

DOI: 10.15838/esc.2019.4.64.13

УДК 314.44, ББК 60.7

© Нацун Л.Н.

Инвалидизация населения стран Европы как индикатор результативности их политики в сфере здравоохранения

**Лейла Натиговна****НАЦУН**

Вологодский научный центр РАН

Вологда, Российская Федерация, 160014, ул. Горького, д. 56а

E-mail: leyla.natsun@yandex.ru

ORCID: 0000-0002-9829-8866; ResearcherID: I-8415-2016

Аннотация. В работе представлен анализ показателей инвалидизации населения европейских стран, где прирост числа инвалидов в большей степени определяется высокой первичной инвалидностью лиц старших возрастов. Цель данной работы состоит в выявлении отличительных характеристик инвалидизации населения в группах стран Европы с разными уровнями экономического развития, а также проводящих различную политику в сфере здравоохранения. Для достижения поставленной цели решались следующие исследовательские задачи: группировка стран Европы; сравнительная оценка инвалидизации населения стран в выделенных группах; анализ качества и доступности медицинской помощи как одного из факторов, влияющих на показатели инвалидизации населения; формулировка рекомендаций, направленных на снижение инвалидизации населения России. Страны Европы были разделены на 6 кластеров по показателям инвалидности, доле пожилых в составе населения и ожидаемой продолжительности здоровой жизни в 60 лет. Наибольшая близость этих параметров наблюдается для стран, имеющих сходство в географическом положении и историческом опыте участия в политических объединениях. Российская ситуация характеризуется худшими значениями показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни и сравнительно низкой долей населения пожилого возраста, нежели ситуация в большинстве других европейских стран. В дискуссионной части работы обсуждается качество и доступность медицинской помощи для населения. В России обращение в частные медицинские организации недоступно для значительной части пожилых граждан, которые имеют наибольший риск развития инвалидизирующих патологий. При этом результа-

Для цитирования: Нацун Л.Н. Инвалидизация населения стран Европы как индикатор результативности их политики в сфере здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2019. Т. 12. № 4. С. 200–219. DOI: 10.15838/esc.2019.4.64.13

For citation: Natsun L.N. The increase in the number of disabled population in European countries as an indicator of the effectiveness of their health policies. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2019, vol. 12, no. 4, pp. 200–219. DOI: 10.15838/esc.2019.4.64.13

тивность реабилитационных мероприятий для людей с инвалидностью остаётся низкой. В заключение обобщены аргументы в пользу применения показателей инвалидности населения при оценке результативности политики стран в сфере здравоохранения. Предложены направления работы для снижения масштабов инвалидности в России. Результаты исследования могут быть полезны для работников сферы социального управления, а также исследователей, чьи научные интересы затрагивают проблемы, связанные с инвалидизацией населения.

Ключевые слова: инвалидность, инвалидизация населения, качество и доступность медицинской помощи, демографическое старение.

Введение

Старение населения во многом определяет тенденции, связанные с первичным выходом населения на инвалидность. Увеличение доли старших когорт в составе населения, как правило, приводит к росту первичной инвалидности. Именно с этой причиной связывает рост инвалидизации населения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)¹. Помимо медико-биологических факторов, инвалидизации населения способствуют негативные социально-экономические условия жизни. Инвалидность неразрывно связана с проблемами бедности и социального исключения: по данным ВОЗ, она несоразмерно поражает уязвимые группы населения (женщин, пожилых людей, представителей неимущих слоев населения), а также получает большее распространение в странах с низким уровнем дохода². Соотношение воздействия демографического старения и социально-экономических условий формирует характеристики инвалидизации населения в разных странах. В свою очередь, анализ масштабов и структуры инвалидности позволяет получить представление о качестве проводимой социальной политики.

Инвалидизация населения — это процесс нарастания доли людей с инвалидностью в составе населения, обусловленный распространением инвалидизирующих патологий и внешними воздействиями, приводящими к инвалидности. Ведущие причины инвалидизации имеют страновые различия в зависимости от стадии эпидемиологического и демографического пе-

реходов, которые переживают государства, а также в зависимости от качества проводимой ими социальной и демографической политики. Инвалидность, в свою очередь, оказывает определённое влияние на социальное и экономическое развитие общества. Инвалидизация сопровождается снижением потенциала здоровья населения. Рост затрат государства на социальное и медицинское обслуживание, недопроизводство ВВП неработающими инвалидами — проявления воздействия инвалидности на экономику. К социальным следствиям инвалидности относятся потери лет здоровой жизни, усиление риска социальной эксклюзии.

