующее», «отчетливо наблюдаемое» и «независимое от социального контекста».

На социальные факторы в международном «распределении здоровья и болезней» сегодня ориентируется специфическое направление исследований, определяющее себя как «глобальное здоровье» (global health). Это «изучение здоровья в глобальном контексте» – направление, которое «акцентирует транснациональные проблемы, факторы развития и решения в области здравоохранения, объединяет множество дисциплин как внутри корпуса наук о здоровье, так и за его пределами, и поощряет междисциплинарное сотрудничество исследователей» [71]. Наиболее активная область и показательный пример такого междисциплинарного сотрудничества в настоящее время – изучение того, как социально-экономическое неравенство воздействует на показатели здоровья внутри стран и в регионах мира. Вообще же, судя по публикациям, «глобальное здоровье» пока еще не сложилось в четко очерченную предметную область и выступает скорее зонтичной концепцией для исследований различной тематики, чем общепринятым в научно-медицинском сообществе дискурсом. «В большей степени сово-

¹ Трудности с построением теории здоровья иллюстрирует, среди прочего, научная судьба валеологии в СССР (России), некогда претендовавшей на статус «общей теории здоровья» и «интегрального подхода к физическому, нравственному и духовному здоровью человека». Направление подверглось критике со стороны академической науки: указывалось, что построение общей теории здоровья, по существу, связано с проблемой создания общей теории человека – задачей, которая сегодня далека от решения. В конце концов валеология была квалифицирована критиками как «альтернативное и маргинальное парамедицинское течение».

купность проблем, чем научная дисциплина», – именно так понимают свою тему авторы наиболее авторитетных исследований в рамках «глобального здоровья» [76, р. XIII]. Что определенно характерно для направления – это широкий географический и тематический разброс исследований. «Объединяя антропологию, социологию, историю, политическую экономию и другие “социальные” дисциплины с такими областями, как эпидемиология, демография, медицинская клиническая практика, молекулярная биология и экономика, мы получаем возможность построить новую предметную область, определить которую лучше всего как “равенство людей в плане глобального здоровья”» [76, р. XIV].

Поскольку охватить все многообразие проблем данной темы невозможно, в настоящем обзоре выделены – в соотнесении с российской ситуацией – ключевые моменты темы, достаточно универсально проявляющие себя по всему миру.

ГЛОБАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ

С 2005 г. в рамках своей «Глобальной обсерватории здоровья» (ГОЗ)¹ ВОЗ публикует ежегодные аналитические доклады – «Мировую статистику здравоохранения»², содержащую данные по основным показателям здравоохранения в странах-членах и краткий доклад о ежегодном прогрессе в направлении Целей тысячелетия по вопросам здоровья, сформулированных в перспективе до 2030 г. (так называемая Повестка-2030). В онлайн-базах данных ГОЗ сегодня содержится детальная информация о более чем 1000 индикаторах здравоохранения с возможностями представления данных для глобального, регионального и странового уровней. В Повестке-2030 выделено 50 индикаторов здоровья, сгруппированных внутри семи тематических областей, каковы: 1) репродуктивное, материнское здоровье, здоровье новорожденных и детей; 2) инфекционные болезни; 3) незаразные болезни и психическое здоровье; 4) травмы и насилие; 5) всеобщий доступ к здравоохранению

¹ Глобальная обсерватория здоровья ВОЗ представляет собой интернет-портал, предоставляющий доступ к динамическим данным об основных показателях здоровья населения мира из источников ВОЗ.

² На русском языке доклады публикуются нерегулярно и представлены изданиями за 2009, 2010, 2012 и 2013 гг.

и системы здравоохранения; 6) экологические риски; 7) риски здоровью, опасности эпидемий и распространения болезней.

Наиболее общим показателем здоровья продолжает оставаться (с неизбежными критическими оговорками со стороны медицинского сообщества) продолжительность жизни населения; чаще всего она выражается вероятностным показателем ожидаемой продолжительности жизни¹. ВОЗ констатирует, что, начиная с 1950-х годов, продолжительность жизни в мире росла темпами три года в десятилетие; исключением стали 1990-е годы, когда в Африке процесс замедлился из-за эпидемии СПИДа, а в Европе – вследствие возросшей смертности в странах бывшего СССР. С 2000 г. и по настоящее время продолжительность жизни росла в большинстве регионов мира, увеличившись в период между 2000 и 2015 гг. в среднем на пять лет; за это же время в странах Африки она увеличилась в среднем на 9,4 года [83, р. 7]. В 2015 г. среднемировой показатель продолжительности жизни составлял 71,4 года [70].

Показатели продолжительности жизни в общем плане коррелируют с уровнями социально-экономического и технологического развития страны, что, очевидно, объясняется возможностями соответствующего государства в плане здравоохранения. При этом, однако, наблюдаются явления, парадоксальные с точки зрения этой общей закономерности. Так, в США при высочайшем научном и технологическом уровне национальной медицины данная корреляционная связь существенно ослаблена: по средней продолжительности жизни страна вообще-то занимает довольно скромное место в мировых рейтингах (согласно Справочнику ЦРУ, – 51-е), а с 2014 г. здесь впервые за последние два с лишним

¹ Ожидаемая продолжительность жизни (также средняя продолжительность жизни) – гипотетический показатель, исчисляемый на основе так называемых таблиц смертности, где описывается режим смертности в определенной совокупности населения по возрастным коэффициентам смертности, зарегистрированным на определенную дату на данной территории. Может быть рассчитан в разных методиках. Показывает, что при условии сохранения повозрастной смертности на уровне расчетного года каждый из родившихся в этом году будет иметь вероятность прожить такое-то и такое-то число лет, при этом порядок вымирания этого поколения будет именно таким, каким он отражен в таблице на расчетный год. При изменении уровня смертности в любой возрастной когорте ожидаемая продолжительность жизни для данной страны будет изменяться в сторону понижения или повышения. Получение динамической картины, следовательно, предполагает регулярный перерасчет таблиц смертности.

десятилетия имеет место прямое сокращение продолжительности жизни; эксперты при этом указывают на такие причины, как распространение ожирения, экономические трудности у низших страт общества, суицид, наркомания и рост насилия. Сравнительно со странами ОЭСР (35 развитых государств мира) у США очень высокое – четвертое – место по уровню младенческой смертности, шестое – по материнской смертности и девятое – по вероятности умереть в молодом возрасте от самых разных причин, включая сердечно-сосудистые заболевания и новообразования [82].

Впервые за последние 100 лет рост средней продолжительности жизни замедлился в Великобритании. Здесь она стабильно увеличивалась с момента окончания Первой мировой войны, – в 2010 г., однако, тренд достиг своего плато и по темпам роста этого показателя сегодня у страны едва ли не худшие результаты в Европе. В 2015 г. впервые за последние десятилетия имело место сокращение ожидаемой продолжительности жизни во Франции и Италии.

По данным ВОЗ, страны с наиболее высокими показателями по ожидаемой продолжительности жизни при рождении располагались в 2015 г. в следующем порядке (см. табл. 1).

Разноречивы и, похоже, требуют особо тщательного и критического анализа данные и официальные заявления о динамике продолжительности жизни в России: «цифры не сходятся!» ВОЗ по состоянию на 2015 г. определяла ожидаемую продолжительность жизни в РФ цифрами 64,7 лет для мужчин и 76,3 года для женщин. Между тем, выступая в том же 2015 г., министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова говорила (и это потом было широко растиражировано в СМИ), что «продолжительность жизни российских мужчин в последние годы увеличилась на 7,5 года... У нас резкий скачок продолжительности жизни мужчин на 7 с половиной лет за несколько последних лет. Это один из лидирующих результатов в мире» [38]. Поскольку фразы в «последние годы» и «за несколько последних лет» не конкретизировались, приведенные цифры следует расценивать как «несколько лукавые». В 2015 г. Росстат определял ожидаемую продолжительность жизни мужчин цифрой 65,94 года и в 2016 г. – цифрой 66,5; чтобы при таких показателях говорить о росте на 7,5 года, начальную точку отсчета – для уяснения того, что именно В.И. Скворцова называет «последними годами», – приходится брать где-то на уровне более чем полувековой давности в районе ближайших послевоенных лет.

**Ожидаемая продолжительность жизни
в наиболее «здоровых» странах по расчетам ВОЗ (2016)**

<i>Мужчины</i>		<i>Женщины</i>	
<i>Страна</i>	<i>Возраст</i>	<i>Страна</i>	<i>Возраст</i>
Швейцария	81,3	Япония	86,8
Исландия	81,2	Сингапур	86,1
Австралия	80,9	Испания	85,5
Швеция	80,7	Республика Корея	85,5
Израиль	80,6	Франция	85,4
Япония	80,5	Швейцария	85,3
Италия	80,5	Австралия	84,8
Канада	80,2	Италия	84,8
Испания	80,1	Израиль	84,3
Сингапур	80,0	Исландия	84,1

Источник: World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs Annex B: tables of health statistics by country, WHO region and globally / World Health Organization. – 2016. – Mode of access: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en

Кроме того, вопрос о динамике продолжительности жизни в России следует рассматривать в контексте общего движения отечественного здравоохранения. В этом случае выяснится, что в 2011–2012 гг. Минздрав констатировал существенный рост общей заболеваемости взрослого населения страны – тенденцию, которая никак не обещала «рекордного» увеличения продолжительности жизни россиян. Наконец, независимые специалисты дают картину, серьезно противоречащую «версии Скворцовой». «По сравнению с советским временем общая заболеваемость в России выросла на 50%, – отмечает эксперт издания Коммерсант.ru. – С 2012 по 2015 г. число больных людей в нашей стране (поток пациентов) увеличилось на 1,4 млн человек. Чтобы обслужить возросший поток больных, мощности системы здравоохранения нужно было увеличить, но они были сокращены в результате реформы 2012–2015 гг. Следствие – деградация здравоохранения, что особенно сказалось на здоровье российских мужчин, детей и подростков. Начиная с 2005 г. смертность в России снижалась год от года, а с 2012-го стагнирует на уровне 13 случаев на 1 тыс. населения. Причина этого – низкий уровень профессионализма организаторов здравоохранения и недостаток финансирования» [45]. «Ухудшилась

доступность медицинских услуг, увеличилось количество отказов в оказании медицинской помощи, снизилось ее качество, выросли цены на лекарства, – отмечают эксперты Общероссийского народного фронта. – Первый и главный итог оказался подведен статистикой. После многолетнего снижения смертности – с 16,1 на 1000 человек в 2005 году до 13,0 в 2013-м – в 2014 году смертность выросла до 13,1, а в первой половине 2015 года – до 13,6» [21].

В конце концов вопрос остается неясным – растет или сокращается в стране продолжительность жизни «в последние годы»? Как комментирует эту ситуацию О.Ю. Голодец, «разброс по продолжительности жизни в нашей стране достигает просто невероятных цифр – от 64 до 80 лет» [9].

В то время как общая [ожидаемая] продолжительность жизни продолжает оставаться практически наиболее значимым индикатором здоровья населения, в большинстве развитых стран мира с 1980-х годов рассчитываются другие показатели здоровья – показатели нового типа, имеющие в виду продолжительность здоровой жизни. Это «продолжительность здоровой жизни (жизни без хронических болезней)»¹, «продолжительность жизни без инвалидности», «продолжительность активной жизни» и т.п.: именно такого рода показатели наиболее адекватным образом отражают «витальность» и качество жизни разных возрастных когорт². Специальная работа по разработке таких показателей сегодня, наряду с прочими организациями, ведется в рамках исследовательской

¹ Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (health expectancy) – общее название для нескольких индикаторов здоровья, в которых ожидаемая продолжительность жизни корректируется на состояние здоровья. Термин означает средний промежуток времени (годы, месяцы, дни, недели), в течение которого ожидается, что человек проживет в определенном состоянии здоровья при неизменном уровне смертности и заболеваемости, характерном для страны. Эти уровни определяются на основе эпидемиологических и статистических данных. Таким образом, ожидаемая продолжительность здоровой жизни – это статистическая абстракция, основанная на существующих возрастных показателях смертности и превалентности состояний здоровья.

² ВОЗ, кроме того, дает статистику по следующим показателям: ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60 лет; коэффициент мертворождаемости (смерти плода); коэффициент неонатальной смертности (вероятность умереть в течение первых 28 дней жизни); коэффициенты младенческой смертности и смертности детей в возрасте до пяти лет (вероятность смерти от момента рождения до достижения одного года и пяти лет соответственно) и коэффициент смертности взрослого населения (вероятность смерти в возрасте 15–60 лет).

команды «Démographie et santé» (Монпелье, Франция), выросшей в международную исследовательскую сеть «Réseau Espérance de Vie en Santé» (REVES), сегодня охватывающую примерно 200 исследователей и администраторов из более чем 30 стран.

ВОЗ в последние десятилетия широко использует показатель «ожидаемая продолжительность здоровой жизни» (HALE – health-adjusted life expectancy). При этом установлено, что в масштабах мира продолжительность здоровой жизни в среднем для обоих полов составляет 63,1 года и, естественно, коррелирует с общей продолжительностью жизни в стране, но отклоняется от нее в сторону уменьшения для разных стран на величину от 9 до 14% [72] (см. табл. 2).

С фактором глобального роста продолжительности жизни связана проблема демографического старения населения – процесса, который в неизбежных своих сегодняшних проявлениях и будущих последствиях наложит глубокий социальный и экономический отпечаток на движение цивилизации. Демографы единодушны в том, что глобальное старение представляет собой величайшую социальную, экономическую и политическую трансформацию нашего времени; для цивилизации это «бомба замедленного действия», которая непременно взорвется. В мире – при прогнозируемом росте средней продолжительности жизни до 76 с лишним лет – абсолютная численность лиц старше 60-летнего возраста увеличится с 901 млн по состоянию на 2015 г. до 1,4 млрд к 2030 г. и превысит отметку в 2 млрд человек к 2050 г., составив свыше одной пятой части мирового населения [78, р. 555]. Сегодня в большинстве стран и регионов мира эта когорта увеличивается быстрее других возрастных групп, а самой быстрорастущей группой становятся «наистарейшие из старших» – лица в возрасте 80 лет и старше. В ближайшие 50 лет их число увеличится более чем в 5 раз [74]. Людей старше 60 лет в современном мире больше, чем детей в возрасте до пяти лет; к 2050 г. их станет больше, чем детей и подростков в возрасте до 15 лет. В России доля людей старше трудоспособного возраста возрастет в населении с 24,6% по состоянию на конец 2017 г. до 27% к 2025 г. и составит 40 млн человек [25]. В период с 2006 по 2015 г. численность этой возрастной когорты возросла на 20%, в то время как общая численность населения страны – на 2% [30, с. 5].

Таблица 2

**Ожидаемая продолжительность здоровой жизни
в ряде стран (выборочно)**

<i>Страна</i>	<i>Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении, 2015 г.</i>			<i>Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в 60-летнем возрасте, 2015 г.</i>		
	<i>оба пола</i>	<i>муж.</i>	<i>жен.</i>	<i>оба пола</i>	<i>муж.</i>	<i>жен.</i>
Япония	74,9	72,5	77,2	21,1	18,9	23,1
Сингапур	73,9	71,8	75,9	20,2	18,2	22,0
Республика Корея	73,2	70,8	70,3	20,0	17,9	21,7
Израиль	72,8	71,6	73,9	19,5	18,6	20,4
Италия	72,8	71,8	73,7	19,9	18,7	20,9
Франция	72,6	70,6	74,4	20,3	18,7	21,7
Нидерланды	72,2	71,2	73,2	19,3	18,0	20,4
Швеция	72,0	71,1	73,0	19,1	18,2	20,0
Норвегия	72,0	70,6	73,4	19,0	17,8	20,2
Великобритания	71,4	70,3	72,5	18,8	17,8	19,6
США	69,1	67,7	70,4	18,1	17,0	19,1
Россия	63,4	59,0	67,8	15,1	12,5	17,1

Составлено по: WHO. Healthy life expectancy [HALE]. Data by country. – Mode of access: http://www.who.int/gho/mortalityburden_disease/life_tables/hale/en/

Понятно, что старение населения прежде всего становится фактором дестабилизации пенсионных систем. Еще в конце XX в. исследовательские организации выступали с предостережениями вроде того, что «существующие системы пенсионного страхования, особенно в развивающихся странах, приближаются к своему коллапсу». В «нулевых» годах по этой проблематике были приняты масштабные исследования, направленные, среди прочего, на выяснение того, что называется «расходами, связанными с возрастом», куда относят такие направления государственных расходов, как «пенсии», «здравоохранение» и «образование и пособия на детей». Установлено, что в среднем по странам ОЭСР «возрастные» расходы превышают показатель 21% национальных ВВП, где основная доля – 15% ВВП, или 35% всех государственных расходов, – идет на поддержку старших возрастов. Это пенсии (9% ВВП, или 42% «возрастных» расходов) и здравоохранение (6% ВВП, или 28% «возрастных» расходов) [65, с. 24].

