

М.А. Положихина, Л.А. Дартау

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ

Со второй половины XX в. благодаря социально-экономическому прогрессу и достижениям медицины произошло резкое и значительное увеличение продолжительности жизни людей, а также рост доли старших возрастов в структуре населения. Данные тенденции более выражены в развитых странах, где численность лиц пожилого возраста уже приблизилась к трети населения¹. Но и в развивающихся странах этот процесс набирает силу.

Такие глобальные изменения специалисты называют «вторым демографическим переходом» [Роик В., 2001, с. 15]. Связанные с ним эффекты требуют значительных изменений многих сторон общественной жизни, в том числе и отказа от сложившихся представлений о лицах пожилого возраста, их возможностях и потребностей. Речь идет о подходах к медико-социальному обслуживанию лиц пожилого возраста, организации систем здравоохранения и служб социальной защиты населения, взглядов на здоровье и жизнь человека в целом.

¹ В данной работе понятия «лица пожилого возраста», «лица старших возрастов» и «лица старше трудоспособного возраста» используются как синонимы. В статистике ООН и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) категория «пожилые люди» охватывает людей в возрасте старше 60 лет. В статистике большинства европейских стран в эту категорию входят люди старше 65 лет. В отечественной статистике в категории «лица старше трудоспособного возраста» учитываются женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет. В результате расхождений между методами статистического учета при прямых сравнениях данные по России являются несколько завышенными по отношению к странам с более поздним сроком выхода на пенсию.

Согласно определению ВОЗ, здоровье человека – это полное психическое, физическое и социальное благополучие индивида, а не только отсутствие болезней и физических недостатков. Состояние здоровья является одним из основных факторов, от которого зависит выстраивание жизненных стратегий человека, особенно в пожилом возрасте [Роик В., 2011, с. 19]. В настоящее время вполне осознается, что проблемы здоровья пожилого населения (как и любой другой группы населения) являются комплексными и имеют ряд особенностей. Боль и другие физические страдания, беспомощность, одиночество и социальная изоляция – таковы зачастую, повседневные реалии «финального периода жизни» многих людей. Согласно международным рекомендациям, для преодоления этих явлений необходимо сотрудничество различных государственных институтов, общественных организаций и семей, органов здравоохранения и служб социальной защиты населения. Рост затрат на уход и лечение стареющего населения требует проведения государственной политики, направленной на повышение эффективности использования ограниченных ресурсов и согласование действий различных субъектов, обеспечивающих потребности пожилых людей. Кроме того, необходимы определенные усилия, направленные на адаптацию общества к условиям стареющего мира, активизацию человеческого потенциала пожилых людей и изменение представлений об образе жизни в этом возрасте.

Современные научные взгляды на жизнь и здоровье человека

Согласно одному из постулатов биологии, вид, по определению, бессмертен, но жизнь отдельного организма конечна и продолжается в ограниченном для данного вида интервале времени. При этом в реальных условиях живой природы большинству представителей любого вида не дано реализовать свой потенциал долголетия.

Графическое изображение зависимости от времени количества живущих особей определенного вида, одновременно появившихся на свет, называется «кривой выживания». График изменяется от первоначального значения (принимаемого для единообразия за 100%) до нуля в момент ухода из жизни последнего представителя данной когорты. Для разных видов «условно типичные» кривые выживания варьируют от сильно вогнутых, которые отражают значительные потери членов популяции в молодых возрастах (харак-

терные, например, для рыб) до практически «прямоугольных», соответствующих характеру выживания лабораторных животных, жизни которых ничто не угрожает.

С этой биологической точки зрения человечество в своем эволюционном развитии прошло несколько этапов. Многие тысячелетия оно существовало в относительно суровых условиях дефицита продуктов питания, практически непрерывных войн и эпидемий, а также отсутствия здравоохранения как такового. До середины XIX в. в Европе только четверть новорожденных доживало до пятилетнего возраста, а продолжительность жизни большинства взрослых людей редко превышала 30-летний рубеж. Этому этапу отвечает глубоко вогнутая «кривая дожития»¹ (кривая 1 на рис. 1).

С открытием бактериальной природы большинства инфекционных заболеваний, созданием и повсеместным применением с 1850 г. технологий иммунизации (против оспы, холеры и т.д.) возраст дожития людей увеличился до 50 лет, а прогиб кривой дожития уменьшился (кривая 2 на рис. 1). Добавленные к возрасту дожития 20 лет, причем в период наибольшей физической, профессиональной и творческой активности личности, способствовали значительному ускорению научно-технического прогресса и процессам индустриализации общества.

Наконец, с появлением в 30-е годы XX столетия антибиотиков, средств асептики и антисептики, обезболивающих препаратов, детская смертность снизилась (практически до нуля в развитых странах), а взрослые перестали умирать от большинства травм и оперативных вмешательств. В результате к 1970 г. ожидаемая продолжительность жизни в странах послевоенной Европы (и в СССР в том числе) достигла 70 лет. В когортах населения, сформированных из индивидов по одному и тому же году рождения, в возрастах до 40 лет потери стали незначительны.

Кривая дожития современного человека приблизилась к кривой выживания лабораторных животных (кривая 3 на рис. 1). До 40 лет доживают практически все, до 70 лет – почти половина, а время исчезновения последнего представителя когорты приближается к 100–120 годам или видовой продолжительности жизни.

¹ По этическим соображениям так называют кривую выживания для биологического вида «человек».

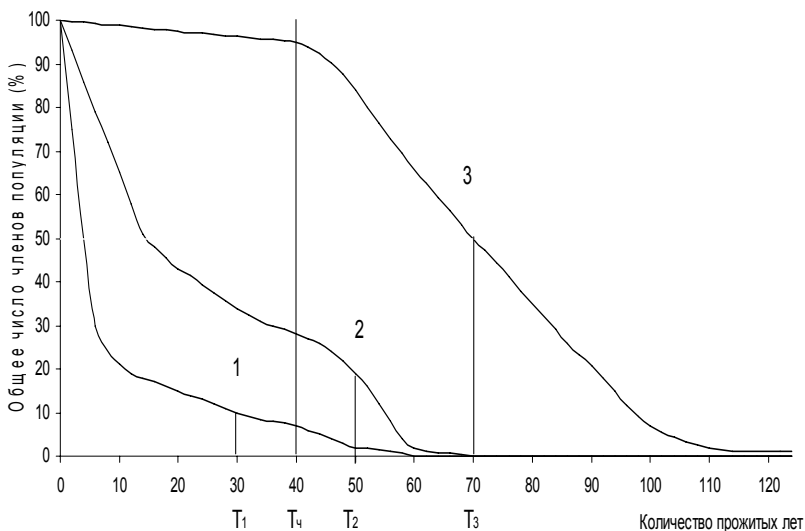


Рис. 1. Трансформация «кривой дожития» человека в процессе развития цивилизации. Источник: болезни [Дартау Л.А., 2012, с. 513, 514]

Таким образом, в значительной степени благодаря достижениям микробиологии и медицинских наук современное человечество во многом избавилось от преждевременной смерти. Но столкнулось с проблемой «смерти от старости» и изменением структуры заболеваемости, в которой стали доминировать хронические неинфекционные болезни [Дартау Л.А., 2012, с. 513, 514]. Основными причинами смерти в настоящее время являются болезни сердца и нарушения системы кровообращения (включая инсульты), а также злокачественные опухоли и нарушения иммунной системы.