Среди исследований, посвящённых инвалидности, можно выделить несколько тематических направлений. Первое охватывает изучение динамики инвалидизации населения [1; 2] и структуры инвалидности [3], прогнозирование [4] их показателей. Второе направление тесно связано с предыдущим и включает работы о причинах и факторах, определяющих структуру и динамику инвалидности [5]. Третье направление работ ставит целью оценку социально-экономических последствий инвалидизации населения [6]. Более узким по своему предмету является направление работ по изучению социально-экономического положения людей с инвалидностью [7]. К нему можно отнести и статьи, рассматривающие вопросы образования, трудоустройства инвалидов [8], создания доступной среды [9].

Перечисленные направления различаются по своему основному предмету. Для демографических исследований характерно изучение параметров процесса инвалидизации населения, его последствий для общества и экономики. Среди социологических и экономических исследований чаще можно встретить работы, направленные на изучение инвалидности как явления на макроуровне (стран и их регионов),

¹ Инвалидность и здоровье / Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/ru/> (дата обращения: 24 апреля 2019 г.).

² 10 фактов об инвалидности / Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/ru/index1.html> (дата обращения: 24 апреля 2019 г.).

мезоуровне (на примере локальных сообществ – в профессиональных коллективах, на предприятиях) и индивидуальном уровне. В то же время проведённое нами разделение носит условный характер, поскольку встречаются труды, сочетающие рассмотрение общей проблемы инвалидизации населения и вопросов качества жизни [10] или иных комплексных проблем, например результативности государственной политики в сфере здравоохранения и социального обслуживания [11; 12].

В некоторых случаях термин «инвалидность» может и не упоминаться в исследовании, но его выводы отсылают читателя к данной проблематике. Так, в статье В.М. Школьников (с соавт.; 2019) рассматривается взаимосвязь качества государственной социальной политики и состояния общественного здоровья. Авторы показали, что при текущем уровне ВВП на душу населения Россия могла бы рассчитывать на более высокий уровень ОПЖ при рождении по сравнению с имеющимся сейчас. К такому выводу они пришли, сравнив показатели для России и ряда стран со сходным уровнем экономического развития. Построив кривую Престона (соотношение ВВП на душу населения и ОПЖ при рождении в разных странах в один момент времени) для каждого года за период 2005–2015 гг., они выявили, что прямой зависимости между темпами роста национального дохода и продолжительности жизни не наблюдается. Однако рост ОПЖ, хотя и медленный, в развитых странах Европы, который происходил даже на фоне экономического кризиса, авторы исследования связывают с инвестированием в развитие новейших методов лечения. Для России они видят необходимость более интенсивного инвестирования национального дохода в улучшение общественного здоровья [13]. И здесь возникает вопрос о том, что важно не просто увеличить среднюю продолжительность жизни населения, но и «растянуть» её здоровый период – без хронических болезней и инвалидности.

Для отечественных работ по демографии характерно рассмотрение показателей инвалидности в числе прочих показателей общественного здоровья [14; 15]. В тематических исследованиях инвалидности чаще обсуждаются учёт численности инвалидов [16; 17], причины первичной инвалидности [18; 19; 20],

качество жизни людей с инвалидностью [21], создание условий для равного участия инвалидов в жизни общества [22; 23], в том числе для их трудовой деятельности [24; 25; 26; 27]. Работы, направленные на выявление особенностей российского процесса инвалидизации населения на фоне общемировых демографических тенденций, встречаются редко [28].

Обращение к тематике инвалидизации населения в зарубежных исследованиях зачастую служит иллюстрацией к более общим проблемам: демографического старения, социального неравенства, потерь общественного здоровья, совершенствования систем социального и медицинского страхования. Инвалидизация населения в развитых и развивающихся странах протекает преимущественно за счёт накопления болезней в старших возрастных группах. Скорость и масштабы этого процесса зависят от качества жизни населения, доступности для него передовых медицинских технологий, а также от государственной политики в сфере здравоохранения. Так, в работе А. Чанг (с соавт.; 2019) показано, что население в разных странах приобретает набор характерных «старческих» заболеваний в разных возрастах. В перечень таких заболеваний авторы включили: онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, почечную недостаточность, хронические заболевания дыхательной системы, психологические нарушения, неинфекционные заболевания, болезни органов чувств, кожные и подкожные заболевания. Исследователям впервые удалось показать разрыв между странами мира по показателям, характеризующим бремя болезней населения. Они отмечают, что «результаты анализа эквивалентного возраста [старости] показывают ошеломляющую разницу в 30 лет между странами с самым высоким и самым низким эквивалентным возрастом по сравнению со среднемировым 65-летним возрастом», а также что «даже среди стран с одинаковыми уровнями общего стандартизованного по возрасту бремени смертности, связанного с возрастом, модели накопления бремени в разных возрастах сильно различаются, при этом некоторые группы населения получают возрастное бремя болезней в более раннем возрасте, чем другие». При этом, согласно расчётам исследователей, российский показатель эквивалентного возраста старости составил 60