В плане здоровья старение населения есть долгосрочный фактор усложнения патологий и развития множественных хронических заболеваний: следовательно, растет спрос на услуги здравоохранения. Исследования показывают, что примерно восемь из десяти пожилых людей имеют, как минимум, одно хроническое заболевание; 25% пожилых страдают ожирением, 20% имеют диабет, у 70% – проблемы с сердцем [60]. В отношении стран ОЭСР известно, что здесь подушевые расходы на медицинское обслуживание людей в возрасте свыше 65 лет в 3,7 раза превышают расходы на тех, кому меньше 65. В США бюджетные расходы на одного пожилого человека в 8 раз превышают расходы на трудоспособного индивида и в 25 раз – расходы на ребенка. При этом перемещение 10% населения из трудоспособного в старший возраст увеличивает государственные расходы на 4,7% ВВП [23].

Уровень расходов на здравоохранение увеличивается во всех регионах мира. В динамике с 1995 по 2014 г. Всемирный банк дает следующие данные на этот счет (см. табл. 3).

Таблица 3

**Динамика расходов на здравоохранение (% от ВВП)
в отдельных странах мира (выборочно)**

<i>Страна (регион)</i>	<i>1995</i>	<i>2014</i>
Швейцария	9,3	11,7
Франция	10,1	11,5
Германия	9,4	11,3
Нидерланды	7,4	10,9
Япония	6,6	10,2
Норвегия	7,7	9,7
Италия	7,1	9,2
Великобритания	6,7	9,1
Испания	7,4	9,0
Израиль	7,3	7,8
Российская Федерация	5,4	7,1
Соединенные Штаты	13,1	17,1
Мир в целом	8,5	9,9
Европейский союз	8,3	10,0

Источник: Health expenditure, total [% of GDP] / Data – World Bank. Open Data. – Mode of access: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

По оценкам, Россия, в отличие от большинства европейских стран, только-только входит в период ускоренного роста доли

и численности пожилых. На будущее в связи с этим прогнозируется существенное снижение предложения на рынке труда, замедление роста душевого ВВП и общего уровня жизни населения; с увеличением доли пожилого населения будет расти общественная потребность в соответствующих бюджетных ресурсах, прежде всего на услуги здравоохранения и дополнительную социальную опеку для особо нуждающихся.

Социально-проблемным последствиям и перспективам этих процессов сегодня противопоставляют концепцию активного долголетия, где понятие «активное» имеет более широкое и «инклюзивное» значение, чем привычное «здоровое долголетие». Стратегическими ориентирами в данном случае становится поддержание у пожилых людей не только материального, но и «субъективно ощущаемого благополучия», хорошего физического, социального и психического здоровья, а также сохраняющейся связи со своей семьей, ровесниками и местным сообществом.

Активное долголетие» сегодня имеет под собой солидную теоретическую основу¹, – в частности работы по возрастной психологии Р. Хевигхерста¹, – и широко продвигается Всемирной организацией здравоохранения, Международной организацией труда, Европейским союзом и другими институциями. Геронтологами и социологами разрабатываются концепции «хорошего» и даже «успешного» старения.

Обращаясь к этой теме, Я.Е. Евсеева указывает на ряд близких друг к другу концептов, отражающих идею «хорошего старения» – здоровое / активное / позитивное / продуктивное старение: «Как относительно здоровые индивиды, так и имеющие инвалидность, работающие и пенсионеры, родители (прародители) и бездетные могут считаться стареющими успешно, если их представление о себе и своей жизни скорее положительно, нежели отрицательно. Мередит Флад определяет успешное старение как способность человека адаптироваться к происходящим переменам, сохраняя при этом свою идентичность и смысл жизни. Многообе-

¹ Роберт Хевигхерст (1900–1991) – американский психолог, автор теории «задач развития» («успешного старения»), по которой жизнь человека представляет собой последовательность задач, успешно решая которые и получая за это общественное одобрение, индивид продвигается к очередной стадии своего развития. При неудачах, напротив, он лишается позитивных стимулов со стороны общества и сталкивается в своей жизни со все более и более серьезными трудностями.

щающий тренд состоит в совмещении успешного старения с концепцией геротрансценденции, сформулированной Ларсом Торнстадом в конце 1990-х годов и подразумевающей преодоление в пожилом возрасте пределов повседневного материального существования и выход, таким образом, на новый личностный уровень. [Последний характеризуется избирательностью в связях и занятиях, растущей независимостью от чужого мнения и сосредоточением на духовном в противовес материальному]» [16, с. 129].

Как на наиболее ранний пример политики «активного долголетия» указывают на Японию – «гиперстареющую страну», где треть населения находится в возрасте старше 60 лет. В 1960-е здесь была выработана комплексная «политика по благосостоянию», внедрены принципы всеобщего здравоохранения, перераспределения доходов и прогрессивного налогообложения. В результате Япония является не только самой стареющей страной, но и одной из самых здоровых и богатых стран в мире. В сравнительно короткий исторический срок здесь удалось создать систему охраны здоровья, включающую в себя общественную гигиену, социальное обеспечение, медицинское страхование и медицинское обслуживание отдельных групп населения за счет средств государства.

Центральным международным институтом по вопросам старения сегодня выступает неправительственная организация HelpAge International, имеющая свыше 100 аффилированных отделений и свыше 200 других партнеров более чем в 70 странах. С 2013 г. организация публикует Global AgeWatch Index с ранжированием стран в соответствии с данными о том, как в них решаются проблемы пожилых людей. Применяется сложная методология с расчетами по четырем областям и соответствующим субиндексам. Логическая структура Индекса выглядит следующим образом [64, р. 7].

I. Материальная обеспеченность

1. Участие в пенсионной системе.
2. Уровень бедности в пожилом возрасте.
3. Относительное благосостояние [welfare] пожилых людей.
4. ВВП на душу населения.

II. Состояние здоровья

1. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60 лет.
2. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в 60 лет.
3. Психологическое благополучие.

III. Возможности [потенциал]

1. Занятость пожилых.
2. Образовательный статус пожилых.

IV. Благоприятная среда

1. Социальные связи.
2. Физическая безопасность.
3. Политические свободы.
4. Доступ к общественному транспорту.

По каждой области для стран исчисляется оценка в баллах – от 1 до 100. Общий индекс рассчитывается как средняя величина по четырем областям. В глобальном разрезе Индекс ранжирует страны следующим образом (первые десять позиций): Швейцария, Норвегия, Швеция, Германия, Канада, Нидерланды, Исландия, Япония, США, Великобритания. В Восточной Европе верхняя часть рейтинга выглядит так: Чешская Республика, Эстония, Словения, Грузия, Польша, Латвия, Венгрия, Словакия, Армения, Румыния. При этом отмечается, что негативные экономические тенденции последнего времени серьезно отразились на положении пожилых людей во всем мире. Сокращается число людей, имеющих право на досрочный выход на пенсию, снижаются уровни пенсий в процентах от средней заработной платы, урезаются субсидии на транспорт, медицинское обслуживание и формы ухода на дому, вырос уровень безработицы в возрастной группе от 50 до 65 лет. В особенности эти явления характерны для Греции, Португалии, Испании, Италии. В США еще более обострились различия по уровням бедности между пожилыми людьми разных расовых и этнических групп.

России в Global AgeWatch Index отведено 65-е место – между Беларусью и Сербией¹. При этом РФ уступает почти всем пост-

¹ Необходимо, однако, указать, что в РФ на законодательном уровне и в соответствующих государственных программах складываются элементы государственной политики в отношении пожилых. В 2014 г. была утверждена Государственная программа «Социальная поддержка граждан», где в ряду приоритет-

советским государствам, отраженным в исследовании, кроме Украины (73-е место) и Молдовы [77-е место]. Согласно оценкам, свыше 40% россиян в возрасте от 55 лет и старше не отвечают основным показателям активного долголетия, принятым в ВОЗ [19, с. 29].

Интересное направление политики в интересах пожилых обозначено развивающейся концепцией «серебряной экономики» (по одному из значений слова «silver» – «седой, седая»). Активнее всего эта идея сегодня разрабатывается в Европейском союзе: в 2015 г. здесь началась реализация «Стратегии по серебряной экономике». «“Серебряную экономику” – поясняется в специальном справочном материале Европейской комиссии – можно определить как совокупность экономических возможностей, порождаемых государственными и частными расходами, которые так или иначе относятся к процессу старения населения и ориентированы на специфические нужды тех, кому за 50» [66, р. 3]. Движущей силой этого экономического сегмента являются становление нового потребительского рынка – «рынка седовласых» – и необходимость обеспечить устойчивость всей системы государственных расходов, связанных со старением населения. По существующим оценкам, нынешний объем «серебряной экономики» достигает 7–9 трлн долл. в год, в силу чего она уже сейчас входит в число наиболее крупных экономических секторов мира с перспективой роста к 2020 г. до 15 трлн. В России, где пока что обозначаются разве что контуры такой экономики (как это выражается, скажем, в институте домов для престарелых и платных социальных услугах), тоже появляются убедительные примеры того, что старшие поколения могут быть экономически активной стратой общества: пример (хотя и частный) – широкое распространение в этой когорте мобильной телефонии.

В 2002 г. на Второй Всемирной ассамблее по проблемам старения (Мадрид) были разработаны подробные рекомендации в отношении максимально широкого использования потенциала

ных задач выделены обязательства государства по социальной поддержке пожилых людей. В том же году перспективы социальной поддержки лиц старшего возраста на среднесрочную перспективу обсуждались на заседании Государственного совета Российской Федерации «О развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста». Среднесрочные ориентиры государственной политики в области активного долголетия обозначены Стратегией действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г., принятой в 2015 г.

пожилых. Среди прочего подчеркивалось, что «пожилым людям следует предоставить возможность продолжать заниматься приносящим доход трудом до тех пор, пока они того желают и сохраняют способность к продуктивному труду». Стимулирующим фактором в данном случае может стать возможность для пожилого человека работать сокращенный рабочий день и при гибком графике работы. Установлено, что люди предпочитают неполную занятость как своего рода мостик между полной занятостью и выходом на пенсию, что особенно выражено для более образованных работников с достаточно высоким уровнем прежнего дохода. При таких условиях пожилые люди дольше остаются на рынке труда и по достижении пенсионного возраста. В этом же направлении действует и такой фактор, как кризисные явления, регулярно поражающие современные экономики, — ситуации, подталкивающие пожилых к поиску дополнительного дохода.

Параллельно расширяется рынок товаров и услуг для пожилых людей: вполне уже сложился «возрастной туризм», складываются медицинские «телеуслуги», в более широком плане речь идет о жилищах — «умных домах», — специально спланированных для пожилых. В сущности, нет ни одного сегмента экономики — вплоть до моды, косметологии, фитнеса и т.д., где не было бы возможностей для того или иного движения в направлении потребностей пожилых.

Вот уже почти полвека в мире развивается движение «университетов третьего возраста», где под «третьим возрастом» понимается период жизни человека, когда он выходит на пенсию (или начинает меньше работать), но при этом стремится как можно дольше сохранять активность. Движение было инициировано в 1973 г. во французской Тулузе, после чего сложилась так называемая французская модель таких университетов, еще называемая «академической». В ней занятия организуются преимущественно вокруг местного университета и при выделении на это государственных средств. В типичном случае слушателям предлагаются такие курсы, как «Компьютер», «Ремесла», «Науки», «Общественные науки», «Языки», «Искусство», «Общение и дискуссии», «История», «Литература», «Музыка» и «Философия». Сверх того, работают такие программы, как «Здоровье, фитнес и досуг», «Театры и концерты», «Путешествия» и «Танцы». Модель получила широкое распространение в Германии, Нидерландах, Италии и других странах.

В Великобритании и Британском содружестве наций сложилась «британская модель» с характерной для нее спецификой преобладания принципов самоорганизации и самофинансирования. Члены групп платят взносы в национальный координирующий центр, за что получают доступ к большим ресурсам медиатеки, специальных бюллетеней и т.п. Устраиваются летние школы. Руководят занятиями не приглашенные преподаватели, а наиболее опытные и подготовленные участники самих групп, сильные в той или иной области знаний. В 2016 г. в этой системе был зарегистрирован тысячный коллективный член, у каждого из которых под началом десятки локальных групп. Всего по стране работает 36 тыс. таких групп, обслуживающих свыше 350 тыс. человек [57]. Аналогичная модель принята в Австралии, Новой Зеландии, Южной Африке и других странах.

Широко практикуется грантовая поддержка программ по стимулированию физической активности пожилых. В 2001 г. в Ирландии такая программа была запущена государственной организацией Национальный совет по спорту и благотворительной организацией «Возраст и возможности». С тех пор финансирование в общем объеме свыше 4,2 млн евро получили свыше 9 тыс. организаций: гранты в размере от 250 до 1500 евро направлялись на закупку специального оборудования, обустройство спортивных площадок и инициирование проектов такого же рода [65]. Другим примером аналогичных начинаний может служить программа, инициированная в 2001 г. в штате Калифорния (США) и спонсируемая одним из крупных благотворительных фондов. Здесь свыше 30 организаций стали грантополучателями, организовавшими десятки специальных семинаров для подготовки инструкторов и создавшими более 300 групп пожилых людей для занятий физкультурой [19, с. 32].

В России, по имеющимся данным, лишь 17% людей пенсионного возраста занимаются физическими упражнениями или спортом [49, с. 203]. Как правило, пожилое население страны, если не считать той или иной (эпизодической) трудовой занятости, практически не включено и в другие виды социальной активности.

БОЛЕЗНИ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНЗИТАХ XX в.

Изучение болезней, понятно, имеет критически важное значение не только для надлежащей клинической практики, но и для организации национальных систем здравоохранения, а это уже проблема принципиально более широкого общественного масштаба и значения, чем «просто лечить». В общем случае национальное здравоохранение во всей совокупности своих институтов должно «следовать за болезнями», характерными для данной исторической эпохи, – отставание в этом движении чревато серьезными негативными последствиями для общественного здоровья (возможно, наиболее характерный и поучительный в этой связи пример – кризис советской медицины в послевоенный период). Болезни и здоровье «естественно-историческим» образом продуцируются каждый раз конкретной комбинацией факторов – экобиологических, социокультурных, санитарно-гигиенических, медицинских, – и переход от одной эпидемиологической парадигмы к другой всегда законосообразен¹. Полнее всего эта тема представлена в теориях эпидемиологических транзитов и эпидемиологических революций XX в.

Концепция эпидемиологического перехода была сформулирована в статье американского демографа и эпидемиолога А. Омрана «Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения» в 1971 г.: уже в ближайшие последующие годы она вошла в «золотой фонд классики» современной медицины и демографии [28, с. 57–91]. Смысл теории, если абстрагироваться от ее более конкретных построений, состоит в том, что примерно в середине XX в. развитые страны мира в общем решили задачу искоренения инфекционных заболеваний – главной причины высокой смертности в прошлом – и с этого времени начинается исторический сдвиг к эпохе болезней неинфекционного характера, каковы болезни, обусловленные старением организма (дегенеративными заболеваниями) и человеческой деятельностью. Иными словами,

¹ Напомним читателю, что современная эпидемиология давно вышла за рамки изучения только лишь инфекционных заболеваний (того, что в массовом сознании и по сей день понимается, например, как «эпидемия гриппа») и сегодня является общемедицинской наукой, предметом которой выступает заболеваемость – совокупность случаев (любой) болезни на определенной территории в определенное время среди определенной группы населения.

на смену экзогенным причинам заболеваний и смертности приходят эндогенные факторы. Сегодня неинфекционные заболевания (НИЗ) являются основной причиной смертности во всем мире, превосходя в этом отношении все остальные причины, вместе взятые. Если национальные системы здравоохранения вовремя переориентируются на решение новых задач, начинается стабильный рост продолжительности жизни.

«В ходе первой эпидемиологической революции органы здравоохранения достигли чудес профилактики инфекционных заболеваний, — отмечает известный американский гигиенист М. Террис. — То же самое может быть верно для второй эпидемиологической революции в профилактике неинфекционных заболеваний», когда здравоохранение подошло к «большой и трудной задаче: ни много ни мало осуществить вторую эпидемиологическую революцию и спасти буквально миллионы мужчин и женщин от предотвратимых болезней, инвалидности и смерти» [80, с. 1161]. Обязательным условием для движения здравоохранения в этом направлении является изучение собственно болезней: сегодня оно осуществляется на широкой международной основе.

Систематическое (статистическое) изучение болезней началось еще в конце XVIII — первой половине XIX в. В течение XX в. разрабатывалась и каждые десять лет пересматривалась международная классификация болезней, сегодня называемая Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Начиная с шестого «пересмотра» (revision) в 1948 г., эта работа проводится под эгидой ВОЗ; в настоящее время действует Классификация «десятого пересмотра».