Многие ученые сейчас рассматривают человеческую жизнь как генетически заданный процесс саморазвития, функционирования и саморазрушения его организма. Соответственно, в биологическом развитии человека выделяют три основных периода: эволюционный (детство), стабильный (взрослость) и инволюционный (старость). Существует свыше двухсот научных гипотез, пытающихся объяснить механизм старения и возрастные изменения в организме. Однако почему все же человек стареет, достоверно не известно до сих пор. Тем более, что старение каждого человека имеет свои ин-

дивидуальные особенности. А биологический возраст далеко не всегда совпадает с календарным [Андрианов В., 2011, с. 88, 90, 96].

Один из подходов представляет человека как биологическую открытую систему, обменивающуюся с окружающей средой веществом, энергией и информацией. Общим для всех таких систем является свойство гомеостаза – способность поддерживать некоторые из атрибутов обмена на постоянном уровне в течение всего периода существования конкретной особи. Данное постоянство обеспечивается рядом органов (тканей или подсистем), называемых механизмами гомеостаза, за счет регулирования и балансировки входящих и выходящих потоков, т.е. в результате управления ими. Нарушение механизмов гомеостаза ведет к ослаблению защитных сил организма, его болезням, старению и смерти.

В организме человека насчитывается более 1000 существенных переменных, для поддержания которых эволюционно сформированы соответствующие контуры управления, а для воздействия на потоки вещества, энергии и информации существует более 55 000 гомеостатических механизмов, таких как: сердце, легкие, железы внутренней секреции и пр. До определенного момента согласованная деятельность этих механизмов обеспечивает человеку «естественное» здоровье, создавая иллюзию безусловности его ежедневного восстановления. Но примерно в 40 лет наступает период истощения ресурсов гомеостаза. Одним из объяснений данного факта служит отсутствие у природы «интереса» к поддержанию жизнедеятельности особи, которая успела дать потомство и вырастить детей до возраста физиологической и социальной зрелости [Дартау Л.А., 2012, с. 515]. Дальнейшее замедление адаптационно-регуляторных процессов не позволяет компенсировать внутренние нарушения, что ведет к нарастанию кардинальных изменений в организме человека и, в конечном итоге, к его гибели [Андрианов В., 2011, с. 93–94].

Однако искусственно созданный «лабораторный» формат существования человека позволяет искусственным же путем (или сознательно) сохранять ресурсы механизмов гомеостаза и адаптационные возможности, отодвигая тем самым временные рамки биологического старения организма. В настоящее время признанными являются два способа: медицинский (традиционный) и поведенческий. Но продлевая молодость и здоровье человека, нельзя предотвратить его уход из жизни. Из осознания неизбежности смерти каждого человека следует необходимость обеспечения его достойного ухода из жизни. Эти три направления: медицинское и поведенческое продление здоровой жизни человека, а также обеспечение

достойного ухода из жизни – составляют политику активного долголетия. Ее целью является не просто увеличить продолжительность человеческой жизни, а сделать максимально большим период здоровой, физически и социально активной, комфортной жизни.

Борьба за долголетие: Возможности и ограничения

С древнейших времен человечество пыталось найти рецепты сохранения молодости и дееспособности [Андрианов В., 2011, с. 100–101]. Соответствующее развитие науки и практики шло по двум направлениям: омоложение состарившегося организма и замена старых, вышедших из строя органов. В настоящее время практически все направления медицины, так или иначе, ориентированы на поддержание в функционирующем состоянии органов человека (например, различные виды протезирования, слуховые аппараты и т.д.). Но в наибольшей степени борьбе с «болезнями старости» способствует развитие следующих видов медицинской помощи – высокотехнологичной хирургии и гериатрии (геронтологии).

Благодаря применению *высоких технологий в современной хирургии* освоены сложнейшие операции по замене вышедших из строя органов человека, включая пересадку органов (от одного человека к другому) и имплантирование искусственных органов. Например, отработаны и доступны офтальмологические операции при лечении катаракты, состоящие в замене помутневшего хрусталика глаза искусственным. Достаточно широкое распространение получили операции на сердце: коронарное шунтирование и установка искусственных клапанов сердца, кардиостимуляторов и т.д. В ряде стран мира (например, в Испании) достигнуты большие успехи по пересадке донорских органов и так далее.

Медицине также издавна известна специфичность болезней пожилых людей и методов их лечения. В конце XIX – начале XX в. как самостоятельные направления научного знания сформировались *геронтология*¹ и *гериатрия*². Но только после Второй миро-

¹ Геронтология (от греч. «geron» – «старик» и «logos» – «учение») – наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним. Термин введен в 1903 г. русским ученым-медиком И.И. Мечниковым.

² Гериатрия (от греч. «geron» – «старик» и «latreia» – «лечение») – область клинической медицины, занимающаяся лечением и профилактикой болезней людей пожилого и старческого возраста. Термин введен в 1909 г. работавшим в США ученым-медиком И.Л. Ношер.

вой войны начались фундаментальные исследования в области биологии старения и изучения социальных проблем старости. В последние годы эти направления привлекают все большее внимание исследователей. Развитие генной инженерии, изучение и использование стволовых клеток открывают возможности по «ремонту» человеческого организма на клеточном уровне. Существуют даже радикальные предложения по созданию искусственного человеческого тела [Андрианов В., 2011, с. 110]. Разрабатываются и менее революционные способы продления периода активной жизни, например, за счет приема витаминов и появившихся в последнее время биодобавок. Но все это требует еще проведения многих исследований и экспериментов.

Однако медицина не в состоянии вылечить все болезни человека, тем более – отменить смерть. В настоящее время по мере старения населения увеличивается число пожилых лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями или являющихся инвалидами. Причем пожилые люди зачастую имеют сочетание нарушения здоровья и расстройства функций, нуждаются в комплексном и специфическом лечении. Возможности же традиционного домашнего ухода за престарелыми родственниками становятся все более и более ограниченными. Соответственно, растет потребность в *паллиативной помощи*¹.

Возникновение паллиативной помощи в финальный период жизни было связано с потребностями облегчить страдания больных онкологическими заболеваниями, а ее предоставление – с условиями стационарных хосписов. Паллиативная помощь направлена на устранение боли и других мучительных симптомов, утверждает ценность жизни, но относиться к смерти как к естественному событию, не стремясь ни к ускорению, ни к отсрочке ее наступления.

В настоящее время паллиативное лечение в терминальной стадии становится частью общей политики охраны здоровья пожилых людей и неотъемлемым компонентом предоставляемых им медицинских услуг. В связи с этим возникает множество профес-

¹ По определению ВОЗ, паллиативная помощь – подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки [Совершенствование паллиативной помощи..., 2007, с. 14].

сиональных вопросов, включая подготовку специалистов по оказанию паллиативной помощи, источники и объемы финансирования, согласование работы различных структур и институтов. Паллиативная помощь должна быть доступной, разнообразной по форме (на уровне больницы, на дому, в домах-пансионатах для престарелых) и отвечать потребностям пациентов, что требует совместных действий органов здравоохранения и социальных служб.