лет, что на 5 лет ниже среднемирового значения и на 16 лет ниже наилучшего в мире, японского показателя. Авторы пришли к выводу, что введённый ими показатель старения, «который информирует не только о продолжительности жизни, но и о состоянии здоровья и тяжести заболеваний на популяционном уровне», позволяет выявлять страны, которые «добились относительных успехов в отсрочке накопления возрастного бремени болезней по сравнению со своими «сверстниками» с аналогичными уровнями возрастного бремени болезней» [29].

О связи между качеством жизни населения и состоянием общественного здоровья говорят результаты, полученные исследователями из Англии. Они провели лонгитюдное наблюдательное демографическое исследование здоровья отдельной когорты людей в возрасте 50 лет и старше (2 замера показателей с интервалом в 6 лет: в июле 2010 – июне 2011 года и в мае 2016 – июне 2017 года). Было установлено, что воспринимаемая респондентами дискриминация по признаку возраста была связана с повышением для них вероятности плохой самооценки здоровья и риском возникновения серьёзных заболеваний в течение шестилетнего периода. Эти выводы, по мнению авторов, подчеркивают необходимость принятия эффективных мер для борьбы со стигматизацией и дискриминацией по признаку возраста [30].

В названных выше зарубежных работах предметы исследования различаются, но их выводы сходятся в том, что государственная политика в сферах здоровьесбережения и обеспечения качества жизни населения является важнейшим фактором, создающим условия для сохранения и укрепления общественного здоровья. Инвестиции развитых государств в человеческий потенциал – вложение средств в повышение конкурентоспособности на глобальном уровне. Но чем больше эти расходы в расчёте на душу населения, тем выше и предельные издержки, приходящиеся на каждый случай инвалидности или преждевременной смерти граждан. Поэтому замедление прироста показателя ОПЖ в большинстве стран ЕС после 2011 года рассматривается как угроза их устойчивому развитию [31].

На основе проведённого нами анализа литературных источников можно выделить два

наиболее общих наблюдения, касающихся проблемы инвалидизации населения. Первое: демографическое старение сопровождается увеличением доли инвалидов в составе населения стран. Второе: особенно уязвимы перед инвалидизирующими патологиями жители тех стран, где есть проблемы с обеспечением всеобщего доступа граждан к медицинским услугам, недостаточно развиты системы профилактики и ранней диагностики этих заболеваний. В целом, несмотря на то что проблема инвалидности уже, чем проблема сохранения общественного здоровья, её решение может иметь «каскадный» эффект. На этом фоне особую актуальность приобретают усилия по развитию новых, более действенных и доступных методов лечения и реабилитации пациентов, страдающих инвалидизирующими патологиями, дальнейшему совершенствованию профилактической медицины, устранению любых форм дискриминации при получении медицинских услуг, предотвращению распространения среди населения саморазрушительных практик. Данные обстоятельства обуславливают необходимость комплексного рассмотрения инвалидизации в контексте демографического старения с точки зрения обеспечения результативности политики в сфере укрепления общественного здоровья.

Цель данной работы состоит в выявлении отличительных характеристик инвалидизации населения в группах стран Европы с разными уровнями *экономического развития, проводящих различную политику в сфере здравоохранения.*

Выбранная цель исследования определила постановку следующих задач:

1. Группировка стран Европы в зависимости от их географического положения и участия в современных политических объединениях по показателям ОПЗЖ, инвалидности и доле пожилых в составе населения.

2. Сравнительная оценка инвалидизации населения стран в выделенных группах.

3. Рассмотрение качества и доступности медицинской помощи как одного из факторов, влияющих на показатели инвалидизации населения.

4. Формулировка рекомендаций, направленных на снижение инвалидизации населения России.

Выполнение поставленных задач обеспечилось использованием репрезентативных данных и применением математических методов анализа.

Материалы и методы исследования

Информационной базой проведённого исследования послужили данные российской и международной официальной статистики. Объект исследования – инвалидизация населения стран Европы, в том числе Российской Федерации. Предмет исследования – связь инвалидизации населения с социально-экономическим развитием стран.