Определились другие направления исследований по вопросам здоровья и болезней. С 1990 г. развивается лонгитюдный международный проект «Глобальное бремя болезней» (ГББ), инициированный Всемирным банком и в последние годы финансируемый Фондом Билла и Мелинды Гейтс. Проекту приписывается «поистине революционное значение»: здесь впервые разработаны метрики, позволяющие достаточно четко представить картину «смертности и инвалидности от основных заболеваний, травм и факторов их риска». Уже первый доклад ГББ описал более 100 болезней в их последствиях для здоровья с дифференциацией по возрасту, полу и восьми регионам мира; здесь же был разработан показатель «лет жизни, скорректированных по возрастной нетрудоспособности»

[англ. DALY – (сокр. от «disability-adjusted life years»)], с тех пор широко используемый в исследованиях, национальных политиках здравоохранения и международной статистике. В работе ГББ-2010 участвовали свыше 500 экспертов из 50 стран; были представлены оценки по болезням, заболеваниям и факторам риска для 21 региона, 20 возрастных групп и 187 стран. В 2016 г. очередной доклад ГББ представил данные по 328 болезням и травмам для 195 стран.

Конкретно эпидемиологический транзит нашего времени заключается в том, что общую картину здоровья и болезней (соответственно и общую картину смертности) в развитых странах мира стали определять четыре класса причин – сердечно-сосудистые заболевания, новообразования, болезни органов дыхания и так называемые внешние причины (убийства, самоубийства, случайные отравления алкоголем, несчастные случаи, в том числе дорожно-транспортные происшествия): на них в новой эпидемиологической парадигме приходится до 80% статистики смертности.

ВОЗ следующим образом выделяет десять ведущих причин смерти с разбивкой по странам с высоким, средним и низким доходами.

В странах с высоким доходом это ишемическая болезнь сердца (15,6%), инсульт и другие цереброваскулярные заболевания (8,7), рак легких, трахеи, бронхов (5,9), болезнь Альцгеймера и другие деменции (4,1), инфекции нижних дыхательных путей (3,8), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)¹ (3,5), рак толстой и прямой кишки (3,3), сахарный диабет (2,6), гипертоническая болезнь (2,3) и рак груди (1,9%).

Для стран со средними доходами к этому списку добавляются: диарейные инфекции (4,4%), ВИЧ / СПИД (2,7) и туберкулез (2,4%).

У стран с низким доходом, где эпидемиологический транзит не завершен, на верх списка перемещаются диарейные заболевания (8,2%), ВИЧ / СПИД (7,8) и малярия (5,2%); в нижней части выделяются недоношенность и низкий вес при рождении (3,2%), асфиксия и родовая травма (2,9) и неонатальные инфекции (2,6%). При этом многие страны с низким и средним уровнем дохода претерпевают так называемое «двойное бремя болезней»: с одной стороны, перед ними традиционно стоят проблемы, связанные

¹ Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – это не одна конкретная болезнь, а обобщающий термин, используемый для обозначения хронических болезней, приводящих к ограничению воздушного потока в легких.

с инфекционными болезнями и неполноценным питанием, с другой – усиливаются факторы риска неинфекционных заболеваний, таких как ожирение и избыточный вес, особенно в городах.

«Статистика причин смерти, – дает свои комментарии ВОЗ, – помогает органам здравоохранения определить направленность мер общественного здравоохранения. Например, страна, в которой смертность от болезни сердца и диабета быстро возрастает на протяжении ряда лет, будет заинтересована в развертывании энергичной программы по стимулированию образа жизни, облегчающего профилактику этих болезней. Аналогичным образом, если какая-либо страна констатирует высокую смертность детей от пневмонии притом, что лишь незначительная доля бюджета выделяется на ее эффективное лечение, то она может увеличить расходы в этой области» [10].

Высокий процент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ прямым образом указывает на крайне неблагоприятную ситуацию в здравоохранении страны. Комментируя ее, демографы подчеркивают: «Отставание России нарастает с середины 1960-х годов. К этому времени в большинстве развитых стран удалось установить контроль над главным источником высокой смертности в прошлом – инфекционными заболеваниями. Благодаря этому, ожидаемая продолжительность жизни между началом XX в. и 1960 г. выросла на 20 и более лет, причем Россия, имевшая очень низкий исходный уровень, принадлежала к числу стран, достигших на этом этапе наибольшего выигрыша: продолжительность жизни мужчин в России выросла на 34 года, женщин – на 40 лет, она значительно сократила свое отставание от многих европейских стран и даже обогнала некоторые из них. Но затем положение изменилось. К этому времени главным вызовом системам здравоохранения стали неинфекционные причины смерти – хронические заболевания и внешние причины (несчастные случаи различного происхождения)... Многие страны сумели ответить на этот вызов, что принесло новое значительное приращение продолжительности жизни. Россия же с этим вызовом не справилась. За полвека (между 1960 и 2010 гг.) продолжительность жизни женщин в России выросла незначительно – намного меньше, чем в большинстве развитых стран, – а у мужчин она даже несколько сократилась» [4].

«Позитивные тенденции последних 10–12 лет мало что изменили в смысле отставания России от большинства развитых стран. По ожидаемой продолжительности жизни Россию опере-

жают десятки стран, отставание от них нарастает десятки лет. Это отставание оборачивается огромными человеческими и экономическими потерями и служит индикатором определенной ущербности российской социальной системы. Речь, по-видимому, идет не просто о количественных разрывах, но о качественных различиях. Мы пропустили “вторую эпидемиологическую революцию” и не сумели перейти к новой эпидемиологической модели смертности, становление которой в мире идет уже не менее полувека и которая определяет сегодня ситуацию со смертностью в развитых странах» [27].

Как в развитых, так и особенно в развивающихся странах неинфекционные заболевания выступают пусковым механизмом нисходящей социальной мобильности. Высокие затраты на лечение в данном случае ведут к потере семейного дохода и люди попадают в порочный круг, при котором бедность и заболевания новой эпидемиологической парадигмы непрерывно усиливают друг друга. Там, где люди оплачивают медицинскую помощь наличными, лечение заболеваний «дегенеративного» типа создает очень большую нагрузку на семейные бюджеты: такое лечение, как правило, длительное и, следовательно, дорогостоящее. До 100 млн людей в мире ежегодно переходят в разряд бедных исключительно из-за необходимости платить за этот вид медицинских услуг.

В рамках ВОЗ тема неинфекционных заболеваний (НИЗ) была основательно разработана еще в 2000 г., когда вышел доклад «Глобальная стратегия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними», в настоящее время исполняется «Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг.» [8]. Здесь подчеркивается, что движущими факторами быстрого распространения НИЗ стало не только демографическое старение населения, но прежде всего глобализация маркетинга и торговли, урбанизация и нищета все более широких слоев мирового населения. Хотя чаще всего от неинфекционных заболеваний умирают люди старшего возраста, подчеркивается здесь, подверженность факторам риска начинается с детства, и ее негативные последствия накапливаются на протяжении всей жизни. Это диктует необходимость целого ряда мер с участием государственных и негосударственных структур для обеспечения защиты людей от негативного воздействия современного маркетинга и искоренения вредных привычек пита-

ния. В плане практической политики предлагаются, в частности, следующие меры.

1. Пропагандировать и поддерживать исключительно грудное вскармливание детей в первые шесть месяцев жизни наряду с продолжением грудного вскармливания детей до двух лет и в более старшем возрасте, а также адекватное и своевременное дополнительное прикармливание. Обеспечить практическую реализацию свода рекомендаций ВОЗ по вопросам ориентированного на детей маркетинга продуктов питания и безалкогольных напитков, включая применение систем мониторинга.

2. Повысить доступность, приемлемых по стоимости фруктов и овощей.

3. Сократить содержание насыщенных жирных кислот в продуктах питания, заменив их ненасыщенными жирными кислотами.

4. Заменить трансжиры полиненасыщенными жирами.

5. Сократить содержание свободных или добавленных сахаров в продуктах питания и безалкогольных напитках.

6. Ограничить избыточную калорийность, сократить размеры порций и энергетическую ценность продуктов питания [8, с. 32].

При этом осуществлению подлежат программы под лозунгом «Физическая активность для всех», адресованные всем возрастным категориям населения, а также меры по сохранению антропогенной и природной среды, способствующей физической активности в школах, университетах, на предприятиях, в клиниках и больницах, а также в целом в местах проживания людей, с особым упором на создание инфраструктуры для активных средств передвижения (например, для пешей ходьбы и езды на велосипеде), активного отдыха и игр и занятий спортом.

Неотъемлемым компонентом категории «здоровье» является *здоровье психическое*, понимаемое как состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, способен противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в жизнь своего сообщества [31]. Как и в случае с общим определением здоровья, которого придерживается ВОЗ, операционализировать концепт психического здоровья для целей конкретного анализа крайне сложно – по существу, невозможно, и об уровне психического благополучия или неблагополучия общества судят по более или менее надежной статистике психиче-

ских расстройств. В этом аспекте современная цивилизация предстает организмом скорее психически больным, нежели здоровым.

Так, в США за два последних десятилетия число психиатрических клиник увеличилось в 3 раза, госпитализаций по психиатрическим показаниям – в 1,5 раза, а амбулаторных посещений с психиатрическими диагнозами – в 5 раз. Совокупные расходы всех организаций, занятых в этой системе, тем временем увеличились в 8,6 раза, а стоимость лечения и содержания больных – в 3 раза [34, с. 10]. По различным данным, примерно треть населения Европы страдает от клинических и субклинических форм психических расстройств. В большинстве европейских стран эта группа пациентов занимает госпитальных коек больше, чем больные сердечно-сосудистыми заболеваниями, раком и туберкулезом, вместе взятые [там же].

К психическим расстройствам, по классификации ВОЗ, относят депрессию, биполярное аффективное расстройство¹, шизофрению, тревожное расстройство и другие психозы, деменцию, умственную отсталость и расстройства развития, включая аутизм.

В статистике и аналитических материалах обращает на себя внимание то, что повсеместно фиксируется экспоненциальное – в прямом смысле «взрывное» – распространение психических заболеваний и расстройств. Так, в США число детей с расстройствами развития (аутизм) всего лишь за десять лет – с 2000 по 2010 г. – выросло на 119,4% с показателя один случай на 150 человек до показателя один ребенок на 68 человек; с 2002 по 2010 г. число фиксируемых случаев этого рода возросло на 6–15% ежегодно; сегодня в стране это наиболее быстрорастущее расстройство развития [62]. Отчасти, возможно, такие цифры объясняются так называемой «гипердиагностикой» (расширительной диагностикой), когда под категорию аутизма попадают дети с теми или иными задержками речевого и / или психического развития, но и ВОЗ, ответственно относящаяся к статистике, дает очень большую цифру детей с расстройствами аутистического спектра в мире – один ребенок на 160 человек [32].

¹ Биполярное аффективное расстройство (ранее – маниакально-депрессивный психоз) психическое расстройство, проявляющееся в виде аффективных состояний – маниакальных и депрессивных, а иногда и смешанных состояний, при которых у больного наблюдаются быстрая смена симптомов мании и депрессии либо симптомы депрессии и мании одновременно.

Наиболее распространенное психическое расстройство у взрослых – *депрессия*¹. Статистика заболевания разноречива и, очевидно, зависит от того, какой степени тяжести эпизоды депрессии учитываются (при этом примерно половина страдающих депрессией вообще не обращаются за медицинской помощью). Цифры по распространенности расстройства среди населения варьируются от 3% в Японии до 17% в США; в большинстве стран они находятся в пределах 4–12%, – показатель, указывающий на ту часть населения, в которой человек имел хотя бы один эпизод тяжелой депрессии в течение жизни. Всего за 10 лет – с 2005 по 2015 г. – число больных в этой категории увеличилось на 18,4% [60, р. 8]. ВОЗ характеризует темпы распространения депрессии как «глобальную эпидемию»: 20 лет тому назад она находилась на четвертом месте среди причин потери трудоспособности, сегодня перемещается на второе. На больных депрессией приходится от 45 до 60% самоубийств [40].

Расстройство обнаруживает прямые корреляции с тем, что понимается как «культура» в том смысле, в каком различают западные, восточные и иные культуры. Самые высокие уровни клинической депрессии ВОЗ фиксирует в таких странах, как США, Канада, Франция, Германия, Нидерланды и Новая Зеландия, наиболее низкие – в Японии, Китае, Мексике и на Тайване. Данный перепад психологи объясняют преобладанием в западном менталитете ценностей личного успеха, преуспевания, благополучия, счастья и т.п.: когда человек в такой системе ценностей не реализует себя, это и провоцирует депрессивные состояния (за исключением тех случаев, когда депрессия эндогенна, т.е. не связана с внешним стрессом).

По методологии ВОЗ достаточно надежным показателем психического нездоровья общества может служить суицидальная статистика. Депрессия среди причин самоубийства занимает одно из первых мест, но факторы риска также включают в себя физиче-

¹ Следует помнить, что научная медицина строго отделяет депрессию от того, о чем в повседневной жизни говорят как о «плохом настроении», даже если таковое затягивается на несколько дней. Депрессия – это болезнь, характеризующаяся длительным (не менее двух недель) состоянием пониженного настроения, нарушениями мышления и двигательной заторможенностью. Как болезнь внесена в Международную классификацию болезней. В симптоматике, помимо основных симптомов, отмечается нестабильный аппетит, снижение или прибавление веса, нарушенный сон – бессонница или пересыпание. Часто ведет к потере трудоспособности и нередко – к самоубийству.

скую болезнь (чаще всего неизлечимую), злоупотребление алкоголем, чувство одиночества (особенно при потере члена семьи или тяжелом семейном конфликте), жизненные (профессиональные) неудачи и др., так что в конце концов уровни суицида в обществе иногда совпадают, но иногда и не совпадают со статистикой клинической депрессии. По отношению к депрессии суицидальная статистика в любом случае носит приблизительный характер, поскольку учитывает лишь «завершенные самоубийства» и не учитывает попыток. Ниже выборочно представлены страны по показателю «уровень самоубийств» (см. табл. 4).

Таблица 4

**Приблизительный уровень самоубийств
по странам в 2017 г.
(на 100 тыс. человек в течение года)**

<i>Страна</i>	<i>Уровень самоубийств</i>	<i>Место в списке</i>	<i>Страна</i>	<i>Уровень самоубийств</i>	<i>Место в списке</i>
Южная Корея	36,8	1	Молдова	17	22
Литва	33,5	3	Франция	15,8	29
Венгрия	25,4	6	США	13,7	40
Казахстан	24,2	7	Швеция	13,2	42
Япония	23,1	8	Германия	13	44
Россия	22,3	9	Киргизстан	8,9	73
Латвия	21,8	10	Узбекистан	7,7	84
Беларусь	21,8	10	Италия	6,4	98
Индия	20,9	12	Израиль	6,2	101
Польша	20,5	13	Греция	4,9	116
Украина	20,1	15	Таджикистан	3,2	132
Туркменистан	19,4	16	Азербайджан	1,7	158
Эстония	18,7	18	Саудовская Аравия	0,3	168

Источник: Crude Suicide Rate by Country 2017: World Population Review. – Mode of access: <http://worldpopulationreview.com/countries/suicide-rate-by-country/>

Комментируя данные такого рода, эксперты указывают, среди прочего, на недостаточную изученность проблемы. «Причины столь серьезных различий в частоте суицидов между разными странами [...] на данный момент остаются достаточно слабо изученными и непонятными. Ряд исследований ранее показал, что самоубийства, по-видимому, не связаны с экономикой – множество

стран, где их почти нет, являются довольно бедными, и наоборот. Не очевидна и прямая связь с особенностями правовой и политической системы – например, в автократиях типа Саудовской Аравии их уровень рекордно низок, а в признанных демократиях, вроде Литвы, – рекордно высок. По всей видимости, большую роль в этом вопросе играют позиции традиционных религий в той или иной стране. Там, где больше опрошенных называют себя религиозными людьми, уровень самоубийств самый низкий, а в странах типа Прибалтики, где религиозными себя называют меньше всего лиц, уровень самоубийств чрезвычайно высок» [61].

В России имеет место крайне противоречивая динамика суицида. Накануне «перестройки» уровень самоубийств в РСФСР составлял очень высокие – 38,8 случаев на 100 тыс. человек; затем началось снижение («у людей появилась надежда»), сменившееся новым ростом – до показателя 46,1 в 1992 г. [15].

В «нулевых» годах этот уровень год от года понижался и в 2016 г. опустился до самого низкого значения за последние 54 года – до 22–24 случаев на 100 тыс. человек. С 2017 г., по наблюдениям экспертов, кривая самоубийств вновь пошла вверх, причем некоторые наблюдатели – в данном случае детский омбудсмен А. Кузнецова – говорят об очень резком росте этого показателя (на 60% сравнительно с 2016 г.) вследствие участвовавших самоубийств среди подростков.

Исследования фиксируют систематические различия в психическом здоровье людей в зависимости от пола, возраста, этнической принадлежности, уровней дохода, образования и географии места проживания [79, р. 16]. Подчеркивается, что проблемы с психикой у современного человека зарождаются «уже во внутриутробный период» его жизни. Дети матерей, страдающих от депрессии, рождаются с меньшим весом и скорее всего будут иметь задержки в развитии: недобор веса у новорожденных сам по себе является фактором, повышающим опасность психических расстройств у человека в последующие годы жизни. У депрессивных матерей опасность дать жизнь ребенку с пониженным весом возрастает примерно в 2 раза [79, р. 19]. После родов, в дополнение к «нормальной» (послеродовой) материнской депрессии, в жизни женщины может появиться целый спектр новых факторов риска, в том числе таких, как факт [констатация] нежелательной беременности, слишком раннего материнства, материнства вне брака, отсутствия моральной и материальной поддержки со стороны

мужа, напряженных отношений с родными мужа, в некоторых странах – рождение девочки вместо ожидавшегося мальчика.