Согласно определению ВОЗ, деятельность медицины и систем здравоохранения определяется их гуманистической ролью, связанной со снижением распространенности и уменьшением страданий, вызываемых основными болезнями, травмами и увечьями [Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А., 2011, с. 460]. Но увеличение продолжительности человеческой жизни за счет развития только этих традиционных направлений уже сдерживается определенными этическими и финансово-экономическими ограничениями.

Во-первых, хотя достижения медицины позволяют сохранить жизни, но о возвращении здоровья и активного образа жизни в большинстве случаев речь уже не идет. Например, за счет систем искусственного жизнеобеспечения можно длительное время поддерживать существование человека, находящегося в коме. Но можно ли считать это жизнью? В разных странах с разными этическими и культурными традициями по-разному определяется момент конца человеческой жизни. Соответственно, возникают противоречия между современными возможностями медицины, распространенными представлениями о гуманности и здравым смыслом. Разрешение или даже только понимание этих противоречий требует глубокого философского осмысления, широкого общественного обсуждения с привлечением специалистов из различных областей науки, практиков и политиков.

Во-вторых, хотя в развитых странах средняя продолжительность жизни в настоящее время уже превышает 80 лет, не наблюдается рост числа здоровых людей. Дольше стали жить люди с хроническими заболеваниями и инвалиды. Снижение смертности за счет вложения средств в высокотехнологичное лечение не только не приводит к улучшению популяционного здоровья человечества, а наоборот, увеличивает в популяции долю больных людей и инвалидов.

Именно по этим причинам в ряде западных стран начиная с 2001 г. сместились приоритеты в пользу паллиативного лечения ряда заболеваний больных в терминальной стадии и произошло «вынужденное» принятие законов об эвтаназии. При отсутствии

каких-либо гарантий со стороны системы здравоохранения относительно возвращения к нормальной жизни, граждане получили право на принятие самостоятельного решения о добровольном прекращении «бессмысленного» и «невозможного» с их точки зрения существования при помощи специалистов все той же системы здравоохранения.

В-третьих, современный процесс старения населения ведет к чрезмерному росту расходов граждан и государств на лекарства и лечение.

Априори предполагалось, что чем больше будет доля государственного бюджета, выделяемого на нужды здравоохранения, тем лучше будет здоровье населения и связанное с ним социальное благополучие. Однако, как оказалось, доля эта имеет предел (около 17% бюджета) и большинство развитых стран уже достигли его [Дартау Л.А. 1998, с. 126]. Дальнейшее же увеличение государственных расходов препятствует экономическому росту. Однако стареющее население с повышенной потребностью в медицинских и социальных услугах требует выделения на эти цели все больше и больше ресурсов. И разрыв между этими потребностями и возможностями увеличивается даже в развитых странах. В развивающихся странах проблема недостаточности материальных ресурсов для лечения лиц пожилого возраста стоит еще острее. Здесь возникает драматичная, по сути, дилемма: на охрану здоровья кого – детей или стариков – выделять средства?

Поэтому в настоящее время все больше внимания уделяется развитию поведенческих способов сохранения активного долголетия, заключающихся в формировании здорового образа жизни. Они являются менее затратными, но более эффективными, чем традиционные медицинские способы, так как приводят к увеличению числа здоровых людей.

Один из способов экономии затрат на здравоохранение связан с совершенствованием его организации. И во многих странах мира осуществляются реформы национальных систем оказания медицинской помощи. В связи с чем ВОЗ выступила со следующими предложениями.

1. Перейти от ориентации на расходы к ориентации на конечный результат – здоровье конкретного человека/конкретной популяции.

2. Осуществить децентрализацию средств до уровня территорий (общины) и создать механизмы широкого участия населения и общественности в принятии решений на всех стадиях. Первооче-

редному и бесплатному предоставлению подлежат только те виды медицинских услуг, которые дают очевидный и бесспорный результат и поддерживаются населением [Дартау Л.А. 1998, с. 127].

Проблемы формирования здорового образа жизни

Новым направлением современной науки стала валеология¹ – учение о здоровом образе жизни и адекватном реагировании организма на быстро меняющиеся условия. Валеология изучает уровень, потенциал и резервы физического и психического здоровья, а также методики, средства, технологии сохранения и укрепления здоровья. Главная задача валеологии – научить человека беречь свое здоровье с раннего детства. Ведь искусство продлить жизнь – это искусство не сокращать ее [Андрианов В., 2011, с. 108].

Проведенные к настоящему времени исследования доказали, что продолжительность жизни человека зависит:

- от образа жизни на 50–70%;
- от наследственности (в т.ч. образа жизни родителей) на 10–20%;
- от состояния окружающей среды на 10–20%;
- от уровня развития здравоохранения на 8–12%.

Согласно последним данным, вероятность ранней смерти снижают: физическая активность – на 37%; отказ от курения – на 35%; здоровое и рациональное питание – на 23%; умеренность в употреблении алкоголя – на 22%. Важное место в феномене долгожительства специалисты отводят также психологическому фактору [Андрианов В., 2011, с. 111–112]. Так, в перечень основных причин преждевременной смерти входит недостаточный и некачественный сон, неумение справляться со стрессом. Наконец, в ряде стран доказана эффективность усилий по уменьшению распространенности «вредных привычек», которые приводят, соответственно, к уменьшению заболеваемости того или иного вида [Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А., 2011, с. 462].

Однако, несмотря на очевидность и известность приведенных фактов, формирование здорового образа жизни встречает разнообразное, преимущественно психологическое сопротивление, как со стороны отдельных индивидуумов, так и сообществ в целом. И этому есть вполне объяснимые причины.

¹ От греч. «valeo» – «здоров» и «logos» – «учение».

Особенностью функционирования механизмов гомеостаза человеческого организма является то, что ни их резервные (временные) запасы, ни мощности не фиксируются и не могут быть автоматически им измерены. У здорового человека не возникает и не может возникнуть объективных поводов для обращения в медицинское учреждение. Практически отсутствует и рефлексия на тему здоровья, даже если человек проинформирован о пользе профилактики. А самое главное – здоровый человек, прикладывающий усилия для сохранения здоровья, никаких видимых признаков его улучшения не отмечает и не получает никаких доказательств того, что его усилия оправданы [Дартау Л.А., 2012, с. 514].

Кроме того, в человеческом организме предусмотрена «естественная» регулировка далеко не всех значимых параметров. Наглядным примером этому может служить увеличение массы тела. Человек видит, что «его стало больше». Он даже может количественно измерить результат отклонения от нормы. Однако созданного природой контура управления, который автоматически контролировал бы изменения веса и путем уменьшения аппетита возвращал бы вес к норме, он не имеет. Вероятно, природа просто не могла предусмотреть условия, в которых бы длительное время существовал избыток пищи. В то же время превышение нормальной массы тела способствует развитию ряда тяжелых заболеваний. Но для поддержания веса в норме требуется волевое, сознательное со стороны человека создание искусственного (виртуального) контура управления, функционирующего в соответствии с определенными научными принципами.