Поставленные исследовательские задачи предполагали обращение к открытым международным базам статистических данных: «Global Health Observatory» (база данных Всемирной организации здравоохранения), Eurostat (база данных Еврокомиссии), United Nations Disability Statistics Data Portal (портал открытых статистических данных об инвалидности, созданный в рамках программы ООН «United Nations Disability Statistics Programme»), «Global Burden of Disease Study» (исследование, посвящённое оценке бремени болезней в разных странах мира), World Population Prospects 2017 (ООН). Помимо этого, в ходе подготовки статьи мы обращались к данным о здоровье населения разных стран мира, опубликованным в докладах международных организаций: архива публикаций ОЭСР «OECD Health Working Papers», демографического ежегодника ООН «United Nations Demographic Yearbook». Поскольку на международном уровне пока нет практики сбора и систематизации сопоставимых данных об инвалидности населения, в работе особо оговариваются ситуации, когда данные по разным странам нельзя сравнивать напрямую.

В географический регион мира Европа входит более 40 независимых государств. ООН выделяет регионы Северной, Восточной, Южной и Западной Европы. Для того чтобы проанализировать показатели инвалидности в этих странах с привязкой к уровню их экономического развития, они были сгруппированы по уровню доходов, в соответствии с классификацией Всемирного банка³. В то же время качество со-

циальной политики также выступает значимым регулятором уровня инвалидности. В этом отношении наиболее однородную группу образуют страны, входящие в состав Европейского союза. Их социальная политика выстраивается в рамках общих целей и задач. Другую группу стран региона составляют государства, не входящие в это объединение. Учитывая эти три критерия: географическое деление, уровень доходов и членство в ЕС, мы объединили страны в 11 групп (табл. 1).

Большинство европейских стран относятся к высокодоходным, в том числе все страны Северной и Западной Европы (19 государств). Регион Восточная Европа более дифференцирован: присутствуют 4 государства с высоким доходом, 9 – с доходами выше среднего уровня и 2 страны с доходами ниже среднего уровня. В Южной Европе страны с доходами выше среднего уровня – Албания, Босния и Герцеговина, Северная Македония, Сербия и Черногория. Среди 27 европейских государств, входящих в состав ЕС, большинство являются высокодоходными, только 2 государства имеют доход на уровне «выше среднего» – Болгария и Румыния. Следует отметить, что в последующем анализе также будут представлены данные для Кипра как одного из государств ЕС, географически относимого ООН к региону мира Азия.

Существенным ограничением при проведении анализа инвалидизации в странах Европы выступает дефицит статистических данных по государствам, не входящим в состав ЕС. Для них доступны только данные о доле пожилых в составе населения и величине показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни по состоянию на 2016 год. По странам-участницам Евросоюза на сайте Евростата представлены данные о численности инвалидов, но их последнее обновление приходится на 2012 год. Эти ограничения мы учитывали при формулировке выводов исследования.

Результаты

Согласно данным Всемирного доклада о демографическом старении, численность населения в возрасте 60 лет и старше за период с 1980 по 2017 год удвоилась, достигнув 962 миллионов человек, а очередного удвоения эксперты ожидают к 2050 году. Процесс идёт быстрее в развивающихся странах, и, судя по прогнозу, к 2050 году восемь из десяти пожилых людей

³ World Bank Country and Lending Groups. URL: <http://databank.worldbank.org/data/download/site-content/CLASS.xls> (Accessed 24 April 2019).

Таблица 1. Группировка стран Европы по географическим регионам, членству в Евросоюзе и уровню доходов

| Группы стран Европы по доходам | Северная Европа | | Западная Европа | | Южная Европа | | Восточная Европа | |
|--------------------------------|---|----------------------|---|------------------------------------|--|--|---|----------------------------------|
| | В составе ЕС (год вступления) | Не в составе ЕС | В составе ЕС (год вступления) | Не в составе ЕС | В составе ЕС (год вступления) | Не в составе ЕС | В составе ЕС (год вступления) | Не в составе ЕС |
| Высокодходные | Дания (1992) Ирландия (1992) Латвия (2004) Литва (2004) Соединенное Королевство (1992 до 2016) Финляндия (1995) Швеция (1995) Эстония (2004) | Исландия Норвегия | Австрия (1995) Бельгия (1992) Германия (1992) Люксембург (1992) Нидерланды (1992) Франция (1992) | Лихтенштейн Монако Швейцария | Греция (1992) Испания (1992) Италия (1992) Мальта (2004) Португалия (1992) Словения (2004) Хорватия (2013) | Андорра Сан-Марино | Венгрия (2004) Польша (2004) Словакия (2004) Чешская Республика (2004) | |
| Выше среднего уровня | | | | | | Албания Босния и Герцеговина Македония Сербия Черногория | Болгария (2007) Румыния (2007) | Беларусь Российская Федерация |
| С доходом ниже среднего уровня | | | | | | | | Молдавия Украина |