У детей более старшего возраста, живущих с депрессивной матерью, опасность психических расстройств возрастает в 5 раз [79, р. 20]. Так происходит «межпоколенческая передача ущербности». Все это видимым образом проявляется у детей уже в возрасте трех-пяти лет.

Установлена прямая связь между потреблением алкоголя и психическими расстройствами. Она столь велика, что о ней говорят в выражениях «двойного диагноза»: по одному легко диагностировать или предположить другое. Уровни алкогольной зависимости среди людей с психическими расстройствами в 2 раза выше, чем в норме у населения; у больных шизофренией – в 3 раза выше [58, р. 11]. В известном смысле злоупотребление алкоголем – это «самолечение» психических расстройств и негативных эмоциональных состояний.

По меньшей мере две трети людей с алкогольной зависимостью, обращающихся за медицинской помощью, одновременно имеют симптомы тревожности, угнетенного настроения, депрессии и / или тех или иных маний. Особенно выражена связь алкогольной зависимости с депрессией: по времени начальный период зависимости почти в точности совпадает с появлением первых депрессивных симптомов.

Твердо установлена корреляция между потреблением алкоголя и самоубийствами. «В присутствии алкоголя» совершается в 8 раз больше самоубийств, чем в его отсутствии. К злоупотреблению алкоголем относят до 65% самоубийств; по британской статистике, 70% людей, совершивших самоубийство, непосредственно перед этим потребляли спиртное [58, р. 22].

В отечественной психиатрии выявлены систематические параллели между уровнем потребления алкоголя и суицидом. «Последние десятилетия XX века и первое десятилетие XXI века, – пишет С.И. Ворошилин, – продемонстрировали необыкновенный феномен стремительного изменения частоты самоубийств в СССР – РСФСР – Российской Федерации и в части других постсоветских государств, возникших после 1991 года... В России наблюдалось практически точное совпадение между частотой самоубийств и уровнем потребления алкоголя. Рассмотрение динамики уровня потребления алкоголя и частоты самоубийств показывает, что такой параллелизм можно видеть также на Украине, в Белоруссии, во всех республиках Прибалтики, а также в Казахстане и Молда-

вии... Однако если рассмотреть динамику дифференцированного потребления населением различных видов алкогольных напитков, а не только динамику потребления усредненного алкоголя, то можно заметить, что единственный вид алкогольных напитков, динамика которого коррелирует с частотой самоубийств, это крепкие спиртные напитки» – т.е. водка и так называемые ликеро-водочные изделия [7, с. 27]. «После 2001 года общая кривая потребления алкоголя стала определяться преимущественно пивом, и наблюдаемый с этого времени уровень потребления алкоголя перестал соответствовать кривой самоубийств. В то время как потребление алкоголя в это время продолжает расти, кривая суицидов снижается» [7, с. 29].

В.А. Розанов в связи с рассматриваемой темой выделяет два контрастно различающихся кластера стран бывшего СССР. «Первый, характеризующийся высокими уровнями самоубийств, представлен странами Прибалтики (Литва, Латвия, Эстония) и славянскими государствами (Россия, Украина, Беларусь). Сюда же может быть отнесен Казахстан. Второй, с уровнями самоубийств примерно в 5–8 раз ниже, представлен странами Кавказа и Среднеазиатского региона (Армения, Грузия, Азербайджан, Узбекистан, Туркменистан, Таджикистан)» [35, с. 28]. Второй кластер, таким образом, образуют страны с относительно невысоким уровнем развития экономики, в основном сельскохозяйственные, разные по критерию господствующей религии, почти моноэтничные и с ярко выраженными элементами традиционализма в общественном устройстве. Автор не считает, что потребление крепкого алкоголя напрямую и полностью объясняет статистику самоубийств, предпочитая акцентировать в этой теме опосредующую роль этнокультурных факторов, но и при такой установке отмечает: «В странах малого кластера имеющиеся данные (с 1990 г.) свидетельствуют о разнонаправленных колебаниях, при этом уровень потребления крепких спиртных напитков здесь в целом в 2–3 раза ниже, чем в странах большого кластера. Если же обратиться к объемам потребления вина, то страны малого кластера по этому показателю близки или даже превышают страны большого кластера, что хорошо известно и понятно, поскольку в малый кластер попадают традиционные винодельческие регионы» [35, с. 37].

«GLOBESITY»: ЗАМЕДЛЕННАЯ КАТАСТРОФА

«Global obesity» (глобальное ожирение) – так сегодня ВОЗ характеризует резкий рост показателей избыточного веса у населения разных возрастов и социально-демографических групп в развитых и развивающихся странах. Темпы процесса экспоненциальны: «globesity» принимает характер и масштабы мировой пандемии. За последние 40 лет, как установлено в недавнем исследовании ВОЗ, число тучных детей и подростков от пяти до 19 лет увеличилось в 10 раз; к началу 2020-х годов от ожирения в мире будет страдать детей больше, чем от пониженной массы тела, хотя в развивающихся странах два эти явления могут существовать бок о бок и даже в одной семье [11]. Уже давно не рассматривается как парадокс тот факт, что уровни ожирения и темпы их роста в развивающихся странах сегодня существенно выше, чем в развитых, как и то, что «пандемия тучности» сегодня затрагивает преимущественно экономически отсталые группы общества. Как отмечала Генеральный директор ВОЗ д-р М. Чен, «практически до конца XX века в развивающихся странах основной проблемой в области питания считались последствия недоедания для здоровья и особенно задержка роста и истощение у детей и анемия у женщин детородного возраста. Затем все кардинальным образом поменялось. За считанные десятилетия произошел колоссальный сдвиг: раньше распространенность пониженной массы тела в 2 раза превышала распространенность ожирения, а теперь людей, страдающих ожирением, стало больше, чем людей с пониженной массой тела. Некогда ожирение и избыточный вес считались неизбежным следствием изобилия общества. Сегодня их распространенность растет в странах с низким и средним уровнем доходов, причем особенно быстро это происходит в городских районах» [51].

В США Национальный центр статистики по здоровью отмечает ожирение у 40% взрослых и у 19% молодых людей, не считая людей с тем или иным избыточным весом. У испаноязычных американцев этот показатель составляет 47%, у чернокожих – 46,8%. Притом что в стране действуют множество оздоровительных программ федерального и местного уровней, направленных, среди прочего, на «похудение нации», в период с 2000 по 2016 г. показатели ожирения возросли на 30% у взрослых и на 33% у молодых американцев [73]. На ожирение указывают как на фактор, которым

обусловлено до полумиллиона смертей в США ежегодно. Прямые и косвенные общественные издержки, связанные с этим фактором, в США оцениваются в диапазоне от 150 до 210 млрд долл. ежегодно.

В Европе, по данным Евростата, показателям нормального веса соответствуют 46,1% населения; избыточный вес (на уровне *pre-obese*) отмечается у 35,7 и ожирение – у 15,9% населения (2,3% имеют вес ниже нормы) [54].

В некоторых островных странах распространенность ожирения среди мальчиков и девочек достигает 33%.

В России, как показало недавнее исследование Высшей школы экономики, 55% населения в возрасте от 18 до 24 лет имеют избыточный вес и это уже в ближайшем будущем обещает существенный рост показателей ожирения в стране. В возрастной когорте 40–54 года доля людей с избыточным весом достигает 65% [13]. Число россиян с показателями ожирения за четыре года перед тем, как в 2016 г. вышел обстоятельный доклад Роспотребнадзора «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2016 году», выросло в 2 раза: здесь, как и в целом по миру, имеют место экспоненциальные темпы роста. По данным Минздрава, в 2015 г. ожирением страдали 1,31 млн россиян, в 2016-м – уже 1,39 млн [42]. В рамках обширного исследования «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» на материалах 12 регионов было установлено, что около 30% россиян имеют избыточную массу тела, а около 10% – показатели ожирения.

Известно, что при избыточной массе тела и ожирении – пропорционально увеличению индекса массы тела – усиливается риск развития диабета 2-го типа; кроме того, наступают негативные метаболические последствия для кровяного давления и уровня холестерина; повышается опасность развития ишемической болезни сердца, ишемического инсульта и некоторых видов рака. У взрослых людей с диабетом риск развития инфаркта и инсульта в 2–3 раза выше «нормы», а общий риск смерти в 2 раза превышает аналогичный показатель среди тех, у кого этого заболевания нет. Диабет со временем может, кроме того, поражать глаза, почки и нервы. Диабетом обусловлен значительный процент глобальных случаев слепоты и ампутаций нижних конечностей.

Как и в случае с другими тенденциями глобального здравоохранения, обращает на себя внимание экспоненциальный характер развития ситуации с диабетом в мире. Число больных в этой категории увеличилось со 108 млн в 1980 г. до 422 млн в 2014 г.,

а глобальная распространенность диабета среди людей старше 18 лет возросла с 4,7% в 1980 до 8,5% в 2014 г. [12].

Причины экспоненциального роста показателей избыточного веса и ожирения усматриваются в сумме изменений социальной, экономической, культурной и физической среды обитания человека. С одной стороны, резко снизился уровень физической активности, с другой – изменился рацион питания, где возросло потребление высококалорийных, но малопитательных пищевых продуктов и напитков (так называемой «сорной еды») и во многих случаях остается недостаточным потребление фруктов и овощей. Как на пример крайне негативной ситуации указывают на так называемые «продовольственные пустыни» в США – территории, где трудно добраться до продовольственного магазина, если нет машины, но зато рядом с домом имеются фастфуд-рестораны или киоски с «сорной едой».

У двух третей населения уровень физической активности недостаточен для поддержания здоровья. Дефицит физической активности находится в прямой корреляции с ростом уровня дохода страны. В странах с высоким уровнем дохода этот дефицит в особо сильной форме испытывают без малого половина мужчин и женщин.

Проблема носит системный характер – ее решение тоже должно быть системным: как подчеркивает ВОЗ, «недопустимо возлагать ответственность за развитие ожирения только на людей, страдающих им». Крайне настоятельно пропагандируются такие меры, как введение налога на искусственно подслащенные напитки и ограничение рекламы продуктов с высоким содержанием сахаров, соли и жиров, особенно продуктов питания, ориентированных на детей и подростков.

Для индивидуального уровня рекомендуется: ограничивать калорийность рациона питания за счет снижения количества потребляемых жиров и сахаров; увеличивать потребление фруктов и овощей, а также зернобобовых, цельных злаков и орехов.

Обязательна регулярная физическая активность – 60 мин. в день для детей и 150 мин. в неделю для взрослых. (В Китае, для сравнения, норма физической нагрузки предполагает занятия массовым спортом со средней или большой интенсивностью не менее получаса в день три или более раз в неделю.) Доказано, что регулярная физическая активность в течение 150 мин. в неделю снижает заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями приблизительно на 40%, инсульта – на 27, диабета II типа – на 58, болезни

Альцгеймера – приблизительно на 40, рака прямой кишки – на 60 и более, рака легких – на 20–24 и снижает для пожилых людей риск падений на 30%; кроме того, предупреждает появление депрессии и ожирения [3, с. 8]. Физическую активность поэтому справедливо рассматривают как «естественное лекарственное средство».

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРЕД ВЫЗОВАМИ XXI в.

В конце XX – начале XXI в. системы здравоохранения во всем мире – не только в России – оказались под давлением таких взаимосвязанных факторов и проблем, как демографическое старение населения, распространение хронических заболеваний, дефицит медицинских кадров и рост совокупного спроса на медицинские услуги. Каждая из национальных систем сегодня по-своему – в соответствии с логикой своего исторического развития – ищет пути разрешения этих проблем. По доминирующему способу финансирования различают несколько их типов. Ниже они даны в кратком описании.

В своих исторических основах сегодняшняя *система здравоохранения Германии* восходит к реформам последней четверти XIX в., инициированным О. фон Бисмарком: Бисмарку и принадлежит историческая заслуга создания первой в мире системы «страховой медицины» в национальном масштабе – по существу, прообраз социального государства в сегодняшнем понимании этой доктрины. Бисмарком, наряду с мотивом христианского благоволения по отношению к тем, кто нуждается в опеке и защите, руководила мысль об ответственности государства перед коллективным работником. Система строилась «снизу» – от традиций так называемых больничных касс, появившихся еще в позднем Средневековье: правительство здесь не принимает прямого участия в организации медицинской помощи, но контролирует исполнение соответствующих законов. В 1883 г. был принят Закон об обязательном медицинском страховании отдельных категорий работников по всей стране с его основным принципом – принципом солидарности: все работающие, а также работодатели вносят деньги в общую кассу, из которой затем оплачивается медицинская помощь нуждающимся; кассы работают на основах самоуправления.

Со временем система обязательного социального страхования стала вбирать в себя другие сферы – помощь при производственном травматизме и наступившей инвалидности, помощь при старости и инвалидности и др. В ряде отраслей вводилось обязательное медицинское страхование для работников с почасовой оплатой или с заработной платой ниже установленного законом уровня. До сих пор членство в больничной кассе является обязательным для работников, чей совокупный личный доход не превышает определенного уровня – как правило, 4 тыс. евро в месяц.

Система больничных касс сохраняется до сих пор: в масштабах страны их сейчас около 300 и охватывают они свыше 50% работающих, а также неработающих членов их семей. Так или иначе исторически сложившейся системой страхования охвачено без малого 90% населения. Застрахованные и члены их семей имеют право на одинаковый набор услуг независимо от их общественного положения, размера взноса или длительности страхования. Имеются и частные страховые компании – с менее широким охватом населения.

В традиционный набор медицинских услуг здесь входят:

- профилактика заболеваний, охрана здоровья на рабочем месте;
- медицинские обследования для выявления заболеваний;
- лечение (амбулаторное и стоматологическое лечение, предоставление лекарственных средств и медицинских приспособлений, лечение в стационаре, сестринский уход на дому, некоторые виды восстановительного лечения);
- неотложная помощь, перевозка больных при определенных состояниях;
- иные услуги (например, информирование больных).

Сверх того, больничные кассы выплачивают работающим пособия по болезни – 70% последней заработной платы без вычета налогов (максимум 90% чистой заработной платы).

Близки к «модели Бисмарка» системы здравоохранения в Австрии, Бельгии, Франции, Швейцарии, Нидерландах, Люксембурге и в той или иной степени в странах Латинской Америки.

По источникам финансирования и общим принципам организации прямую противоположность «модели Бисмарка» представляет собой **система здравоохранения Великобритании**. Концептуально она была обоснована в Докладе Парламенту «Социальное страхование и другие виды социального обслуживания» (Social Insurance and Allied Services), с которым в 1942 г. выступил экономист

и социальный реформатор – теоретик британского государства благоденствия – лорд Беверидж. План Бевериджа строился на идее общего налогообложения всех работников трудоспособного возраста с созданием общегосударственной системы, которая должна была обслуживать больных, безработных, пенсионеров и вдовых, поддерживая в стране стандарты уровня жизни, «ниже которых не должен опускаться никто». Руководящей идеей было «богатый платит за бедного, здоровый – за больного». Основой «системы Бевериджа» становилось общее налогообложение, а не страхование, как в «модели Бисмарка». Создавалась Национальная служба здравоохранения [National Health Service], подчиненная следующим принципам:

- здоровье – это не привилегия, а право человека;
- большинство учреждений здравоохранения находятся в собственности и управлении государства;
- на правительстве лежит ответственность за социально-справедливое и эффективное здравоохранение;
- люди имеют равный доступ к институтам здравоохранения независимо от своего материального положения на данный момент времени;
- начальным и основным звеном системы (входом в нее, открывающим для пациента возможность получения последующего лечения) является институт первичной медицинской помощи, где услуги оказываются «в момент обращения»;
- больничный врач является госслужащим («бюджетником»).

В духе этих принципов система здравоохранения Великобритании бесплатно предоставляет услуги профилактики, первичной медико-санитарной помощи и специализированной помощи всем «проживающим» в стране, независимо от национальности (но с исключением нерезидентов). Есть и система частного медицинского страхования: она охватывает 12% населения и обеспечивает ограниченные виды лечения в частных медицинских учреждениях.

Итак, британская система здравоохранения ориентирована на то, чтобы: 1) отвечать потребностям всего населения, 2) обеспечивать бесплатные медицинские услуги в «момент обращения» и 3) работать в соответствии с «клинической ситуацией», а не возможностью пациента оплачивать лечение. Практически это означает, что пациенты в типичном случае не оплачивают услуги врачей, медсестер, хирургические операции, назначаемые лекарства,

анализы и диагностику, такую как рентгенография, компьютерная томография, МРТ и некоторые другие. Эти принципы направляли развитие системы в течение более чем полувека, а с начала XXI в. были модернизированы в направлении расширения спектра оказываемых услуг, повышения их качества с задачей минимизировать медицинские ошибки и расширить работы по профилактике заболеваний. Десятилетиями британское здравоохранение считалось одним из лучших в мире: с 1981 по 2008 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла здесь у женщин на 5,1 лет (до 82,1 года) и у мужчин на 6,9 года (до 78 лет).