Ограничения на те или иные формы поведения или, наоборот, введение новых форм в повседневную жизнь человека может произойти только в результате обучения (воспитания) и получения соответствующих знаний. В первую очередь, знаний о причинах возникновения хронических неинфекционных заболеваний, которые развиваются бессимптомно в течение длительного периода времени. Более того, для реализации потенциала долголетия человеку недостаточно следовать разумным правилам здоровой жизни после 40 лет. Он должен заранее, до 40 лет сформировать и поддерживать в своей повседневной жизни определенное количество виртуальных контуров управления, которые и обеспечат ему возможность прожить долго. Другими словами, сформировать в эволюционный период «полезные привычки» и перевести из категории условных рефлексов в безусловные [Дартау Л.А., 2012, с. 515].

Очевидно, что это достаточно сложный и длительный процесс. Но вполне реальный. Так, внедрение в повседневную жизнь элементов личной гигиены – чистки зубов и мытья рук с мылом – потребовало около двух столетий. А их влияние на улучшение здоровья населения и снижение заболеваемости трудно переоценить. С учетом же современного уровня развития СМИ период формирования «полезных привычек» может быть в значительной степени сокращен. Главное – определиться в том, что конкретно следует пропагандировать, а что – дискредитировать, начиная с какого возраста и какими методами. И выделять на это средства, готовить методики и исполнителей.

Цель сохранения и укрепления здоровья индивида/популяции достижима лишь на системной основе, путем организации управления, включающего в качестве основных субъектов – гражданина и государственных институтов. Ведь любые попытки воздействия на организм человека со стороны других лиц, с ним не согласованные, обречены на неудачу. Индивидуум не должен рассматриваться как объект манипуляций, а признаваться равноправным субъектом (регулятором) управления своим здоровьем. *Человека нельзя назначить ответственным за его здоровье. Но разделить с ним эту ответственность – можно* [Дартау Л.А., 2012, с. 516].

Согласно формулировке ВОЗ, укрепление и охрана здоровья на протяжении всей жизни человека является сферой ответственности правительств и граждан. Оказание медицинской помощи и сохранение (укрепление) здоровья представляют собой два различных по сути вида деятельности, как в правовом отношении, так и в распределении ролей в треугольнике «государство – гражданин – система здравоохранения» [Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А., 2011, с. 461]. Каждый взрослый индивидуум должен осознанно и ответственно относиться к своему здоровью, а государственные институты – создавать условия для формирования «полезных привычек» и поддержания здорового образа жизни, а также оказывать необходимую помощь в критических ситуациях. Однако такое «перераспределение» ответственности требует изменений в различных видах деятельности (системе среднего и высшего образования, организации здравоохранения, занятий физкультурой и спортом, работе СМИ, служб социальной помощи и т.д.), а также трансформацию подходов к обязательному медицинскому и социальному страхованию.

Отечественные реалии и перспективы

Медико-социальная поддержка пожилых людей в России имеет давнюю историю, и ее развитие вполне соответствует мировым тенденциям.

Начало оказания социальной помощи пожилым людям относят к периоду становления Московского государства. Уже тогда призрение или забота о престарелых стало частью государственной внутренней политики [Косенко О.Ю., 2010, с. 17]. Развивалась и благотворительность частных лиц в этом направлении. Но масштабы и качество этой заботы никогда значительными не были.

К началу XX в. в России функционировала система социального обеспечения с достаточно развитым законодательством и сетью специальных учреждений, в которых оказывались специальные услуги старикам, в основном ориентированные на надзор и медико-социальную помощь [Косенко О.Ю., 2010, с. 17]. Хотя, конечно, трудно говорить о комфортности жизни в этих учреждениях. Но минимально необходимые условия для одиноких, больных и беспомощных пожилых людей они обеспечивали.

В советский период социальная помощь в основном оказывалась инвалидам, а позднее – и ветеранам Великой Отечественной войны. Хотя существовали специальные учреждения для проживания лиц пожилого возраста (дома-инвалидов и т.д.), однако основной уход за ними осуществлялся родственниками в семьях. Данные традиции во многом сохраняются в российском обществе и в настоящее время. Но значительно изменившиеся демографические и социально-экономические условия вынуждают менять как представления о направлениях социального обслуживания лиц пожилого возраста, так и практику оказания им социальных услуг.

Самостоятельной областью исследования проблемы лиц пожилого возраста в России стали в то же время, что и в других странах Европы. В конце XIX – начале XX вв. появились работы отечественных ученых (например, Д.И. Менделеева), посвященные вопросам старения, долголетия и смертности. Собственно же становление геронтологии в России связано с именами С.П. Боткина (1832–1889), И.П. Павлова (1849–1936) и особенно И.И. Мечникова (1845–1916). Благодаря исследованиям И.И. Мечникова русская геронтологическая школа вышла на мировой уровень. А ряд его идей о профилактике старения не потеряли своего значения и в наши дни [Андрианов В., 2011, с. 106].

В советский период изучение проблем долголетия продолжилось и даже активизировалось, в том числе в результате работ А.А. Богданова (1873–1928) и А.А. Богомольца (1881–1946). Под руководством последнего в 1938 г. в СССР была проведена одна из первых в мире научных конференций, посвященных проблемам старения. В 30–40-е годы прошлого века складываются научные геронтологические школы – киевская, харьковская, ленинградская, московская. В 1958 г. в Киеве в системе Академии медицинских наук СССР создается Институт геронтологии и гериатрии – головной отечественный научный центр по данной проблематике. В 1963 г. в СССР организовано Всесоюзное научно-медицинское общество геронтологов и гериатров, которое через три года вошло в Международную ассоциацию геронтологов [Андрианов В., 2011, с. 107].

Но, несмотря на определенные научные достижения в области изучения процессов старения человеческого организма, гериатрия и геронтология не вошли в клиническую медицину. Для этого в стране не было объективных условий. Во-первых, контингент нуждающихся в данной медицинской помощи был незначительным. Средняя продолжительность жизни в России до 1920-х годов не превышала 30 лет. Во-вторых, в прошлом преобладали большие крестьянские семьи, в которых о старшем поколении заботились дети и внуки. Уровень информированности о существовании гериатрии и сами ее возможности были крайне низкими. Наконец, государство не было заинтересованно в расширении этого направления. Основное внимание уделялось охране здоровья детей и женщин, а также работающего населения. Поэтому темпы внедрения в повседневную клиническую практику результатов научных исследований в области геронтологии были значительно более медленными по сравнению, например, с развитием педиатрии¹.

Проблемы охраны здоровья пожилых людей стали актуальными с 1970-х годов, когда средняя продолжительность жизни в СССР достигла 70 лет. В 1981–1990 гг. действовала общесоюзная комплексная программа научных исследований по геронтологии и гериатрии. Началась подготовка специалистов-практиков по этим направлениям. К началу 1990-х годов в стране стал возможен пе-

¹ Педиатрия (от греч. «pais / paidos» – «ребенок» и «latreia» – «лечение») – наука о детских болезнях, их лечении и профилактике. Особой отраслью медицины стала с 1860 г., когда Э. Джакоби основал первую детскую клинику в Нью-Йорке. В России термин ввел С.Ф. Хотовицкий, опубликовавший в 1847 г. руководство под названием «Педиятрика».

переход к оказанию повсеместной геронтологической (гериатрической) помощи (по аналогии с организацией педиатрической помощи). Но он так и не состоялся. Из-за распада СССР и коренной социально-экономической трансформации общества существовавшие структуры и связи были разрушены. Надо было создавать все заново.