Источники: Стандартные коды стран или районов для использования в статистике. Секретариат ООН. URL: https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_49rev4corr4R.pdf; What is the euro area? European Commission. URL: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/euro-area/what-euro-area_en#whos-already-in; World Bank Country and Lending Groups. URL: <http://databank.worldbank.org/data/download/site-content/CLASS.xls> (дата обращения: 12 апреля 2019 г.).

будут родом из развивающейся страны. В развитых странах процесс демографического старения замедлился в силу того, что основные факторы, которые приводили к преждевременной смертности населения, в основном взяты под контроль и дальнейшее снижение смертности в старших возрастах затруднено. Возможности в этом направлении связаны главным образом с развитием геронтологического профиля в медицине. Самая высокая доля населения в возрасте 60 лет и старше в 2017 году регистрировалась в Европе – 35%. В других регионах мира значения показателя ниже: в Северной Америке – 28%, Латинской Америке – 25%, Азии – 24%, Океании – 23%. Самым «моло-

дым» оказалось население Африки, где доля людей 60 лет и старше составила только 9%⁴.

В странах Европы значения показателя доли лиц в возрасте старше 60 лет в составе населения варьируются от 17,6% в Республике Молдова до 29,4% в Италии. Среднее значение данного показателя составляет 24,03%. Группу стран, где доля пожилых выше этой отметки, составляют 14 государств Евросоюза, среди которых 6 стран региона Южная Европа, по 3 страны Восточной и Северной Европы, 2 страны Западной Европы. Ко второй группе

⁴ World Population Ageing 2017: Highlights. Department of Economic and Social Affairs. United Nations. New York, 2017. 40 p.

Таблица 2. Доля лиц в возрасте 60 лет и старше в составе населения стран Европы, 2016 год

| Страна | Географический регион | Членство в Евросоюзе | Доля лиц в возрасте 60 лет и старше в составе населения, % | |
|----------------------------------|-----------------------|----------------------|--|------|
| Финляндия | Северная Европа | Да | 27,8 | |
| Латвия | | Да | 26,2 | |
| Эстония | | Да | 25,9 | |
| Швеция | | Да | 25,5 | |
| Дания | | Да | 25,3 | |
| Литва | | Да | 25,3 | |
| Соединенное Королевство | | Да | 23,9 | |
| Норвегия | | Нет | 22,3 | |
| Исландия | | Нет | 20,1 | |
| Ирландия | | Да | 19,1 | |
| Германия | | Западная Европа | Да | 28 |
| Франция | | | Да | 25,7 |
| Австрия | Да | | 25,1 | |
| Нидерланды | Да | | 25 | |
| Бельгия | Да | | 24,6 | |
| Швейцария | Нет | | 24,1 | |
| Люксембург | Да | | 19,6 | |
| Италия | Южная Европа | | Да | 29,4 |
| Португалия | | Да | 27,9 | |
| Хорватия | | Да | 26,8 | |
| Греция | | Да | 26,5 | |
| Словения | | Да | 26,3 | |
| Мальта | | Да | 26,1 | |
| Испания | | Да | 25,3 | |
| Сербия | | Нет | 24,5 | |
| Босния и Герцеговина | | Нет | 23,4 | |
| Черногория | | Нет | 21,3 | |
| Республика Северная Македония | Нет | 19,5 | | |
| Албания | Нет | 19 | | |
| Болгария | Восточная Европа | Нет | 27,7 | |
| Венгрия | | Да | 26 | |
| Чешская Республика | | Да | 25,6 | |
| Румыния | | Да | 24,9 | |
| Польша | | Да | 24 | |
| Украина | | Нет | 23,2 | |
| Словакия | | Да | 21,8 | |
| Беларусь | | Нет | 21,3 | |
| Российская Федерация | | Нет | 21,1 | |
| Республика Молдова | | Нет | 17,6 | |
| Кипр | Азия | Да | 18,5 | |
| Итоговое среднее значение | | | 24,03 | |
| Кoeffициент вариации | | | 12% | |

Обозначения: в столбце 1 зелёным цветом выделены высокодоходные государства, сиреневым – страны с доходом «выше среднего», розовым – страны с доходом «ниже среднего»; в столбце 4 ярко-оранжевым показаны страны, где доля пожилых в составе населения более 25,5%, светло-оранжевым – доля пожилых от 22,3 до 25,5%, голубым – менее 22,3%. Ранжировано по убыванию значений показателя доли пожилых в составе населения внутри каждого из географических регионов.