Вместе с тем по мере старения британцев, распространения хронических заболеваний и соответствующего роста нагрузки на бюджеты медицинских учреждений здесь накапливались системные противоречия: сегодня они периодически принимают острокризисные формы. Все последнее десятилетие в Национальной службе здравоохранения шли бюджетные сокращения. Годы «режима экономии» оборачиваются острейшими проблемами. Сегодня на душу населения Соединенное Королевство располагает меньшим числом докторов, МРТ и компьютерных томографов, чем большинство стран ЕС, а по младенческой смертности находится почти на самом дне соответствующих списков. Из-за тяжелых условий работы и невысоких зарплат работники покидают госпитали: дефицит кадров здесь – врачей-специалистов и особенно медсестер – превысил 100 тыс. вакантных мест [69].

Принципы британской системы здравоохранения приняты и получили развитие, среди прочего, в Новой Зеландии, странах Скандинавии, Южной Европы – Греции, Испании, Италии, Португалии – и в ряде других стран.

«Система Семашко», в свое время выстроенная в СССР, сегодня представляет интерес не только с исторической точки зрения, но и как фокус тех проблем и противоречий, которые в России наших дней вызвали объективную необходимость глубокой реформы здравоохранения (как бы ни оценивать способы ее осуществления и уже проявившиеся результаты). При всех исторических достижениях российской земской медицины она к началу XX в. не успела найти действенных решений в отношении того поистине народного бедствия, каким были острозаразные болезни – периодические эпидемии холеры, сыпного и брюшного тифов, оспы, дизентерии, малярии и детских инфекций; годы Первой мировой и Гражданской войн в громадной степени усугубили эту ситуацию. От новой власти императивно требовалась сверхконцентра-

ция усилий и ресурсов в ее здравоохранительной политике – «система Семашко» и стала ответом на эту необходимость¹. Ее принципиальная установка, вполне актуальная и для сегодняшних дней, – необходимость «глубоко изучить влияние на здоровье человека социальной среды»: эту задачу должна была решить новая для страны наука – социальная гигиена. Четко обозначились следующие принципы:

- упор на санитарию; профилактика социально-обусловленных заболеваний; единство пропаганды здорового образа жизни, лечения и реабилитации;
- централизация системы здравоохранения; осуществление его финансирования за счет государственных доходов в рамках государственных планов социального и экономического развития;
- общедоступность бесплатного медицинского обслуживания; прикрепление граждан к участковым поликлиникам по месту жительства с последующим направлением их по мере необходимости на уровни вторичной помощи;
- единство принципов организации национального здравоохранения – от сел и аулов до крупных городов: становление системы фельдшерско-акушерский пункт – участковая поликлиника – районная больница – областная больница – специализированные медицинские институты. Фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы) создавались в наиболее удаленных от участковой больницы населенных пунктах, что обеспечивало приближение медицинской помощи к сельскому населению; действовал принцип – если в радиусе свыше 2 км нет других лечебных учреждений, ФАП организуется при численности населения 700 человек; если населенный пункт находится на расстоянии свыше 4 км от больницы – при 300 жителях, а если свыше 6 км – и при меньшей численности населения;

¹ Уже в 1918 г. была образована Центральная комиссия по борьбе с эпидемическими болезнями, имевшая задачу разрабатывать противоэпидемические мероприятия, а при ней такие отделы, как Вакцино-сывороточная комиссия, Комиссия по изучению сыпного тифа и «испанской болезни» (опасная разновидность гриппа) и др. С 1919 по 1921 г. было принято 18 декретов СНК по борьбе с инфекционными болезнями. В дальнейшем особое внимание уделялось таким социально-обусловленным болезням, как венерические, туберкулез и алкоголизм, для искоренения которых создавалась сеть диспансеров, в которых не только лечили, но и анализировали условия жизни больных, информируя соответствующие органы власти о несоответствии этих условий санитарным нормам.

- первоочередное внимание материнству и детству; тотальная иммунизация детей, внедрение системы регулярных медицинских осмотров;

- перевод медицинских работников на государственную службу;

- расширение коечного фонда и увеличение числа медицинских работников как основное практическое направление осуществления здравоохранения.

«Система Семашко» сыграла поистине революционную роль в укреплении общественного здоровья (и в 1978 г. была в отдельных своих элементах рекомендована Всемирной организацией здравоохранения для развивающихся стран, страдающих от периодических эпидемий и встающих на путь построения национальной системы здравоохранения).

Впервые в мире была создана система амбулаторно-поликлинической помощи как институт общедоступного, высококвалифицированного и специализированного медицинского обеспечения населения. Утвердился участковый принцип обслуживания (территориальная доступность), в практику вошло длительное наблюдение у одного врача (важно для лечения хронических болезней) и сотрудничество терапевтов и врачей-специалистов (комплексный подход к лечению). Работала заводская медицина.

По числу врачей и больничных коек это была крупнейшая в мире система здравоохранения. Роль врача и медицинских учреждений в «системе Семашко» — не только вылечить человека, но раньше всего предупредить (или как можно раньше диагностировать) заболевание. Сам Н.А. Семашко понимал профилактику в узком и широком смысле: в узком — как совокупность мер чисто санитарного характера, в широком — как оздоровление населения и предупреждение болезней, особенно если их источником были социальные причины. За первые десятилетия развития этой системы общая смертность в стране сократилась более чем в 3 раза, детская — почти в 10 раз; средняя продолжительность жизни только за 1926–1972 гг. увеличилась на 26 лет.

Как это, однако, бывает, продолжением достоинств этой системы стали ее недостатки. Гигантский коечный фонд советской медицины имел свой ясный практический смысл при ее преимущественной ориентации на инфекционные заболевания, но после Второй мировой войны эпидемиологическая ситуация в стране (как во всем в мире) изменилась. «Что касается России, — подчеркивают специалисты-демографы Высшей школы экономики, — то

насколько выигрышными для нее были изменения на этапе первой эпидемиологической революции, настолько проигрышными оказались они на более позднем этапе, когда в мире развернулась вторая эпидемиологическая революция. За 50 лет – между 1960 и 2010 гг. – продолжительность жизни женщин выросла незначительно, намного меньше, чем в большинстве развитых стран, а у мужчин она даже несколько сократилась» [6, с. 62]. Тем не менее национальная медицина продолжала идти по пути экстенсивного развития, строя по директивам партийных и государственных инстанций «тысячечки в каждой области», поддерживая высокие уровни госпитализации, ориентируясь на стационар и длительные сроки лечения.

Крайне интересны в этой связи следующие сопоставления ресурсов здравоохранения СССР и США к 1979–1989 гг., показывающие громадный перекос советской системы в сторону показателей «вала» с вытекающими отсюда низкими результатами по главным показателям (см. табл. 5).

Таблица 5

Сопоставление СССР и США по отдельным показателям здравоохранения в период 1979–1989 гг.

	<i>СССР</i>	<i>США</i>
Число госпиталей	23 100	6229
Кочный фонд на 100 тыс. населения	1307	410
Число врачей на 100 тыс. населения	429	225
Число медсестер на 100 тыс. населения	606	661
Общие расходы на здравоохранение (в год, млрд долл.)	27,9	212
Процент ВВП, направляемый на здравоохранение (%)	3,4	11,4
Детская смертность (на 1000 живых рождений)	25,1	10,4
Материнская смертность (на 1000 живых рождений)	47,7	7,2
Уровень общей смертности на 100 тыс. населения	1160	821

Источник: Soviet Health Care from Two Perspectives / Health Affairs. – Mode of access: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.10.3.71>

Объемы стационарной помощи в показателях койко-дней в России до сих пор на 30–50% выше, чем в западноевропейских странах [36, с. 26]. По мере усложнения и удорожания медицины – тенденция, характерная для всего мира, – в отечественном здравоохранении развивалась ситуация хронического недофинансирова-

ния, закрывавшая пути ко многим разработкам современных методов лечения, технологий и препаратов. Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП России все последние годы колеблется в пределах 3,2–4%. (Некоторые источники вследствие различий в методиках подсчета дают существенно более высокую цифру.) В странах ОЭСР этот процент составляет 6,5–7%, в ЕС – около 8, у США – абсолютно рекордные 17%. Государственных расходов в охране здоровья у нас на душу населения приходится в 3,2 раза меньше, чем в Западной Европе – соответственно 893 и 3100 долл. по паритету покупательной способности [37].

По показателю ожидаемой продолжительности жизни Россия сегодня занимает 109-е место в мире, а разрыв со странами ЕС превышает десять лет. Это отставание в решающей степени определяют две особенности современной российской модели смертности – очень высокая смертность от болезней системы кровообращения в средне-старших возрастах и очень высокая смертность от внешних причин в молодых и средних возрастах. Резкий рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний начался с 1991 г.: от этой причины в период до 2001 г. ежегодно умирали свыше 1 млн человек, а уровень смертности увеличился в 1,4 раза – с 620 до 864,6 случая на 100 тыс. населения [6, с. 4].

В типологиях национальных систем здравоохранения особняком стоят **США**, где никакой универсальной системы в этом плане, строго говоря, нет, а охрана общественного здоровья осуществляется многочисленными медицинскими учреждениями и службами, различающимися по типу финансирования и выполняемым функциям. Нет в стране и единого централизованного управления национальной медициной.

Основа организации здравоохранения в США – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания. За редчайшими исключениями все медицинские учреждения предоставляют свои услуги на платной основе. Своими корнями этот принцип уходит в прошлое: в историческом менталитете американцев изначально существовало представление о том, что человек должен сам заботиться о своем здоровье, и если он имеет хорошую работу («хорошо работает»), он сам в состоянии оплачивать свое лечение. Для этого, среди прочего, существует медицинское страхование (но обязательного медицинского страхования в стране тоже нет, хотя есть государственное страхование для малообеспеченных). Страховые полисы приобретаются самим человеком или предоставляются работода-

телем. К началу XXI в. из 300 млн жителей США без малого 50 млн не имели никакого медицинского страхования и еще 50 млн были застрахованы по минимальному принципу, что не позволяет рассчитывать на сложные операции и дорогостоящие лекарства. При этом стоимость страхования с 2000 г. росла в 3,7 раза быстрее, чем средняя зарплата [22], а доля американцев, защищенных медицинским страхованием, постоянно снижалась.

Для малообеспеченных слоев общества правительством поддерживаются две специальные программы – Medicaid и Medicare, расходы на которые к началу XXI в. превысили 300 млрд долл. Medicaid ориентирована на людей с низким достатком: чтобы пользоваться ее услугами, человек должен доказать, что его материальное положение ниже определенного уровня. Программа финансируется как федеральным правительством, так и правительствами штатов. Предоставляется пять услуг – стационарное и амбулаторное лечение, консультации специалистов, пребывание в домах престарелых, лабораторная диагностика и рентгенологические методы исследования. Программой обслуживаются примерно 35 млн американцев.

Medicare обслуживает лиц старше 65 лет и людей предпенсионного возраста, имеющих проблемы со здоровьем. Источники финансирования в данном случае – налог на фонд заработной платы, прогрессивный подоходный налог и налог на прибыль корпораций. Предоставляется стационарное лечение, некоторые профилактические услуги, домашнее обслуживание, диагностические процедуры и кратковременное проживание в домах престарелых. Охватывает примерно 40 млн человек.

Свыше 95% работодателей в США со штатом более 50 человек обеспечивают своих работников частной страховкой. Такую же страховку предлагают своему персоналу и учащимся многие колледжи, школы и университеты. На собственные средства в стране приобретают страховку не более 10% населения.

Оригинальный подход к оценке эффективности национальных систем здравоохранения обоснован экономистами агентства Bloomberg [США]. Учитывается два показателя – общие расходы страны на здравоохранение в проценте от ВВП и ожидаемая продолжительность жизни в ней. Составляется рейтинг: максимальные баллы получают страны, где ожидаемая продолжительность жизни наиболее высокая, а финансирование здравоохранения – сравнительно низкое. В рейтинг включены 55 государств с насе-

нием свыше 5 млн человек, ожидаемой продолжительностью жизни старше 70 лет и ВВП выше 5 тыс. долл. и более на душу населения. По рейтингу Bloomberg, в десятку стран с самым эффективным здравоохранением входят: Гонконг (88,9 балла), Сингапур (84,2), Испания (72,2), Южная Корея (71,5), Япония (68,2), Италия (67,7), Израиль (66,8), Чили (65,2), Объединенные Арабские Эмираты (64,3) и Австралия (62,0 балла). США (32,2 балла) находятся на 50-м месте – главным образом из-за колоссальных расходов на здравоохранение (17% ВВП). Россия с показателем 24,3 занимает в этом рейтинге последнее место [33].

СОЦИОЛОГИКА ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

Выше в различных контекстах отмечались факты, отражающие связь болезней со всем тем, что понимается как социальные факторы здоровья и здравоохранения. Специально этой проблематикой занимаются, каждая по-своему, две смежные дисциплины – медицинская социология и социология медицины. В данном случае будем говорить не о социологии, а о социологии, – подход, не предполагающий последовательно социологического рассмотрения темы, но все же акцентирующий роль «социального» в вопросах здоровья и болезни.

В общем плане ясно: существуют паттерны заболеваний (и медицинские практики), достаточно жестко детерминированные географическим местоположением сообщества, уровнем его экономического развития, местной культурой, религией и т.д. В такой перспективе локальную структуру заболеваемости уже невозможно объяснять исключительно биологическими или природными причинами. В большинстве развитых стран мира ожидаемая продолжительность жизни приближается к 80 годам, в низкодходных – она, как правило, не достигает и 50 лет. В Японии или Швеции родившийся сегодня ребенок имеет шансы дожить до 80 лет, в Индии – до 60, в африканских странах – в лучшем случае до 50. «Девочка, родившаяся в Швеции, проживет на 43 года дольше девочки, родившейся в Сьерра Леоне» [90].

В отдельных регионах Африки эпидемия СПИДа сокращает ожидаемую продолжительность жизни на 20 лет, а наиболее высокая смертность со всеми экономическими и социальными последствиями этого отмечается в возрастной когорте от 20 до 49 лет; лечение производится преимущественно средствами народной

медицины (травами) как более дешевыми (и не всегда при этом действенными). Азия слишком обширна и разнообразна, чтобы здесь доминировали какие-то одни паттерны: с одной стороны, здесь Япония с ее средней продолжительностью жизни в 82 года, с другой – Афганистан, где продолжительность жизни одна из самых низких в мире – 44 года. Главные проблемы Азии в совокупности составляющих ее государств – детская смертность и здоровье матери, СПИД, психическое здоровье, демографическое старение и здоровье пожилых; медицинские практики здесь тоже разнообразны – от шаманизма и лечения травами до высокотехнологичных средств современной медицины. Для Европы характерна превалентность сердечно-сосудистых заболеваний, рака и диабета; в Восточной Европе все шире распространяется СПИД. В Северной Америке основными факторами риска являются нездоровое питание, ожирение, наркомания, злоупотребление алкоголем и курение: здесь доминируют болезни сердечно-сосудистой системы, иммунные расстройства, психические болезни. В Южной Америке две наиболее распространенные болезни – малярия и гепатит D; как и в других частях мира, фиксируется распространение СПИДа.

«Социологика» здоровья и болезни, естественно, прослеживается и внутри стран. В уникальном исследовании распространенности ожирения по штатам США исследователи отмечают, в частности, следующее. Сравнивая пять наиболее «толстых» и пять «наименее толстых» штатов страны, можно видеть, что наименее «толстые» штаты все расположены на севере США, а наиболее «толстые» – на юге. Далее, средний показатель IQ в южных штатах – 96,66, в северных – 100,08. По градиенту Север–Юг, следовательно, картина такова: чем севернее, тем выше средний IQ и ниже уровень ожирения. Наиболее высокие показатели ожирения обнаруживаются у социальных страт с наиболее низкими уровнями доходов и образования (что в последнем случае предположительно коррелирует с уровнями IQ). У них же самый высокий уровень превалентности диабета II. В разрезе этничности показатели избыточного веса выглядят следующим образом – 67,3% у белых, 75,6 – у афроамериканцев и 77,9% – у «испанцев». Суммируя все это, получаем, по выражению авторов исследования, «неполиткорректные выводы»: афроамериканцы и американские «испанцы» больше подвержены рискам жить в бедности, иметь более низкий IQ, более высокие показатели ожирения и вероятность заболеть диабетом; главным фактором в этих корреляциях выступает уровень IQ [75].

То, что «бедность делает людей глупее», показано во многих исследованиях. В серии экспериментов, проведенных американскими специалистами, было выяснено, что испытуемые из низкодоходных групп общества, вынужденные постоянно думать о своих финансовых проблемах, до такой степени хуже справляются с тестами на сообразительность, что это можно уподобить реакциям людей, «не спавших всю ночь», а разницу в пунктах IQ – различиям между хроническим алкоголиком и непьющим человеком. Быть бедным, подчеркивают авторы, означает «постоянно иметь дело не просто с ситуацией нехватки денег, но также с дефицитом когнитивного ресурса». Скорее всего к негативным факторам в таких случаях добавляются недостаточное питание (особенно если его острота доходит до голода) и состояние окружающей среды.