Со второй половины 1990-х годов в России начался период восстановления социальных служб защиты населения, а также деятельности в области геронтологии и гериатрии. В значительной степени эти процессы стимулировала активизация международных усилий в сфере охраны здоровья пожилых людей. Так, 1999 г. был объявлен Международным годом пожилых людей, и тогда же прошел I Российский съезд геронтологов и гериатров. В 1995 г. был принят ряд законов, касающихся социального обслуживания лиц пожилого возраста. В 1996 г. – утверждена Федеральная целевая программа «Старшее поколение» на 1997–1999 гг. (продлена до 2000 г.) [Указ Президента РФ..., 1996].

Из-за сложных финансово-экономических условий данная программа была профинансирована только на 13%. Из запланированных 848,465 млн. руб. средства выделялись только в 1999 г. (87,97 млн. руб.) и в 2000 г. (163,8 млн. руб.). Из 45 программных мероприятий к середине 2000 г. были выполнены только 6, еще 17 находились в стадии выполнения [Воронов Ю.М., 2000, с. 146, 147]. Соответственно, результативность программы оказалась низкой.

Проведение в 2002 г. Второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения (Мадрид, Испания) вызвало новый всплеск интереса к этим вопросам в России. Была принята Федеральная целевая программа «Старшее поколение» на 2002–2004 годы. Профинансирована она уже полностью: из запланированных 329,1 млн. руб. было выделено 327,3 млн. руб. Активное участие в реализации данной программы приняли регионы. Однако подведению итогов выполнения запланированных мероприятий помешала очередная реорганизация органов исполнительной власти. Фактически функции организации контроля программы осуществляла ликвидационная комиссия. Но необходимая документация официально не была передана соответствующему государственному органу. Когда в 2004 г. срок реализации программы истек, Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию только сообщило о положительных результатах ее мероприятий.

В дальнейшем деятельность по социальной поддержке и охране здоровья лиц пожилого возраста в России была полностью передана субъектам Федерации. Хотя федеральные власти эпизо-

дически возвращаются к данной теме. Но проведению последовательной политики в области медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста препятствуют частые реорганизации государственных органов, отвечающих за нее.

С 2012 г. социальное обслуживание пожилых людей организационно отделено от медицинского – этим занимаются два разных министерства: Минтрудсоцразвития РФ и Минздрав РФ. Причем сфера компетенции Минтрудсоцразвития РФ значительно шире.

В настоящее время в России пожилые люди (пенсионеры) имеют право на компенсацию государством приобретения лекарств и расходов на дорогостоящее лечение, а также на бесплатные санаторные путевки. Реализация этих прав осуществляется *местными службами социального обеспечения*. Но организация предоставления лицам пожилого возраста причитающихся им льгот значительно различается по регионам, а кроме того, в целом, вызывает еще много нареканий.

Состояние социальных служб в России

Местные социальные службы обеспечивают обслуживание пожилых людей на дому (покупка продуктов, уборка квартир, приготовление пищи и т.д.). По данным опросов, именно этот вид социальных услуг считает наиболее ценным большая часть лиц пожилого возраста. В 2009 г. более 6 млн. одиноких пожилых людей нуждались в подобных социальных услугах. И далеко не всем из них они оказываются: в службах социального обеспечения не хватает кадров, высока текучесть персонала и низок уровень его подготовки. Охват нуждающихся в различных социальных услугах пожилых людей пока отстает от темпов увеличения численности этого контингента и роста его потребностей.

Наконец, в ведении Минтрудсоцразвития РФ находятся стационарные учреждения для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых. По данным официальной статистики в России действует более 1400 таких учреждений (1475 в 2010 г., 1411 – в 2011 г.), и их количество сокращается с 2007 г. Причем 1% из этих учреждений находится в аварийном состоянии, 2,1% – характеризуются как ветхие и 5,7% – нуждаются в реконструкции. Хотя по сравнению с 2008 г. положение улучшилось. Тогда 3% стационарных учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых находилось в аварийном состоянии, 4,3% – в ветхом, 10,5% – требовали реконструкции [Федеральная служба статистики]. Но все

равно, условия во многих из них далеки от желаемого, хотя есть и очень хорошие примеры.

В подобных учреждениях в настоящее время проживает около 245 тыс. человек. Количество мест (245 тыс. в 2011 г. и 249 тыс. в 2010 г.) остается практически стабильным с 2005 г. А вот численность нуждающихся в услугах стационарных специализированных учреждений постоянно растет. Хотя официально очередь в такие учреждения в 2011 г. насчитывала 18,1 тыс. человек, по оценкам, уже в 2009 г. около 4,5 млн. человек требовался постоянный уход и паллиативная помощь. По опросам же только около 10% пожилых людей предпочло бы (в случае необходимости) провести остаток жизни в специальных стационарных учреждениях.

Нынешнее количество стационарных учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых в России слишком мало. При невозможности увеличения государственных расходов на эти цели, единственным выходом является привлечение в данную сферу частного бизнеса. Для этого, например, можно рассмотреть вопросы о частичной или полной компенсации расходов на содержание пациентов в частных учреждениях данного типа (родственниками или государством). Но пока число негосударственных стационарных учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых незначительно – только 1% от их общего количества. К тому же предлагаемые негосударственные проекты выглядят не очень надежными (если не сказать, опасными) в глазах многих пожилых людей. Для преодоления негативного отношения к частным инициативам и обеспечения соблюдения прав лиц пожилого возраста требуются дополнительные государственные гарантии и более прозрачный (государственный и общественный) контроль.

Организацию лечения (т.е. замедления и преодоления) и профилактики возрастнo-ассоциированных заболеваний осуществляет Минздрав РФ. В этих направлениях за последние годы наблюдается определенный прогресс. Так, в 2011 г. понятие о паллиативной помощи было включено в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, а в 2012 г. был утвержден порядок ее оказания. С 2013 г. возобновляется тотальная диспансеризация всего взрослого населения, причем лиц старше 60 лет предполагается обследовать раз в три года. Увеличивается количество фельдшерско-акушерских пунктов и сельских амбулаторий, в которых может оказываться первичная медицинская помощь пожилым людям. Появляются новые формы обслуживания: выездные бригады (6,6 тыс. по состоянию на 2012 г.), стационары на дому

(на 232,4 тыс. коек соответственно) и домовые хозяйства первой помощи (7,0 тыс. соответственно).

Конечно, это позитивные изменения, но, к сожалению, по масштабам не очень значительные и сильно отстающие от реальных потребностей. Так, среди людей старше 60 лет уже сейчас много больных с хроническими заболеваниями. И им нужен не столько скрининг¹, сколько помощь узких специалистов и врачей-гериатров.

Сейчас в России действует 4 специальных НИИ и 31 геронтологический центр, издается специальная литература, включая периодическую. Однако, при наличии достаточно интересных и перспективных научных разработок, доступность геронтологических знаний и гериатрической помощи остаются невысокими. В стране насчитывается всего 1,39 тыс. специализированных геронтологических коек. А в Государственной программе развития здравоохранения в РФ до 2020 г. вообще нет раздела по геронтологии. Здесь преобладает исключительно отраслевой подход в виде лечения отдельных заболеваний [Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р].