Источник: Всемирный доклад о старении, 2017 год. URL: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf (дата обращения: 15 апреля 2019 г.).

государств, где доля пожилых в составе населения варьируется от 22,3 до 25,5%, относятся 10 стран Евросоюза и 5 других государств. Географически преобладают страны Северной Европы (5). Также в группу входят по 4 государства Западной и Южной Европы, 3 государства Восточной Европы. Ещё 3 государства Евросоюза и 7 стран, не входящих в него, формируют группу, где доля пожилых в составе населения не более 22,3%. Таким образом, в группу 1 попали большинство стран Южной Европы, в группу 2 – большинство стран Западной и Северной

Европы. Регион Восточная Европа отличается наибольшим разбросом значений анализируемого показателя (табл. 2).

Учитывая то, что старение населения приводит к росту первичного выхода на инвалидность в старших когортах, проанализируем распределение европейских стран по показателю доли инвалидов в составе лиц 60–74 лет. Ниже представлены данные Европейской службы статистики для стран, входящих в Евросоюз, а также для Норвегии и Исландии (табл. 3). Самые высокие значения показателя

Таблица 3. Доля инвалидов среди населения 15 лет и старше и 60–74 лет в странах Европы*, 2012 год

| Страна | Географический регион | Членство в ЕС | Доля инвалидов в составе населения 15 лет и старше, % | Доля инвалидов в составе населения 60–74 лет, % |
|---------------------------------|-----------------------|---------------|---|---|
| Латвия | Северная Европа | Да | 24 | 42 |
| Литва | | | 23 | 38 |
| Эстония | | | 20 | 33 |
| Соединенное Королевство | | | 20 | 25 |
| Норвегия | | Нет | 20 | 23 |
| Исландия | | Нет | 16 | 22 |
| Дания | | Да | 20 | 21 |
| Финляндия | | | 17 | 20 |
| Швеция | | | 15 | 19 |
| Ирландия | | | н/д | н/д |
| Австрия | Западная Европа | Да | 16 | 28 |
| Португалия | | | 15 | 28 |
| Германия | | | 21 | 27 |
| Люксембург | | | 16 | 21 |
| Нидерланды | | | 17 | 19 |
| Бельгия | | | 17 | 18 |
| Франция | | | 14 | 16 |
| Греция | Южная Европа | Да | 18 | 31 |
| Словения | | | 18 | 27 |
| Испания | | | 17 | 25 |
| Италия | | | 14 | 21 |
| Мальта | | | 12 | 20 |
| Хорватия | | | н/д | н/д |
| Венгрия | Восточная Европа | Да | 25 | 40 |
| Болгария | | | 21 | 38 |
| Румыния | | | 18 | 37 |
| Польша | | | 18 | 32 |
| Словакия | | | 18 | 31 |
| Чешская Республика | | | 14 | 31 |
| Кипр | Азия | Да | 15 | 24 |
| Среднее по указанным странам, % | | | 18 | 27 |
| Коэффициент вариации | | | 17% | 27% |

Источник: Population by sex, age and disability status. Database. Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database#> (дата обращения: 16 апреля 2019 г.).

теля в 2012 году регистрировались для Латвии (42%), Венгрии (40%), Болгарии (38%), Литвы (38%), Румынии (37%). Самые низкие значения наблюдались во Франции (16%), Бельгии (18%), Нидерландах (19%), Швеции (19%). Следует отметить, что для Швеции и Франции, как было показано выше, характерны высокие доли лиц 60 лет и старше в составе населения, что в сочетании с низким уровнем инвалидности лиц 60–74 лет говорит о высоком качестве жизни в этих странах. Можно предположить, что в них прирост показателя ожидаемой продолжительности жизни обеспечивается именно благодаря увеличению периода активного долголетия граждан.