Четко выражены различия в паттернах заболеваемости и смертности между мужчинами и женщинами («мужчины умирают раньше, женщины страдают больше»). Женщины более склонны к сердечно-сосудистым заболеваниям, в 2 раза чаще мужчин испытывают депрессию (помимо прочего, из-за гормональных изменений в циклах жизни); у них чаще отмечается остеопороз и артроз коленного сустава. В более общем плане сказывается то, что, будучи больше мужчин заняты в домашнем хозяйстве и семейных делах, они, как правило, располагают меньшими возможностями в плане профилактики и лечения. У женщин сильнее выражена и корреляция между здоровьем и уровнем образования: у менее образованных женщин опасность набрать избыточный вес в 2–3 раза больше, чем у женщин с образованием на уровне колледжа или университета. В глобальном плане женщины составляют две трети пораженных слепотой. У них выше смертность от СПИДа и – в отдельных регионах мира – превалентность венерических болезней. Широко распространено насилие в отношении женщин – дома, на работе и в общественных местах. Во многих частях мира сохраняется крайне высокий уровень материнской смертности. Характеризуя масштабы этого бедствия, эксперт ВОЗ пишет: «Представьте себе, что каждые четыре часа – днем ли, ночью ли – где-то разбивается самолет, и все погибают. Все 250 пассажиров – женщины, в большинстве своем еще совсем юные, некоторые еще подростки. Они либо беременны, либо только что родили. У большинства из них дома остались дети и семьи, зависящие от них» [63, р. 12]. При этом (имеется в виду ситуация в низкодоходных странах) «женщины умирают не от болезней, которые мы не можем вылечить... Они умирают потому, что общество еще не

решило, стоит ли бороться за их жизнь» [63, р. 12]. Наиболее высокие показатели материнской смертности имеют место среди женщин, проживающих в сельских районах, среди лиц с низким доходом, среди незамужних женщин и рожениц-тинейджеров. Наряду с нищетой, ВОЗ указывает на такие факторы, как отдаленность медицинских учреждений от места жительства, отсутствие информации, ненадлежащие службы медицины и культурные особенности региона [24].

Отметим, что в международном сопоставлении самый низкий показатель материнской смертности – в Беларуси; в России он снизился в 2 раза сравнительно с 2011 г., но остается еще довольно высоким: по сегодняшней статистике, это чуть выше восьми случаев на 100 тыс. живых рождений. Для сравнения: в США этот показатель вырос с 9,1 в середине 1980-х годов до 14 к началу XXI в. и до 24 к началу 2010-х годов [24].

Неравенство в гендерных показателях здоровья, таким образом, определяется комбинациями биологических, поведенческих и социальных факторов – ситуация, до сих пор прямо характеризуемая как дискриминация по половому признаку.

Не всегда строго законосообразно, по меркам обычной логики, проявляет себя экономический фактор здоровья / нездоровья и это еще раз указывает на социологику проблемы – на то, что здесь всегда присутствуют «какие-то иные», не всегда эмпирически очевидные, макросоциальные обстоятельства, помимо расходов на здравоохранение, технологического уровня медицины и т.п. Богатство страны не гарантирует более высокой продолжительности жизни. Так, Япония находится на первом месте по общей ожидаемой продолжительности жизни (82,3 года), но только во второй десятке стран по ВВП на душу населения Люксембург занимает первое место по ВВП на душу населения (60 228 долл.), но только 24-е – по продолжительности жизни. Фактически ни одна из четырех наиболее богатых по ВВП на душу населения стран (Ирландия, США, Люксембург, Норвегия) не входит в первую пятерку стран с большой продолжительностью жизни.

Это так, и все же экономический фактор сильнее всех прочих действует на «глобальное распределение» здоровья и болезней. Эксперты подчеркивают: потеря жизней от фактора неравенства в доходах в конечном итоге сопоставима с совокупной смертностью от рака легких, диабета, дорожно-транспортных происшествий, СПИДа, самоубийств и убийств. Даже в высших стратах общества наблюдается социальный градиент смертности,

идуший в обществе сверху вниз. Примечателен именно этот градиент. Как установлено в новейших исследованиях, он выражается не только в резких контрастах между низшими и высшими стратами общества, а пронизывает «насквозь» все общество снизу доверху: даже в среднем классе у офисных работников более низкого статуса здоровье скорее всего будет хуже, чем у высшего звена [83].

Многие болезни, особенно хронические, предполагают длительное лечение; их диагностика усложняется и постоянно дорожает; часто болезнь остается с человеком на всю жизнь и требует постоянного контроля. ВОЗ отмечает, что сегодня миллионы людей не могут позволить себе пользоваться медицинскими услугами в тех случаях, когда за них приходится платить в момент обращения: отсюда путь к финансовым затруднениям или даже нищете. Ежегодно в мире до 150 млн человек оказываются на грани финансового краха и еще 100 млн опускаются за черту бедности из-за необходимости платить за медицинские услуги. В США до 70% случаев личных банкротств обусловлены болезнью или оплатой медицинских счетов. Отнюдь не всегда спасает положение и наличие страхового полиса, поскольку его может не хватать для покрытия расходов. Ситуация еще больше усугубляется, когда заболевшие теряют свой постоянный заработок. Свыше половины населения мира вообще не имеют медико-социального страхования. В Южной Азии и Центральной Африке лишь 5–10% населения пользуются социальной защитой, и даже в странах со средним доходом этот показатель не превышает 60%.

Ярко выраженная социология присутствует в воздействии экологических факторов на здоровье. В обширнейшей этой теме (в данном случае специально не рассматриваемой) отметим только перспективу, порождаемую климатическими изменениями. По мере глобального потепления с очень большой вероятностью возникнут беспрецедентные угрозы «глобальному здоровью»: одна только малярия может распространиться на территории, где живет до 40% мирового населения; «обеспеченно» обострятся проблемы землепользования, загрязнения окружающей среды, дефицита питьевой воды, продовольственной небезопасности и др. ВОЗ также указывает на такие факторы, как периоды сильной жары, наводнения и засухи. Более всего уязвимым будет население развивающихся стран, особенно малых островных государств, засушливых и высокогорных зон, а также густонаселенных прибрежных районов [17].

В позитивной корреляции со здоровьем находятся факторы религии (религиозности) во всех возможных аспектах – от частоты посещения церковных служб до благотворного действия молитвы. У верующих, независимо от пола, возраста и конфессии, выше продолжительность жизни – момент, выявляемый всеми исследованиями, которых на сегодняшний день насчитываются тысячи. В США установлено, что у людей, часто посещающих церковь, ожидаемая продолжительность жизни достигает 83 лет, тогда как у тех, кто посещает редко или не посещает вовсе, – 75 лет. Возможно, в данном случае имеет место не только и не столько прямое, сколько опосредованное действие различных факторов – низких уровней потребления алкоголя и табака, стабильности психического здоровья, способности человека справляться со стрессом, его принадлежности к сообществу единомышленников. Как бы то ни было, исследования фиксируют у верующих более низкие уровни гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваний и более здоровое состояние иммунной системы. У верующих значительно ниже, чем у неверующих, смертность от злокачественных новообразований. Доказано позитивное воздействие «духовного благополучия» (spiritual wellness) на течение депрессии, биполярного аффективного расстройства, шизофрении и других психических заболеваний. Фактор веры формирует более ответственное отношение людей к своему здоровью: выявлены прямые корреляции между религиозностью и «здоровыми» стереотипами поведения и, напротив, обратные корреляции – с «нездоровыми» поведенческими стереотипами.

Разумеется, показатели здоровья или, напротив, нездоровья находятся в прямой зависимости от образа жизни человека, в чем также проявляется своя социология. Показательны в этой связи данные, полученные в ходе многолетних исследований коллективом под руководством Ю.П. Лисицына. Ниже они сведены в таблицу 6.

В аспекте социологии здоровья и болезней, и это следует подчеркнуть особо как момент интуитивно не всегда понятный, присутствует и своего рода «обратная связь»: коль скоро неблагоприятные социальные обстоятельства ведут к ухудшению общественного здоровья, должно быть справедливо и противоположное – при обстоятельствах благоприятных уровень общественного здоровья повышается. В уникальном исследовании, проведенном сотрудниками Университета Калгари в девяти штатах Канады по материалам 30-летних наблюдений, было показано: там, где растут

расходы на медицину, но снижаются расходы на социальные нужды людей, никаких существенных улучшений в показателях здоровья населения не происходит; более того, местами происходит их ухудшение вплоть до роста смертности. Там же, где отношение социальных расходов к медицинским было выше среднего, показатели здоровья населения улучшались. Согласно результатам расчетов, если уровень социальных расходов повышался на 1%, местные ситуации со здравоохранением улучшались независимо от того, росли или сокращались медицинские расходы. На каждый процент роста соотношения между социальными и медицинскими расходами отмечались прирост средней продолжительности жизни и, соответственно, падение смертности (пусть даже и на небольшие величины) [46].

Таблица 6

**Степень влияния факторов
при различных группах заболеваний (влияние – %)**

<i>Заболевания</i>	<i>Факторы образа жизни</i>	<i>Генетический риск</i>	<i>Загрязнение внешней среды</i>	<i>Недостатки здравоохранения</i>
Ишемическая болезнь сердца	60	18	12	10
Рак	45	26	19	10
Сахарный диабет	35	53	2	10
Пневмония	19	18	43	20
Цирроз печени	70	18	9	3
Транспортные травмы	65	3	27	5

Составлено на основе: Лисицын Ю.П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости // Медицинская газета. – 2010. – № 1.

В теме социальной детерминации глобального «распределения здоровья и болезней» присутствует, среди прочего, и вопрос о том, как все это, собственно, соотносится с традиционной моделью медицинского знания и клинических практик. Вот уже не одно десятилетие этот вопрос обсуждается в контексте противостояния двух основных моделей медицины – доминирующей биомедицинской и складывающейся биосоциальной. В литературе предлагаются и иные подходы к теоретизации медицинской практики – биопсихологический, биокультуральный, экологический и др., –

но главный водораздел пролегает именно между биомедицинской и биосоциальной моделями.

Биомедицинская модель, восходящая к Античности, но в своих основных чертах сложившаяся в середине XIX в., своей первоначальной и фундаментальной основой имеет представление о том, что все болезни проистекают из тех или иных нарушений на клеточном уровне организма. В определенный момент времени эти нарушения проявляют себя в виде симптомов болезни, которые врач должен как можно раньше увидеть и правильно истолковать. Акцент, таким образом, делается на симптоматические проявления – подход, неизбежно отодвигающий на задний план причины психосоматического, психического и социального порядка, которые, возможно, и лежат в основе болезни. Здоровье в этой парадигме есть отсутствие болезни, а болезнь трактуется как «чисто биологическое событие». Другие постулаты модели: психические отклонения не связаны с какими-либо нарушениями функций тела; пациент является жертвой обстоятельств и не несет ответственности за причины своего заболевания; при этом он есть пассивный реципиент лечения, хотя некоторое сотрудничество с его стороны все-таки предполагается.

В отличие от этого, биосоциальная модель акцентирует причинные факторы заболевания, усматривая их раньше всего в социальном окружении больного, а не в биохимических процессах его организма. Если традиционная медицина ориентирована непосредственно на действующую причину болезни, то биосоциальный подход прежде всего ставит вопрос о «причине этой причины». В этой парадигме, кроме того, особо важное место занимают психологические факторы – «опыт того, что для человека значит болезнь», как именно пациент ее переживает.

Главная проблема и ограниченность биомедицинского подхода, утверждают его оппоненты, заключается в том, что он фиксирует заболевание только тогда, когда оно стало уже «свершившимся событием» (или «запущенным случаем», уже не поддающимся лечению). Кроме того, хорошо документированы случаи, когда болезнь возникает, кажется, вообще без какой-либо видимой причины. Справедливо и то, что нарушения, накапливаемые на клеточном уровне, далеко не всегда трансформируются в болезнь. Суммируя все это, критики «медицинской догмы» говорят, что в традиционной модели медицины имеет место абсолютизация биологической составляющей в этиологии болезни и возможности биомедицинской модели сильно преувеличены (но

именно на нее сегодня направляется основная часть расходов на здравоохранение). Словом, сегодня общепризнанно, что «эффективность биологического направления в научной медицине переоценена. Как показал опыт последнего столетия (в частности, в США), высокотехнологические вмешательства как средства первой линии не оправдались, а выделение крупных ресурсов на медицинские технологии привело к уменьшающейся их отдаче. При этом фармакотерапевтическое направление оказалось неэффективным у 30–60% больных. Достигнутое в западных странах снижение смертности в большей степени связывают с питанием, гигиеной и моделями воспроизводства (т.е. по существу, социальными направлениями), чем с вакцинацией, лечением или другими видами медицинского вмешательства» [5, с. 32]. В любом случае понятно: традиционные медицинские вмешательства оказались бессильны в отношении двух главных болезней последнего столетия – рака и сердечно-сосудистых заболеваний.

Научный приоритет в разработке новых подходов к здоровью принадлежит американскому психиатру Дж. Энгелю: его биопсихосоциальная модель здоровья и болезни, как считается сегодня, «произвела переворот в медицинском мышлении» и «сблизила медицину и науку». До Дж. Энгеля медицина фокусировалась исключительно на болезни как таковой; начиная с того научного движения, что было им инициировано, теория медицины стала учитывать все более и более широкий круг психосоциальных компонентов картины заболевания. В этой парадигме здоровье имеет многофакторную обусловленность. Энгель, обобщая широкий круг клинических фактов, первым стал указывать на то, что биохимические изменения в организме напрямую не транслируются в болезнь: ее проявление всегда есть результат различных причинных факторов, включая те, что действуют на клеточном, индивидуальном и социальном уровнях. И напротив, психологические изменения при определенных обстоятельствах могут проявляться как болезнь, доставляя человеку реальные страдания и имея выраженные биохимические корреляты.

По существу, биопсихосоциальная модель отталкивалась от того, что сегодня называется общей теорией систем; это очень системная модель. Чтобы быть научной, медицинская модель, согласно Дж. Энгелю, должна, наряду с биологическими аспектами (собственно болезнь), учитывать личность больного, его эмоции, семейную ситуацию и даже более широкое сообщество, к которому он принадлежит. Это подход, «ориентированный на

пациента» (но отнюдь не игнорирующий при этом его болезнь); соответствующим должно быть и общение врача с больным, в котором обязательно должна присутствовать подробная беседа («интервью») с пациентом. В более широком плане во внимание должны приниматься такие обстоятельства пациента, как «профессиональная деятельность, характер и условия питания, жилищные условия, состояние и доступность системы здравоохранения, социально-демографическая государственная политика, уровень общей и индивидуальной культуры, возможности и условия быта, уровень образования, установки воспитания (в отношении здоровья), экологическая обстановка, законодательная защищенность здоровья, информированность о здоровье, количество и качество стрессовых ситуаций, семейные отношения, государственная социальная политика, физическая и социальная окружающая среда, уровень доходов, социально-экономический статус, техногенные и природные катаклизмы» [14, с. 32].

Возможности этой модели, естественно, испытываются и применяются в клинической практике. Положительные результаты описаны в такой области, как лечение больных диабетом. С достоверностью выяснено, что в развитии сердечно-сосудистых заболеваний психосоциальные стрессоры играют не менее важную роль, чем традиционно понимаемые факторы риска – гипертония или повышенный уровень холестерина. Но шире всего в практическом плане биосоциальный подход используется в психиатрии и лечении всевозможных зависимостей – область, где социальная детерминация заболеваний выражена сильнее всего. В рамках прежних подходов зависимости понимались как следствие тех или иных нарушений работы мозга, – в новых методиках лечения учитываются субъективный психологический опыт пациента, социальный, биологический и психологический контексты его болезни, в особенности факторы стресса. Происходит интеграция трех компонентов лечения – психологического, поведенческого и нейробиологического. В такого рода практиках отчетливо видно, как в медицине XXI в. стираются междисциплинарные границы и утверждается холистический подход к здоровью и болезням.

РЕФОРМА РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: «В ПОИСКАХ КВАДРАТУРЫ КРУГА»

Относительно проходящей реформы российского здравоохранения прежде всего приходится сказать, что она протекает при отсутствии какой-либо действующей государственной стратегии¹. Есть Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г., но стратегии реформы здравоохранения она, понятно, не заменяет. Стратегические элементы реформы разбросаны по ряду государственных документов последних лет – Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., принятой в 2009 г. (но в общем оставшейся незамеченной); в приоритетном национальном проекте «Здоровье» (2006–2013); в недавно принятой Государственной программе «Развитие здравоохранения» на 2018–2025 гг. и других государственных документах. По совокупности этих источников и официальных заявлений руководителей Минздрава в осуществляемой реформе вырисовываются следующие заявленные приоритеты:

- перемещение части объемов медицинских услуг со стационарного на амбулаторный этап обслуживания, сокращение части излишних мощностей больниц, приоритетное развитие первичной медицинской помощи;
- модернизация, оснащение медучреждений высокотехнологичным оборудованием;
- создание медицинских центров там, где их не хватает;
- движение к трехуровневой системе оказания медицинской помощи, где в дополнение к первичному (первому) и региональному (третьему) уровням должен сложиться межмуниципальный, межрайонный (второй) уровень, призванный обеспечить специализированную помощь при жизнеугрожающих состояниях;
- внедрение новых методов оплаты труда медицинских работников, совершенствование системы подготовки медицинских кадров.