Кроме того, остро не хватает специалистов-геронтологов и гериатров. Хотя организовано обучение врачей соответствующего направления в форме двухгодичной аспирантуры и 4-х месячных курсов переподготовки и повышения квалификации. За 2012 г. их прошли более 1 тыс. врачей из 83 регионов. Но все равно, этого крайне мало. Кроме того, количество высших учебных заведений, обучающих таким специальностям, составляет единицы.

Наконец, недооцениваются возможности санаторно-курортного лечения лиц пожилого возраста. А ведь в данном случае положительные эффекты для здоровья возникают не только за счет медицинских процедур, но и в результате действия социально-психологических факторов (общения с людьми своего возраста и т.д.).

Децентрализация организации медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста в России, когда решение большинства этих вопросов передано на уровень регионов, соответствует рекомендациям ВОЗ и в целом способствует более полному учету существующих потребностей. Но деятельность региональных и

¹ От англ. «screening» – «просеивание». В данном контексте имеются в виду профилактические обследования крупных контингентов населения с помощью недорогих методов, обладающих высокой пропускной способностью, для выявления относительно небольших групп повышенного риска, нуждающихся в дополнительных обследованиях.

местных властей в этом направлении плохо контролируется. По данным Минздрава РФ, в 2011–2013 гг. на цели поддержки лиц старшего возраста регионами будет выделено в целом 1 трлн. руб. Однако оценить, много это или мало и насколько отличается от потребностей, не представляется возможным.

Ситуация с медико-социальным обслуживанием пожилых людей сильно различается в крупных и малых городах и в сельской местности, а также в разных регионах. С одной стороны, существуют очень привлекательные примеры и инициативы. Например, с 2010 г. в Санкт-Петербурге собирается Международный форум «Старшее поколение». С 2006 г. развивается инициатива «Здоровые города» и т.д. С другой стороны – имеют место случаи жестокого отношения к старикам, равнодушия к их проблемам и безответственности по отношению к их здоровью, обмана и мошенничества. И общая картина по стране не складывается.

Кроме того, традиционно социальные и медицинские службы, в первую очередь, ориентировались на обслуживание больных и инвалидов. Повышению качества их жизни, например, посвящена действующая в России с 2011 г. программа «Доступная среда». И, конечно, внимание к этим проблемам должно сохраняться. Но переход к политике активного долголетия предполагает поддержку здоровых людей, что позволяет снизить в перспективе их заболеваемость и предотвратить инвалидность. А это требует смещения акцентов в деятельности органов государственной власти и управления, а также изменений в организации систем здравоохранения и социального обслуживания населения. В том числе предлагаются следующие меры.

1. Преобразование организации первичной медицинской помощи из двух-звенной (педиатрия – терапия¹) в трех-звенную (педиатрия – терапия – гериатрия), выделение гериатрической помощи в самостоятельный комплексный блок и превращение специальности «врач-гериатр» в массовую профессию.

Выделение гериатрии из клинической практики обосновано объективной спецификой возрастных потребностей в медицинских услугах. Их учет способствует оптимизации врачебной деятельности и повышению качества медицинского обслуживания. Примером тому может служить становление и развитие в России педиатрии.

¹ От греч. «therapeia» – «лечение, забота, уход». В данном контексте, основа клинической медицины, посвященная лечению внутренних болезней взрослых людей консервативными методами.

Опыт организации медицинской помощи в нашей стране имеет длительную историю. В декабре 1917 г. был принят Декрет об охране материнства и детства. В стране началось создание детских консультаций и специализированных амбулаторий. В 1948 г. в результате их объединения была сформирована уже повсеместная сеть специальных детских поликлиник, которая до настоящего времени составляет основу отечественной системы охраны здоровья подрастающего поколения. И может рассматриваться как успешный пример организации медицинской помощи.

Целесообразно действовать аналогично и по отношению к лицам пожилого возраста. Современное совмещение медицинского обслуживания контингента трудоспособного возраста и пожилых людей, которые имеют совсем другие потребности, не позволяет обеспечить соответствующий уровень медицинской помощи ни первым, ни вторым.

О необходимости выделения гериатрии из общемедицинской практики специалисты-геронтологи говорят давно. В Федеральной целевой программе «Старшее поколение» на 1997–1999 года уже предлагалось перепрофилировать поликлиники общего типа в геронтологические, либо создать в них геронтологические кабинеты (отделения). Но пока заметных шагов в этом направлении не делается.

Соответствующим реформам препятствует недостаточная концептуальная проработанность принципов построения отечественной системы здравоохранения. Проводимые в последние годы преобразования в качестве образца используют зарубежные модели организации медицинской помощи. А следовало бы в данном вопросе больше ориентироваться на собственный опыт (порой более успешный, чем в других странах) и внутренние потребности, более тщательно подходить к выбору образцов для подражания.

Например, в настоящее время в общемедицинскую практику внедряется модель «семейного» врача, в которой терапевт / педиатр полностью отвечает за здоровье пациента, регулируя его посещения других специалистов. Но данная схема не является универсальной. Она успешно работает при первичных осмотрах (на стадии выявления заболевания) или в небольших населенных пунктах с постоянным населением и низкой миграционной динамикой. В других случаях только создается дополнительная «бумажная» нагрузка на терапевтов / педиатров, которые в результате «не видят» тех пациентов, кому их помощь действительно нужна. А больным с хроническими заболеваниями терапевты / педиатры помочь не могут — здесь нужны профильные специалисты.

2. Совершенствование организации профилактической медицины для населения трудоспособного возраста.

Как уже отмечалось, не поддерживая здоровье в молодости невозможно сохранить его в старости. Поэтому проблемы охраны здоровья и организации медицинской помощи лицам пожилого возраста нельзя рассматривать изолированно от вопросов сохранения здоровья населения в трудоспособном возрасте.

По словам Министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой, более 50% причин смертей в России связано с деструктивным поведением людей, в том числе: 25% – с избыточным и нерациональным питанием, 17,1% – с курением, 11,9% – со злоупотреблением алкоголем, 9% – с низкой физической активностью. При этом пример Финляндии и Японии показывает, что за 10–20 лет можно достичь двукратного и более снижения смертности населения, главным образом, за счет профилактических мер, эффективность которых не просто сопоставима с эффективностью лечения, но и многократно превышает ее. По мнению специалистов, расходы на профилактическую медицину приносят доход в виде увеличения времени активной производительной деятельности и сокращения расходов по больничным листам. А снижение затрат на лечение больных людей в целом можно рассматривать как доход от развития национальной системы здравоохранения [Goryakin Y., 2013].

Но реализуемость профилактических мероприятий и их эффективность зависят не только от готовности медицинских учреждений и персонала, но и от осознанного участия в них граждан, даже в тот период, если они ощущают себя здоровыми. Достаточно значительные временные затраты и личностные усилия на осуществление профилактических действий определяют необходимость обеспечения заинтересованности в них самих людей. И для этого должны использоваться различные способы мотивации, в том числе правовые и экономические.