В теоретической части статьи уже упоминалось, что обеспечение прироста ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения в возрасте 60 лет выступает одной из наиболее актуальных задач для стран Европы. Кроме того, на повестке дня для многих государств остаётся преодоление гендерного разрыва в величине показателя. Согласно данным Всемирного доклада о старении, в большинстве европейских стран прирост ОПЗЖ для женского населения был ниже, чем для мужского. Сохранение этой тенденции в будущем, вероятно, обеспечит преодоление гендерного разрыва. Сам прирост ОПЗЖ в возрасте 60 лет был более интенсивным в странах, недавно вступивших в Евросоюз, и в некоторых государствах, не входящих в него. Ирландия, которая располагалась на первом месте по приросту ОПЗЖ пожилых мужчин и женщин, составила исключение из этого наблюдения. Второе место по приросту показателя для мужчин занимала Россия, третье – Словения, четвертое – Эстония, пятое – Словакия. По приросту ОПЗЖ пожилых женщин на втором месте находилась Эстония, на третьем – Беларусь, на четвертом – Россия, на пятом – Сербия (табл. 4).

Возникает вопрос: с чем связаны различия в уровнях инвалидизации населения старших возрастов в европейских странах? Можно предположить, что они формируются под влиянием условий жизни населения, которые, в свою очередь, зависят от особенностей социальной политики (в том числе политики в сфере здравоохранения), определяемых участием стран в политических объединениях. Чтобы проверить это предположение, был проведён кластер-

ный анализ стран Европы по пяти показателям: ожидаемой продолжительности здоровой жизни мужчин и женщин в возрасте 60 лет (по данным за 2016 год), доли пожилых в составе населения, доли инвалидов среди населения в возрасте 15 лет и старше, а также среди пожилых в возрасте 60–74 лет.

Для разделения стран на группы проведён кластерный анализ с использованием программы SPSS Statistics. Применялся иерархический кластерный анализ. Объединение стран в кластеры осуществлялось методом межгрупповой связи, в качестве способа определения расстояния использовался расчёт квадрата евклидова расстояния, было выполнено z-преобразование исходных данных. В анализе участвовали 28 стран, для которых имелся весь набор необходимых данных (показатели перечислены выше). Оптимальное число кластеров для анализируемого набора данных составило 6. Результаты распределения стран по кластерам и средние значения проанализированных показателей для каждого из них представлены в таблице 5.

Полученное распределение свидетельствует о том, что наилучшие показатели здоровья населения, в том числе в пожилом возрасте, наблюдаются в странах первого кластера – Италии и Франции. По сравнению со странами, вошедшими в третий кластер, здесь заметно ниже уровень инвалидизации населения в возрасте 15 лет и старше и населения 60–74 лет. Кластер 2 отличается от первого и третьего более низкой долей пожилых в составе населения, по остальным показателям занимая промежуточное положение между этими соседними группами. Кластеры 5 и 6 сформировались из стран Восточной Европы и бывших республик Советского Союза. Для этих кластеров характерны низкие показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни и высокий уровень инвалидности. Различие между ними касается показателей инвалидности в возрастной разбивке: в пятом кластере доля инвалидов высока только среди населения 60–74 лет, тогда как для шестого кластера характерно также высокое значение инвалидизации населения 15 лет и старше. Четвёртый кластер занимает переходное положение между третьим и пятым по всем показателям.

Полученные результаты указывают, что на состояние общественного здоровья оказывает