Цели реформы обусловлены общим состоянием российского здравоохранения, как оно сложилось исторически, и сами по себе безупречно верны. Движение к их осуществлению идет с доста-

¹ С 2015 г. обсуждается («проходит согласования») проект Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг.

точно очевидными успехами на отдельных направлениях – прежде всего и главным образом в сокращении младенческой и материнской смертности (по оценке академика РАМН А.А. Баранова, единственного показателя в здравоохранении, имеющего позитивную тенденцию), а также в развитии высокотехнологичной медицинской помощи. В то же время общество, включая и профессиональное медицинское сообщество, крайне критично реагирует на ход осуществления реформы – вплоть до утверждений о том, что она отбросила показатели национального здоровья «на несколько десятилетий назад». В экспертной литературе при этом очень немного попыток разобраться в ситуации, что называется, объективно – с анализом тех проблем и вызовов, которые изначально стояли перед реформой. Ниже попытаемся именно так – «объективно» – подойти к данной теме.

«Главным вызовом новейшего времени для российской системы здравоохранения выступает необходимость решения масштабных задач снижения уровня смертности и повышения зарплаты медицинских работников при сокращении размеров государственного финансирования», – констатируют авторы основательной разработки «Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы» [32, с. 2]. «Никогда до этого отечественному здравоохранению не удавалось обеспечивать существенное улучшение показателей здоровья населения без дополнительных государственных средств» [32, с. 10].

С началом XXI в. государственные расходы на здравоохранение достаточно стабильно, а временами и существенно, росли до 2013 г., после чего началось их постепенное ежегодное сокращение. За 2017 г. государственное финансирование по разделу «Здравоохранение» было сокращено на 42,9% по сравнению с 2016 г. [44]. Сокращения были произведены во всех регионах, за исключением одного. В этой ситуации, находясь в известной степени под политическим давлением в смысле необходимости повышать зарплаты медицинских работников, Минздрав пошел по единственно возможному в сложившейся ситуации пути – реструктуризации медицинской помощи для высвобождения тех средств, которые можно направить на повышение оплаты труда. Однако сокращение объемов стационарных услуг с переводом части ресурсов в амбулаторную помощь, как установлено, дает лишь чуть более 10% требуемого прироста средств на зарплаты медперсоналов при сохранении их численности; руководители отечественного здравоохранения поэтому пошли по пути упрощенной реструкту-

ризации – сокращения сети медучреждений, коечного фонда и кадров, а также укрупнения участков, размеры которых сегодня повсеместно превосходят нормативы.

Росстат следующим образом отражает динамику процессов, происходящих в ресурсах и деятельности отечественных медицинских организаций, в период с 2005 по 2016 г. (см. табл. 7).

Таблица 7

Сеть и материально-техническая база лечебно-профилактических организаций (2005–2016)

	2005	2010	2015	2016
Число больничных организаций	9479	6308	5433	5357
Число коек в больничных организациях: всего, тыс.	1575,4	1339,51	1222,0	1197,2
Число центральных районных больниц	1734	1754	1426	1388
Число районных больниц	267	191	415	425
Число участковых больниц	2631	400	69	68
В городских поселениях				
Число больничных организаций	5820	4959	4397	4351
Число коек в больничных организациях: всего, тыс.	1365,9	1186,11	1060,1	1041,0
Число центральных районных больниц	1046	1027	829	815
Число районных больниц	148	112	230	242
Число участковых больниц	40	18	4	9
В сельской местности				
Число больничных организаций	3659	1349	1036	1006
Число коек в больничных организациях: всего, тыс.	209,5	153,4	161,9	156,2
Число центральных районных больниц	688	727	597	573
Число районных больниц	119	79	185	183
Число участковых больниц	2591	382	65	59

Составлено по: Здравоохранение в России. 2017 // Росстат. – М., 2017. – С. 89.

Как отмечается в прессе, «после сокращения в 2014 году 90 тысяч медиков и реорганизации примерно 350 медучреждений доступность медицинской помощи, по оценке Счетной палаты, сократилась, а объем платных медицинских услуг в России вырос почти на четверть. Проверка аудиторов Счетной палаты показала, что основные цели оптимизации сети медицинских организаций не достигнуты и ожидаемого роста эффективности и доступности

медицинской помощи не произошло. В 2014 году смертность в стационарах повысилась на 3,7%. 17,5 тысяч населенных пунктов в РФ не имеют медицинской инфраструктуры, а сроки ожидания оказания медпомощи в некоторых регионах превышают необходимые в два и более раза. На этом фоне в 2014 году вырос объем платных медицинских услуг – на 24% по сравнению с 2013 годом, что, по оценке Счетной палаты, свидетельствует о замещении бесплатной медицинской помощи платной» [39]. На 2016 г. объем платных медицинских услуг в абсолютном исчислении у нас вырос примерно со 110 млрд руб. в 2005 г. до 572,5 млрд руб. [1], на душу населения это был рост с 765 руб. до 3903 руб. [35, с. 16].

Оплата труда медицинских работников существенно увеличилась в 2013 г., после чего рост резко замедлился, а в последующие годы даже не поспевал за ростом инфляции. При опросах медработники заявляют, что «объем работы заметно вырос, а размер зарплаты увеличился незначительно». Медицинские кадры стали перетекать в учреждения платной медицины. Одной из наиболее острых проблем стало состояние первичной медико-санитарной помощи – того сегмента здравоохранения, который официально считается наиболее важным. «Количественный аспект этой проблемы – сокращение численности участковых врачей и врачей общей практики. После введения в 2005 г. надбавок участковым врачам их число несколько выросло, а затем вопреки ожиданиям стало уменьшаться, причем сокращение не компенсировалось ростом числа врачей общей практики. Дефицит врачей участковой службы оценивается разными экспертами на уровне 25–30%. Во всех регионах страны отмечается низкая укомплектованность штатных единиц участковых врачей и участковых педиатров. Размер участков во многих случаях существенно превосходит рекомендуемые нормативы» [36, с. 29].

Один из наиболее перспективных способов решения накапливающихся проблем эксперты усматривают в развитии института и специальности, определяемых как врач общей практики¹. В этом отношении ценен опыт посткоммунистической Европы, где пере-

¹ Врач общей практики – специалист в области общей медицины, на которого возлагается оказание первичной медицинской помощи. Является самостоятельным юридическим лицом. В советские времена наиболее близкой фигурой к этому был терапевт. В РФ Положение о враче общей практики было принято еще в 1992 г., после чего медицинские вузы начали подготовку по этой специальности. Разновидностью врача общей практики является семейный врач.

ход к общеврачебной модели участковой службы начался еще в 1990-х годах и были подготовлены специалисты в достаточном количестве, чтобы ими заменить традиционных участковых врачей. В такой модели существенно изменяется распределение пациентов между специалистами. Пропагандируя эту практику, эксперты ВОЗ указывают, в частности, на то, что в Эстонии свыше 90% первичных обращений пациентов заканчиваются на уровне врача общей практики и больным, следовательно, не приходится обращаться к более узким специалистам; в Чехии этот показатель превышает 85%, Венгрии – 80, Словакии – 70%; у «старых» членов ЕС – повсеместно свыше 90%. При этом стремятся освободить врача общей практики от рутинных функций, передавая их медсестринскому персоналу.

Отечественная ситуация пока далека от таких показателей. Наши специалисты констатируют: «Самое главное в системе здравоохранения – это первичная медико-санитарная помощь. От нее зависит эффективность всех последующих уровней. Именно там появляются запущенные и пропущенные случаи болезней, недообследованные и недолеченные пациенты. В результате заболевания становятся более тяжелыми и требуют все более дорогостоящего лечения. Весь мир старается “поймать” заболевания как можно раньше, чтобы лечение было эффективным и дешевым. А мы вместо этого развиваем высокотехнологичную – “тыловую” – медицину. Это все равно, что использовать тяжелую артиллерию на линии фронта. Это принципиально неверно. На уровне обычной поликлиники должны выявляться и излечиваться 85 процентов заболеваний... Многие эксперты говорят, что главной проблемой нашего здравоохранения является нехватка финансирования. Приводят в пример США, где тратят 10 600 долларов на одного жителя в год, а у нас, мол, всего 800. Но в Канаде, например, затраты на здравоохранение составляют 75 процентов от США, а результаты у них гораздо лучше. А на Кубе при затратах всего в 400 долларов на человека в год результаты гораздо лучше наших. Главным образом потому, что у них сделан акцент на первичной медико-санитарной помощи и грамотно готовят врачей общей практики» [20].

Итак, общепризнанно, что передовой и самой важной линией отечественного здравоохранения должно стать первичное звено здравоохранения – соответствующая участковая служба, обеспечивающая доступность населения к медицинским услугам. Ситуация, однако, такова, что в практическом плане именно доступность –

главная заявленная цель реформы – больше всего и страдает от осуществляемых нововведений: движение идет в строго противоположную сторону от провозглашенных задач. Специалисты указывают: «Доступность услуг поликлиник снижена практически во всех социально-экономических и демографических группах населения.

Во-первых, из-за большой потери времени в условиях сложившейся организации предоставления услуг это относится к занятому (работающему или обучающемуся) населению.

Во-вторых, доступность снижена для низкодоходных групп населения из-за постоянного роста тарифов платных услуг на диагностику, лечение, реабилитацию и дорогие лекарства.

В-третьих, доступность услуг снижается с возрастом пациентов из-за ухудшения здоровья и роста числа хронических заболеваний, т.е. усиливается действие первых двух факторов. Наконец, для сельского населения с грунтовыми дорогами, нерегулярным и дорогим транспортным сообщением, территориальной удаленностью поликлиник проблема доступности носит характер тотального исключения из сферы медицинского обслуживания.

Таким образом, наибольшие трудности в получении доступа к услугам первичной помощи концентрируются в низкодоходных группах пожилых людей, проживающих в сельской местности. И это те группы населения, у которых самый высокий уровень потребности в медицинских услугах» [52].

Здесь и образуется «квадратура круга» – задача, у которой нет решений. Даже концентрация усилий на новейших медицинских технологиях в составе второго (межрайонного) звена выстраиваемой трехуровневой системы в тенденции приводит к тому или иному ухудшению территориальной доступности медицинской помощи: для людей возникает или усугубляется транспортная проблема. Как отмечала Счетная палата в 2015 г., в стране 17 тыс. населенных пунктов, где вообще нет никакой медицинской инфраструктуры; из них 11 тыс. расположены в 20 км от ближайшего врача, причем 35% из них на тот год не имели общественного транспорта [1]. Но и противоположная установка – на сохранение сложившейся территориальной доступности медицинских услуг – обрекает всю систему на дальнейшую деградацию.

Совершенно катастрофическая ситуация сложилась в сельской местности. Здесь одновременно действует несколько негативных факторов – изношенность материально-технической базы медпунктов, нехватка медицинского персонала, низкая квалифи-

кация кадров и их текучесть. С 2012 г. с целью улучшения медицинского обслуживания сельского населения началось развертывание программы «Земский доктор», в рамках которой специалисты в возрасте до 50 лет, переезжающие на работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки, получают единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб. Сегодня программа реализуется в 51 регионе России, но происходит это с задухающим эффектом, и ее инструментов пока не хватает для преодоления дефицита сельских медицинских кадров.

Типичные медицинские точки на селе – фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы) и фельдшерские пункты (ФП). За последние 10–15 лет число посещений их сократилось без малого на 40%. В приспособленных помещениях работает чуть более половины ФАПов и ФП. 69,7% ФАПов и 86,9% ФП не имеют центрального отопления и почти половина – водопровода и горячего водоснабжения, еще больше – канализации; не все ФАПы имеют даже обычную телефонную связь. Сократилось число станций скорой помощи [53, с. 7].

Ситуация с сельской медициной, следует понимать, «исторически детерминирована»: мелкодисперсный тип сельского расселения, общая деградация сельских инфраструктур, демографический кризис села – все это оборачивается тем, что на больших территориях проживает малое количество обслуживаемого населения, а в нем преобладают неработающие и пенсионеры. Отчасти, но только отчасти, накопившиеся здесь проблемы могут решаться развитием современных мобильных передвижных способов медицинского обслуживания – вплоть до особой «медицинской авиации», как об этом и пишут многие эксперты. Но чтобы сельская медицина пошла в этом направлении, принципиально необходимо расширение государственного участия на наиболее перспективных и осуществимых направлениях сельского здравоохранения, но не его сокращение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В 1980-х годах неоконсервативные правительства – администрация Р. Рейгана в США и правительство М. Тэтчер в Великобритании – пошли по пути существенного усиления роли «рынка» в национальном здравоохранении. Сегодня в США сокращается продолжительность жизни, а в Великобритании впервые за

новейшую историю прекратился ее рост: хватило одного поколения, чтобы проявились социально-негативные последствия рыночных реформ в этой области. В России такие последствия проявятся еще скорее и еще драматичнее.

Если вынести за скобки отдельные и действительно важные достижения, российская медицина погружается во все более глубокий кризис. Об этом заявляет не только население – профессиональное медицинское сообщество высказывается о том же самом еще более критично. По данным различных опросов, медработники в большинстве своем считают следствием «оптимизации» ухудшение доступности медицинской помощи для населения и рост объема платных услуг в государственных медицинских организациях; при этом абсолютное большинство медперсонала (свыше 90% опрошиваемых) убеждено в том, что рост возлагаемой на них нагрузки отрицательно сказывается на качестве оказываемой ими помощи.

Ход событий подтверждает ту давнюю научную истину (в России, по-видимому, еще не осознанную), что рыночные механизмы не обеспечивают высоких уровней национального здравоохранения. В США об этом еще в 1960-х годах писал чрезвычайно авторитетный экономист, лауреат Нобелевской премии по экономике Кеннетт Эрроу. В работе «Неопределенность и экономика здравоохранения» [55], сегодня считающейся классикой экономики медицины, он описал несколько предельно общих (структурных) «дисбалансов» между «индустрией здравоохранения» и населением, ведущих к тому, что это неравновесие в тенденции почти всегда разрешается в пользу институтов медицины (по существу, корпорации медицинских работников) и крайне редко – в пользу пациента. Определяется все это в основном факторами «неопределенности» и «информационного дисбаланса»: пациент не знает, как именно протекает его болезнь, каковы перспективы излечения, какова реальная, а не номинальная, стоимость оказанных ему услуг; ему крайне сложно выяснить «цену вопроса» на громадном территориально распределенном рынке медицины. Там, где медицина носит преимущественно частный характер, все эти факторы и противоречия в громадной степени усиливаются.

К отечественной ситуации все это имеет самое прямое отношение. Сегодня уже ясно, что обозначившийся «ползучий» уход государства из сферы здравоохранения чреват дальнейшей депопуляцией страны. Реформа здравоохранения в ее сегодняшнем варианте должна быть остановлена – чем скорее, тем лучше. Нужна

не «реформа» (само это слово мало отвечает тем задачам, которые стоят в данной области перед территориально огромной страной, обремененной массой социально-демографических проблем), а стратегия развития медицины и здравоохранения на десятилетия вперед – стратегия, выработанная медицинским сообществом, подкрепленная соответствующими финансовыми и организационными ресурсами со стороны государства и соотнесенная со всем кругом задач социально-демографического развития страны. Можно считать, что первоочередной задачей «реформы» и должна стать разработка такой стратегии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аликин А.* Россия: Реформа медицины отбросила страну на 85 лет назад... // Eurasianet. – 2017. – 22.12. – Режим доступа: <https://inosmi.ru/social/20171222/241068724.html> (Дата обращения – 18.02.18.)
2. *Битенева Т.* Зачем мужчине талия // Здравоохранение. – 2017. – 17.03. – Режим доступа: <https://cdnimg.rg.ru/pril/fascicle/3/37/98/33798-1489679358.pdf> (Дата обращения – 20.02.18.)
3. *Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Бойцов С.А.* Методические рекомендации. Обеспечение физической активности у граждан, имеющих ограничения в состоянии здоровья. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2015. – 90 с. – Режим доступа: <http://docplayer.ru/26293683-Bubnova-m-g-aronov-d-m-boycov-s-a-metodicheskie-rekomendacii.html> (Дата обращения – 08.01.18.)
4. В Минздраве назвали основные причины смертности в России в 2016 году // РИА Новости. – 2018. – 04.02. – Режим доступа: <https://ria.ru/society/20180204/1513965374.html> (Дата обращения – 08.01.18.)
5. *Витулкас Дж.* Новая модель здоровья и болезни / Пер. с англ. – М.: Издательская группа «АРИНА», 1997. – 306 с.
6. *Вишневский А.Г., Андреев Е.М., Тимонин С.А.* Влияние болезней системы кровообращения на демографическое развитие Российской Федерации // Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Аналитический вестник / Аналитическое управление Аппарата Совета Федерации. – М., 2015. – № 44 (597). – С. 61–78. – Режим доступа: <http://council.gov.ru/media/files/vDAae8RIETGBbkLMUIOake2keXyvvYi5.pdf> (Дата обращения – 29.01.18.)
7. *Ворошилин С.И.* Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. – 2014. – № 2. – С. 24–32.
8. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний на 2013–2020 гг. / ВОЗ. – 2014. – 107 с. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf;jsessionid=08C9070F1BAD61FCB399CC170BA13AB8?sequence=5 (Дата обращения – 12.01.18.)