Например, предлагается заключать с совершеннолетним гражданином определенный договор, в котором были бы закреплены сферы ответственности гражданина и государственных структур и системы здравоохранения по охране здоровья. Предметом этого договора могла бы стать возможность получения информации о состоянии своего здоровья (скрининги на развитие / наличие хронических неинфекционных заболеваний, лабораторно-инструментальные дообследования в связи с попаданием в группу риска, консультации по возможностям коррекции обнаруженных отклонений в состоянии здоровья на стадиях «предболезни» и т.д.). А граждане,

в свою очередь, обязались бы регулярно проходить необходимые обследования. Условия договора могут быть и более жесткими, предусматривая отказ от «вредных привычек». Но тогда должен быть создан механизм контроля за соблюдением этих условий на основе объективных инструментальных измерений.

В случаях, когда гражданин соглашается (подписывает соответствующий договор) и выполняет условия договора, будущее его лечение должно быть преимущественно бесплатным. В случае, когда гражданин не подписывает договор или не выполняет его условия, то ему гарантируется только бесплатная скорая помощь. Возможны и другие варианты, в зависимости от объема взятых личных обязательств по охране здоровья, учета форс-мажорных обстоятельств и т.д. При этом объем взятых обязательств по желанию гражданина может меняться, с адекватным изменением соответствующих гарантий. Заключение подобных договоров (достаточно «прозрачных» для понимания в организационном плане) может осуществляться в рамках обязательного медицинского страхования.

Введение такой «договорной» практики с ограниченными экономическими санкциями повысит ответственность людей за состояние их здоровья. Кроме того, усилится мотивировка ведения здорового образа жизни. Наконец, здравоохранение будет иметь дело с информированными, а, следовательно, «дисциплинированными» партнерами, идущими на контакт на основе собственного выбора и отдающими себе отчет в том, на что они вправе рассчитывать. В свою очередь, государство, с одной стороны, экономит на снижении заболеваемости среди выполняющих условия договора граждан (согласно уже доказанному историческому опыту). А с другой стороны, зарабатывает на «несогласных», сохраняя при этом лицо. Предсказуем и переходный период, продолжительность которого зависит от согласованности деятельности по введению таких договоров и соблюдения государством принятых на себя обязательств.

Предлагаемый договор избавляет стороны от необоснованных претензий, разграничивая сферы ответственности в треугольнике «государство – гражданин – система здравоохранения» [Дартау Л.А., 2012, с. 516]. Он также позволяет четко разделить два вида деятельности: лечение заболевших и сохранение здоровья здоровых граждан.

3. Активизация процесса формирования «полезных» привычек и пропаганды здорового образа жизни.

Представляется, что формирование «полезных» для здоровья привычек, а также дискредитация ряда «вредных» следует начинать уже в начальной школе. Например, в начальных классах можно и

нужно проводить занятия, рассказывающие о вреде курения, показывать в День борьбы с курением доступные и эффективные научно-популярные фильмы по этому вопросу. В курс биологии старших классов целесообразно ввести раздел о старении человека и возможностях долголетия, факторах риска и правилах здорового образа жизни.

Причем, это должны быть не эпизодические уроки, а последовательно повторяющаяся тематика в разных классах (с домашними заданиями, контрольными и оценками уровня знаний на уроках), соответствующая возрастным особенностям учащихся. У окончивших среднюю школу юношей и девушек должны быть уже сформированы четкие представления о физиологических последствиях тех или иных видов поведения и об их влиянии на жизнь в старшем возрасте.

Кроме того, можно обсудить с деятелями культуры и искусства вопрос добровольного исключения из вновь создаваемых художественных произведений (особенно фильмов) сцен курения и употребления алкоголя и, по возможности, наоборот, введения сюжетов здорового образа жизни. Например, подобная самоцензура существует в США – в современных голливудских фильмах практически не бывает курящих или употребляющих алкоголь героев. С учетом того, что подрастающее поколение во многом копируют демонстрируемые на экране формы поведения, даже такая «пассивная» агитация будет способствовать распространению здорового образа жизни.

4. Расширение возможностей для ведения здорового образа жизни.

Нельзя не отметить, что в последние годы в России на разных уровнях наблюдается прогресс в создании условий для здорового образа жизни. Принят закон, ограничивающий места для курения; в регионах увеличивается количество спортивных объектов; пенсионерам предоставляются льготы для занятий физкультурой (например, в бассейнах) и т.д. Но резервы расширения условий для ведения здорового образа жизни, а, главное – потребности в этом, остаются еще значительными.

Например, в настоящее время очевиден общественный запрос на доступные методы коррективы веса тела. В сети интернет представлено огромное количество разнообразных диет для похудения, в СМИ рекламируются разнообразные препараты и аппараты, использование которых направлено на снижение веса. При этом квалифицированных специалистов по этим вопросам крайне мало. А те, кто разбирается в подобных проблемах, не очень доступны. Очевидно, что в настоящее время специалисты-

диетологи обязательно должны быть в учреждениях первичной медицинской помощи (особенно крупных городов), а также в санаторно-курортных учреждениях. Кроме того, целесообразно создание специальных консультаций по этим вопросам с привлечением частного капитала (как в случае косметических клиник).

Еще одно направление расширения условий для ведения здорового образа жизни связано с распространением лечебной физкультуры, особенно для лиц пожилого возраста. И здесь могут использоваться разные варианты: организация такой деятельности в поликлиниках и других медицинских учреждениях (или расширение существующей), в спортивных комплексах или бассейнах / стадионах, при общественных организациях и органах местной власти. Главное – вовлечение в занятия лечебной физкультурой как можно больше лиц пожилого возраста (конечно, в соответствии с их состоянием здоровья).

Причем создание условий для ведения здорового образа жизни не должно быть сферой ответственности исключительно государственных структур. Здесь вполне возможно и даже желательно участие как общественных, так и благотворительных организаций.

Обычно благотворительность ориентирована на помощь больным страдающим людям. Но уже доказано, что помощь здоровым людям «сейчас» уменьшает количество страдающих больных «потом». Поэтому деятельность благотворительных организаций может включать и данное направление. Например, может арендоваться часть спортивных объектов (или время занятий в них) для предоставления бесплатного доступа различным группам населения (детям, лицам пожилого возраста или всем желающим); устраиваться бесплатные «дни открытых дверей» на спортивных объектах, прокат спортивного инвентаря и т.д.

5. Развитие геронтологического просвещения.

В России в настоящее время помимо ряда специализированных периодических изданий (например, «Успехи геронтологии») существуют сайты в интернете (например, repcioner.ru), которые размещают актуальную информацию о достижениях геронтологии. Но общий объем традиционных и электронных информационных ресурсов для неспециалистов по этой проблематике слишком мал по сравнению с потенциальной аудиторией и недостаточно учитывает ее особенности.

В стране необходима организация широкого научно-популярного просвещения населения по вопросам активного долголетия и борьбы с возрастнo-ассоциированными болезнями. В этой

деятельности могут участвовать как социальные службы на местах, так и медицинские учреждения, особенно первичного звена. Например, в них могут распространяться бесплатные тематические брошюры, буклеты с информацией о доступных формах поддержания здоровья (в том числе перечень проводимых мероприятий; адреса организаций или спортивных объектов, предоставляющие возможности для подобных занятий и т.д.), проводиться соответствующие лекции и другие просветительские мероприятия.