9. Голодец рассказала о невероятном разбросе цифр по продолжительности жизни в России // RT. – 2018. – 30.03. – Режим доступа: <https://russian.rt.com/russia/news/498173-rossiyane-prodolzhitelnost-zhizni> (Дата обращения – 27.01.18.)
10. 10 ведущих причин смерти в мире / ВОЗ. Центр СМИ. – 2017. – Янв. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Дата обращения – 08.01.18.)
11. Десятикратный рост числа детей и подростков с ожирением за последние 40 лет: новое исследование Имперского колледжа в Лондоне и ВОЗ / ВОЗ. Центр СМИ. – 2017. – 11.10. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/detail/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who> (Дата обращения – 08.01.18.)
12. Диабет / ВОЗ. Центр СМИ // Информационный бюллетень. – 2016. – Ноябрь. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (Дата обращения – 20.01.18.)
13. Диетолог: Россию ожидает эпидемия ожирения // Национальная служба новостей. Общество. – 2018. – 27 февраля. – Режим доступа: <http://nsn.fm/society/dietolog-ozhirenie-mozhet-prevratitsya-v-epidemiyu.html> (Дата обращения – 08.12.17.)
14. Димов А.С. О социальной доминанте в происхождении болезни // Социология медицины. – 2014. – № 2. – С. 30–32.
15. Динамика самоубийств в России – Демоскоп // Демоскоп Weekly. – 2004. – 7–20 июня. № 161–162. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0161/analit01.php> (Дата обращения – 08.01.18.)
16. Евсеева Я.Е. Успешное старение: История и современность // Человек. Образ и сущность. – 2016. – № 3/4. – С. 128–139.
17. Изменение климата и здоровье человека / ВОЗ. – Режим доступа: <http://www.who.int/globalchange/climate/ru/> (Дата обращения – 22.03.18.)
18. Как преодолеть отставание России по продолжительности жизни? Круглый стол Института демографии НИУ ВШЭ и редакции журнала «Демографическое обозрение». – 2015. – 17 апр. – 198 с. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0639/nauka03.php> (Дата обращения – 10.01.18.)
19. Колосницына М., Хоркина Н. Государственная политика активного долголетия: о чем свидетельствует мировой опыт // Демографическое обозрение. – 2016. – Т. 3, № 4. – С. 27–46. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gosudarstvennaya-politika-aktivnogo-dolgoletiya-o-chem-svidetelstvuet-mirovoy-opyt> (Дата обращения – 06.02.18.)
20. Комаров Ю. Ушли глубоко в тыл. Недовольство медпомощью вызвано неверными управленческими решениями // Российская газета. RG.RU. – 2018. – 13.03. – Режим доступа: <https://rg.ru/2018/03/12/nedovolstvo-medpomoshchiu-vyzvano-nevernymi-upravlencheskimi-resheniami.html> (Дата обращения – 08.01.18.)
21. Краснова В., Механик А. На фронте и в тылу российской медицины // Эксперт.ru. – 2015. – № 38 (957), 14 сент. – Режим доступа: <http://expert.ru/expert/2015/38/na-fronte-i-v-tylu-rossijskoj-meditsiny/> (Дата обращения – 02.03.18.)

22. Кто оплатит гуманизм Обамы? // Slon.ru. – 2009. – 17.08. – Режим доступа: https://republic.ru/world/kto_oplatit_gumanizm_obamy-112285.xhtml (Дата обращения – 05.02.18.)
23. Кудрин А., Гурвич Е. Старение населения и угроза бюджетного кризиса // Демоскоп Weekly. – 2012. – № 511–512, 21 мая – 3 июня. – Режим доступа: www.demoscope.ru/weekly/2012/0511/analit01.php (Дата обращения – 08.02.18.)
24. Материнская смертность // Википедия. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Материнская_смертность (Дата обращения – 03.03.18.)
25. Минтруд: доля людей пенсионного возраста в России вырастет до 27% к 2025 году / ТАСС // Активный гражданин. – 2017. – 5 окт. – Режим доступа: <http://tass.ru/obschestvo/4619565> (Дата обращения – 07.02.18.)
26. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения – 18.03.18.)
27. Огромное отставание от развитых стран не преодолено // Демоскоп Weekly. – 2017. – 4–7 дек., № 751. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0751/tema05.php> (Дата обращения – 08.01.18.)
28. Оман А. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения // Проблемы народонаселения. О демографических проблемах стран Запада. – М., 1977. – С. 57–91.
29. Платное обслуживание населения в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. – М., 2017. – 110 с. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/plat17.pdf (Дата обращения – 16.01.18.)
30. Пожилое население России: проблемы и перспективы. Социальный бюллетень. Март 2016 / Аналитический центр при Правительстве России. – 2016. – 44 с. – Режим доступа: <http://ac.gov.ru/files/publication/a/8485.pdf> (Дата обращения – 16.03.18.)
31. Психическое здоровье – состояние благополучия / ВОЗ. – 2014. – Август. – Режим доступа: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/ru/ (Дата обращения – 14.01.18.)
32. Расстройства аутистического спектра [РАС] / ВОЗ. Центр СМИ // Информационный бюллетень. – 2016. – Февраль. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (Дата обращения – 06.03.18.)
33. Рецепт в будущее // Коммерсант.ru. Приложения. Здравоохранение. – 2017. – № 97 (6091), 02.06. – Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/apps/110482> (Дата обращения – 16.04.18.)
34. Решетников М.М. Психическое здоровье населения – современные тенденции и старые проблемы // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 1 (17). – С. 9–15.
35. Розанов В.А. Самоубийства, психосоциальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2014. – № 2. – С. 28–39.
36. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Абдин, С.Г. Боярский, С.В. Сажина. – М., 2016. – 67 с. – Режим доступа: <https://>

- www.hse.ru/data/2016/06/21/1116116168/Здравоохранение.pdf (Дата обращения – 16.01.18.)
37. Российское здравоохранение признано неэффективным... // НГ. Сценарии. – 2016. – 30.09. – Режим доступа: http://www.ng.ru/economics/2016-09-30/1_health.html (Дата обращения – 09.03.18.)
 38. Скорцова: продолжительность жизни мужчин в России выросла на 7,5 года // РИА Новости. Общество. – 2015. – 02.10. – Режим доступа: <https://ria.ru/society/20151002/1295379439.html> (Дата обращения – 16.03.18.)
 39. Смертность выросла: Счетная палата подвела неутешительные итоги реформы здравоохранения // НТВ. – 2015. – 14.04. – Режим доступа: <http://www.ntv.ru/novosti/1393203/> (Дата обращения – 08.01.18.)
 40. Статистика депрессии – Проект о Жизни. – Режим доступа: <http://lossofsoul.com/DEPRESSION/statistic.htm> (Дата обращения – 10.01.18.)
 41. Статистическая информация. Социально значимые заболевания населения России в 2015 году. – М., 2016. – 67 с. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/6686-statisticheskaya-informatsiya> (Дата обращения – 22.01.18.)
 42. Страдающих ожирением россиян стало вдвое больше – Mir24.tv // 24 МИР. – 2017. – 06.06. – Режим доступа: <https://mir24.tv/news/16196199> (Дата обращения – 09.01.18.)
 43. Счетная палата раскритиковала российскую реформу здравоохранения... // Forum.msk.ru. – 2017. – 21.06. – Режим доступа: <https://forum-msk.org/material/news/13358294.html> (Дата обращения – 15.03.18.)
 44. Татьяна Голикова указала на сокращение финансирования в 2017 году на 43% // Медвестник. Портал российского врача. – 2017. – 08.11. – Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Tatyana-Golikova-ukazala-na-sokrashenie-finansirovaniya-zdravoohraneniya-v-2017-godu-na-43.html> (Дата обращения – 10.03.18.)
 45. У смерти мужское лицо // Коммерсант.ru. Приложения. – 2017. – 02.06. – Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/3306440> (Дата обращения – 07.04.18.)
 46. Ученые: Социальные расходы улучшают здоровье даже больше медицинских... // Life#Наука. – 2017. – 22.01. – Режим доступа: https://life.ru/t/%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA%D0%B0/1081086/uchionnye_sotsialnye_raskhody_uluchshaiut_zdorovie_dazhie_bolshie_mieditsinskikh (Дата обращения – 01.02.18.)
 47. Финансирование систем здравоохранения: Доклад о состоянии здравоохранения в мире: финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью / ВОЗ. – 2013. – XXII + 106 с. – Режим доступа: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/87372> (Дата обращения – 06.01.18.)
 48. Устав [Конституция] Всемирной организации здравоохранения. Преамбула. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901977493> (Дата обращения – 07.03.18.)
 49. Хоркина Н.А., Филиппова А.В. Физическая активность пожилых людей как объект управляющего воздействия государства // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2015. – № 2. – С. 197–222.

50. Частота самоубийств в США поставила новый рекорд // Life.ru... – 2016. – 25.04. – Режим доступа: https://life.ru/t/наука/403597/chastota_samoubiistv_v_ssha_postavila_novyi_riekord (Дата обращения – 06.04.18.)
51. Чен М. Ожирение и диабет: замедленная катастрофа: Вступительный доклад на 47-м заседании Национальной академии медицины / ВОЗ. Генеральный директор. – 2016. – 17.10. – Режим доступа: <http://www.who.int/dg/speeches/2016/obesity-diabetes-disaster/ru/> (Дата обращения – 17.03.18.)
52. Шилова Л.С. Практики самолечения российского населения. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/praktiki-samolecheniya-rossiyskogo-nasele-niya.pdf> (Дата обращения – 09.02.18.)
53. Шляффер С.И. Анализ состояния здоровья и оказания медицинской помощи сельскому населению Российской Федерации // Медицина. – 2016. – № 3. – С. 1–11.
54. Almost 1 adult in 6 in the EU is considered obese – Europa EU // Eurostat. News Release. – 2016. – 20 Oct. – Mode of access: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700898/3-20102016-BP-EN.pdf/c26b037b-d5f3-4c05-89c1-00bf0b98d646> (Дата обращения – 08.01.18.)
55. Arrow Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // The American Economic Review. – 1963. – Vol. 53, N 5, December. – P. 141–149.
56. As Baby Boomers Age, There's A Health Care Crisis On The Horizon For American Seniors // THINKPROGRESS. – 2013. – May 29. – Mode of access: <https://thinkprogress.org/as-baby-boomers-age-theres-a-health...> (Дата обращения – 16.03.18.)
57. Brown F. In praise of U3 A // The Guardian. – 2015. – 10 April.
58. Cheers? Understanding the relationship between alcohol and mental health // Mental Health Foundation. – 2006. – Mode of access: <https://www.amazon.com/Cheers-Understanding-Relationship-Between-Alcohol/dp/1903645832> (Дата обращения – 13.03.18.)
59. Dang T., Antolin P., Oxley H. Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-Related Spending. – 2001. – 57 p. – (OECD Economics Department Working Papers; N 305). – Mode of access: <https://econpapers.repec.org/paper/oecdea/305-en.htm> (Дата обращения – 23.03.18.)
60. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. – Geneva: World Health Organization, 2017. – 24 p. – Mode of access: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/ (Дата обращения – 01.04.18.)
61. Depression in the Western World – Life Works // Life Works. – Mode of access: <https://www.lifeworkscommunity.com/mental-health-knowledge-centre/depression/depression-in-the-western-world.html> (Дата обращения – 12.02.18.)
62. Facts and Statistics – Autism Society // Autism Society. – 2015. – August 26. – Mode of access: <https://www.autism-society.org/what-is/facts-and-statistics/> (Дата обращения – 26.03.18.)
63. Gender Issues in Health Sector // Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University. – 2015. – 10–18 April. – P. 10–17.
64. Global AgeWatch Index 2015: Insight report // Global AgeWatch Index. Global AgeWatch Index 2015: Insight report. – 2015. – Mode of access: <https://www.autism-society.org/what-is/facts-and-statistics/> (Дата обращения – 21.03.18.)

65. Go for Life Grant Scheme – Age and Opportunity. – Mode of access: <http://ageandopportunity.ie/what-we-do/physical-activity-sport/go-for-life-grant-scheme> (Дата обращения – 26.03.18.)
66. Growing the European Silver Economy. European Commission: Background paper. – 2015. – 23 February. – 29 p. – Mode of access: <http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/silvereco.pdf> (Дата обращения – 07.03.18.)
67. Healthy life expectancy [HALE] // Global Health Observatory indicator views. Healthy life expectancy [HALE] at birth [years] [Mortality and global health estimates]. Data by country. – Mode of access: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/ (Дата обращения – 02.03.18.)
68. *Herzer D., Nunnenkamp P.* Income Inequality and Health: Evidence from Developed and Developing Countries // *Economics. The Open-Access, Open-Assessment E-Journal*. – 2014. – November 12. – Mode of access: <http://www.economics-ejournal.org/economics/discussionpapers/2014-45/file> (Дата обращения – 15.03.18.)
69. Labour warns of NHS 'disaster' as 100,000 jobs across organisation lie empty // *The Independent*. – 2017. – 20 December. – Mode of access: <https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/nhs-jobs-posts-labour-warning-empty-winter-jonathan-ash-worth-a8116771.html> (Дата обращения – 14.03.18.)
70. Life expectancy // Global Health Observatory. Life expectancy. – Mode of access: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/ (Дата обращения – 19.01.18.)
71. *Marušić A.* Global health – multiple definitions, single goal // *Ana 1 st. Super Sanita*. – 2013. – Vol. 49, N 1: Commentary. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23535123> (Дата обращения – 18.03.18.)
72. Monitoring the health goal – indicators of overall progress. – Mode of access: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_Chapter3.pdf (Дата обращения – 26.03.18.)
73. Obesity among all US adults reaches all-time high // *CNN Health*. – 2017. – October 17. – Mode of access: <https://edition.cnn.com/2017/10/13/health/adult-obesity-increase-study/index.html> (Дата обращения – 08.03.18.)
74. Population ageing: main facts // *Global Aging Consulting*. – 2017. – 1 May. – Mode of access: <http://www.globalagingconsulting.com/consulting/population-ageing-main-facts/> (Дата обращения – 18.03.18.)
75. Race, Obesity, Poverty, and IQ // *NotPoliticallyCorrect*. – Mode of access: <https://notpoliticallycorrect.me/.../race-obesity-and-poverty/>
76. Reimagining global health: an introduction / [edited by Paul Farmer [et al.]; Univ. of California press, Ltd. – London, England, 2013.
77. Religious involvement and U.S. adult mortality // *PubMed*. – 1999. – May. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10332617> (Дата обращения – 22.01.18.)
78. *Sandul Yasobant.* Comprehensive public health action for our aging world: the quintessence of public health policy // *Journal of International Medical Research*. – 2018. – Vol. 46 (2). – P. 555–556.

79. Social determinants of mental health. – Geneva: World Health Organization, 2014. – 52 p. – Mode of access: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1 (Дата обращения – 22.01.18.)
80. *Terris M.* The Epidemiologic Revolution, National Health Insurance and the Role of Health Departments // *American Journal of Public Health.* – 1976. – N 66 (12). – P. 1156–1170.
81. Understanding Gender and Health. Old Patterns, New Trends, and Future Directions – QMplus. – Mode of access: https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP50221.html (Дата обращения – 23.01.18.)
82. US life expectancy declines for first time in 20 years // *BBC News.* – 2016. – Mode of access: <http://www.bbc.com/news/world-us-canada-38247385> (Дата обращения – 16.03.18.)
83. *Wilkinson R., Pickett K.* The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better. – London: Allen Lane, 2009. – 374 p.
84. World Health Statistics. Monitoring Health for the SDGs [Sustainable Development Goals] / World Health Organization. – 2016. – 121 p. – Mode of access: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/ (Дата обращения – 26.02.18.)

Ю.В. Никуличев

ГЛОБАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Аналитический обзор

Корректор О.П. Дормидонтова
Компьютерная верстка
Н.М. Власова

Гигиеническое заключение
№ 77.99.6.953.П.5008.8.99 от 23.08.1999 г.
Подписано к печати 20/VIII-2018 г. Формат 60х84/16
Бум. офсетная № 1 Печать офсетная
Усл. печ. л. 4,25 Уч.-изд. л. 3,5
Тираж 300 экз. (1 – 100 экз. – 1-й завод)
Заказ № 61

**Институт научной информации
по общественным наукам РАН,**
Нахимовский проспект, д. 51/21,
Москва, В-418, ГСП-7, 117997

**Отдел маркетинга и распространения
информационных изданий**
Тел.: +7(925) 517-3691
E-mail: inion@bk.ru

Отпечатано по гранкам ИНИОН РАН
ООО «Амирит»
410004, Саратовская обл.,
г. Саратов, ул. Чернышевского, д. 88, литера У