Но пока в России проблемы здоровой жизни в пожилом возрасте и медико-социального обслуживания пожилых людей остаются «деликатной» темой [Лайдинен Н.В., 2010], которую стараются игнорировать (общество, не власть) в значительной степени из-за суеверных страхов и предубеждений. Больше всего люди в старости боятся одиночества и беспомощности. А для устранения этих угроз очень многое можно сделать даже без существенных финансовых затрат со стороны государства.

Развивающиеся глобальные процессы ведут к изменению места и роли пожилых людей в обществе. Активное долголетие продлевает период производительной деятельности человека и способствует повышению уровня благосостояния лиц старших возрастов. Они становятся значимой частью трудовых ресурсов, а их потребности – стимулом для развития бизнеса: новые растущие рынки товаров и услуг, возможности применения новейших технологий, новые рабочие места и специальности.

Однако проведение политики активного долголетия требует не только внимания со стороны государственных органов, но и общества в целом. Как парадоксально бы это не звучало, более рациональное отношение к жизни и менее эмоциональное – к старости и смерти человека, – ведет к дальнейшей гуманизации общественных отношений. И на первое место здесь выходит совершенствование медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста, направления которого должны соответствовать происходящим экономическим и социально-психологическим трансформациям.

Список литературы

1. Андрианов В. Социально-экономические и философские проблемы старения населения // Общество и экономика. – М.: Наука, 2011. – № 4–5. – С. 87–121.
2. Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения. – СПб.: Наука, 2008. – 434 с.

3. Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А. Социальное партнерство в деятельности по сохранению и укреплению здоровья: Обоснование с позиций системного анализа и теории управления // Труды VII Международной научно-практической конференции «Регионы России: стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития», (26–27 мая 2011 г., Москва) / РАН. ИНИОН; Отв. ред. Ю.С. Пивоваров. – М., 2011. – Ч. 1. – С. 460–464.
4. Воронин Ю.М. Отчет о результатах проверки в Минтрудсоцразвития РФ отдельных вопросов выполнения федеральной целевой программы «Старшее поколение» (1997–1999 годы) // Бюллетень Счетной палаты РФ. – М., 2000. – № 9 (33). – С. 146–151.
5. Государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ в 2004 г. / Минздравсоцразвития РФ, РАМН. – М., 2005. – Режим доступа: <http://www.worklib.ru/laws/ml02/pages/10013557.php>
6. Дартау Л.А., Захаров В.Н., Белоконов О.В., Осипенко А.П. Пожилое население России и управление в сфере медико-социальной защиты // Успехи геронтологии. – СПб.: Эскулап, 1998. – Вып. 2. – С. 126–132.
7. Дартау Л.А. Инновационный проект ИНУ РАН «Организационная технология ЭДИФАР» (в сфере государственной деятельности по управлению здоровьем) // Труды VIII Международной научно-практической конференции «Регионы России: стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития» (31 мая – 01 июня 2012 г., Москва) / РАН. ИНИОН; Отв. ред. Ю.С. Пивоваров. – М., 2012. – Ч. 1. – С. 512–517.
8. Косенко О.Ю. Развитие системы предоставления социальных услуг лицам пожилого возраста в России / Сев.-Кавк. акад. гос. службы. – Ростов н/Д, 2010. – 379 с.
9. Лайдинен Н.В. Пожилые люди в России: деликатная проблема // Социальный мир. – М., 2010. – № 39. – С. 13–14.
10. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 г. / Региональный общественный фонд помощи престарелым «Доброе дело». – М., 2007. – 44 с.
11. Постановление Правительства РФ от 29.01.2002 № 70 «О Федеральной целевой программе «Старшее поколение» на 2002–2004 годы» // Собрание законодательства РФ. – М., 2002. – № 6. – Ст. 578.
12. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «О Государственной программе развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.» // Собрание законодательства РФ. – М., 2012. – № 53 (ч. 2). – Ст. 8019.
13. Роик В. Второй демографический переход – важнейший вызов для пенсионного страхования и социальной политики государств в XXI в. // Человек и труд. – М., 2011. – № 1. – С. 15–21.
14. Роик В. Пожилой возраст. Попытка междисциплинарного подхода // Человек и труд. – М., 2006. – № 9. – С. 53–55.

15. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2005. – 40 с.
16. Стенографический отчет о заседании Президиума Государственного Совета РФ по вопросу социально-экономического положения пожилых людей 25 октября 2010 г., Московская область, Горки // Интернет-портал Президента РФ. Стенограммы. – Режим доступа: <http://news.kremlin.ru/transcripts/9332>
17. Указ Президента РФ от 13.06.1996 № 883 «О Федеральной целевой программе «Старшее поколение» на 1997–1999 годы» // Собрание законодательства РФ. – М., 1996. – № 25. – Ст. 3004.
18. Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ (с последующими редакциями) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» // Собрание законодательства РФ. – М., 1995. – № 32. – Ст. 3198.
19. Федеральный закон от 10.12.1995 № 195-ФЗ (с последующими редакциями) «Об основах социального обслуживания населения в РФ» // Собрание законодательства РФ. – М., 1995. – № 50. – Ст. 4872.
20. Федеральная служба статистики: Официальная статистика. Население. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
21. Щегорцов А.А. Стратегия долголетия // Труды VIII Международной научно-практической конференции «Регионы России: стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития» (31 мая – 01 июня 2012 г., Москва) / РАН. ИНИОН; Отв. ред. Ю.С. Пивоваров. – М., 2012. – Ч. 1. – С. 697–698.
22. О выполнении п. 20 перечня поручений Правительства РФ от 06.12.2010 № АЖ-П12–8307 [в рамках реализации п. 4 (пп. «а» и «б»)) перечня поручений Президента РФ Д.А. Медведева от 27.11.2010 № Пр-3464 ГС по итогам заседания Президиума ГС РФ 20.10.2010: Доклад / Минздравсоцразвития РФ, Минспорттуризма РФ, Минобрнауки РФ, Минрегиона РФ]. – М., 2012. – Режим доступа: <http://www.pandia.ru/text/77/21/68852.php> или <http://www.do.gendocs.ru/docs/index-394054.html> (Дата обращения 20.08.2013).
23. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2011 г. и на период до 2013 г. / Минздрав РФ. Главная. Министерство. Бюджет. – М., 2010. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/budget> (Дата обращения 20.08.2013)
24. Стенограмма заседания Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан 24 апреля 2013 г., Москва // Интернет – портал Правительства РФ. Структура. Органы при Правительстве РФ. Правительственная комиссия по вопросам охраны здоровья граждан. – Режим доступа: <http://government.ru/department/258/events/> (Дата обращения 20.08.2013).
25. Стенограмма совещания у Председателя Правительства РФ Д.А. Медведева по вопросам улучшения качества жизни пожилых людей 18 декабря 2012 г.,

- Санкт-Петербург // Интернет – портал Правительства РФ. Стенограммы. – Режим доступа: <http://government.ru/docs/21965> (Дата обращения 20.08.2013).
26. The effect of health on labour supply in nine former Soviet Union countries / Goryakin Y., Rocco L., Suhrcke M., Roberts B., McKee M. // The European journal of health economics. – S.L.: Springer-Verlin Berlin Heidelberg, 2013. – Mode of access: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10198-012-0455-y/fulltext.html> (Дата обращения 20.08.2013).