Таблица 4. ОПЗЖ в возрасте 60 лет по группам стран Европы, 2016 год

| Страна Европы | Регион Европы | Членство в ЕС | Год вступления в ЕС | ОПЗЖ ₆₀ | | Ранг по ОПЗЖ ₆₀ | | Прирост ОПЗЖ ₆₀ | | Ранг по приросту ОПЗЖ ₆₀ | |
|--|---------------|---------------|---------------------|--------------------|------|----------------------------|------|----------------------------|-----|-------------------------------------|----|
| | | | | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж |
| Франция | WE | Да | 1992 | 19,1 | 21,9 | 1 | 1 | 16% | 9% | 15 | 29 |
| Швейцария | WE | Нет | | 19 | 21,2 | 2,5 | 3 | 16% | 9% | 14 | 27 |
| Исландия | NE | нет | | 19 | 20,3 | 2,5 | 10 | 11% | 7% | 29 | 39 |
| Испания | SE | Да | 1992 | 18,7 | 21,8 | 4 | 2 | 14% | 11% | 22 | 21 |
| Италия | SE | Да | 1992 | 18,6 | 21 | 5 | 4 | 14% | 8% | 21 | 32 |
| Норвегия | NE | Нет | | 18,4 | 20,7 | 6 | 5,5 | 16% | 10% | 17 | 25 |
| Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии | NE | Да | 1992 (до 2016 г.) | 18,3 | 20,1 | 7 | 14 | 17% | 11% | 6 | 19 |
| Швеция | NE | Да | 1995 | 18,2 | 20,1 | 8,5 | 14 | 11% | 6% | 30 | 40 |
| Ирландия | NE | Да | 1992 | 18,2 | 20,1 | 8,5 | 14 | 26% | 18% | 1 | 1 |
| Португалия | SE | Да | 1992 | 17,9 | 20,7 | 11,5 | 5,5 | 17% | 14% | 9,5 | 10 |
| Мальта | SE | Да | 2004 | 17,9 | 19,9 | 11,5 | 18 | 13% | 12% | 26 | 15 |
| Австрия | WE | Да | 1995 | 17,9 | 20,6 | 11,5 | 7 | 15% | 10% | 19 | 24 |
| Люксембург | WE | Да | 1992 | 17,9 | 20,5 | 11,5 | 8 | 17% | 8% | 9,5 | 31 |
| Дания | NE | Да | 1992 | 17,8 | 19,9 | 14,5 | 18 | 17% | 13% | 7,5 | 13 |
| Нидерланды | WE | Да | 1992 | 17,8 | 19,9 | 14,5 | 18 | 17% | 9% | 7,5 | 30 |
| Греция | SE | Да | 1992 | 17,5 | 20,1 | 16 | 14 | 10% | 10% | 34 | 23 |
| Финляндия | NE | Да | 1995 | 17,4 | 20,4 | 18 | 9 | 15% | 10% | 18 | 22 |
| Бельгия | WE | Да | 1992 | 17,4 | 20,1 | 18 | 14 | 13% | 8% | 27 | 34 |
| Кипр | A | Да | 2004 | 17,4 | 20,2 | 18 | 11 | 10% | 12% | 33 | 17 |
| Германия | WE | Да | 1992 | 17,3 | 19,8 | 20 | 20 | 12% | 7% | 28 | 37 |
| Словения | SE | Да | 2004 | 16 | 19 | 21 | 21 | 22% | 14% | 3 | 8 |
| Албания | SE | Нет | | 15,3 | 17,4 | 22 | 29 | 13% | 8% | 24,5 | 33 |
| Чешская Республика | EE | Да | 2004 | 14,9 | 18,2 | 23 | 24 | 16% | 14% | 11 | 9 |
| Польша | EE | Да | 2004 | 14,5 | 18,4 | 24 | 23 | 16% | 13% | 13 | 14 |
| Хорватия | SE | Да | 2013 | 14,4 | 18 | 25 | 25,5 | 13% | 13% | 23 | 11 |
| Эстония | NE | Да | 2004 | 14,3 | 18,9 | 26,5 | 22 | 21% | 17% | 4 | 2 |
| Черногория | SE | Нет | | 14,3 | 17 | 26,5 | 32 | 11% | 12% | 31 | 16 |
| Словакия | EE | Да | 2004 | 14,2 | 18 | 28 | 25,5 | 18% | 14% | 5 | 6 |
| Республика Северная Македония | SE | Нет | | 14 | 16 | 29 | 39 | 9% | 7% | 37 | 36 |
| Босния и Герцеговина | SE | Нет | | 13,8 | 16,8 | 30 | 33,5 | 9% | 7% | 36 | 38 |
| Сербия | SE | Нет | | 13,6 | 16,3 | 31 | 38 | 13% | 14% | 24,5 | 5 |
| Румыния | EE | Да | 2007 | 13,5 | 17,2 | 32 | 30,5 | 10% | 14% | 35 | 7 |
| Латвия | NE | Да | 2004 | 13,3 | 17,6 | 33 | 28 | 15% | 9% | 20 | 26 |
| Болгария | EE | Да | 2007 | 13,2 | 16,8 | 34 | 33,5 | 7% | 11% | 38 | 18 |
| Венгрия | EE | Да | 2004 | 13 | 16,7 | 35,5 | 35,5 | 10% | 9% | 32 | 28 |
| Литва | NE | Да | 2004 | 13 | 17,9 | 35,5 | 27 | 4% | 8% | 40 | 35 |
| Украина | EE | Нет | | 12,5 | 16,4 | 37 | 37 | 16% | 13% | 16 | 12 |
| Российская Федерация | EE | Нет | | 12,4 | 16,7 | 38 | 35,5 | 23% | 16% | 2 | 4 |
| Беларусь | EE | Нет | | 12,3 | 17,2 | 39 | 30,5 | 16% | 17% | 12 | 3 |
| Республика Молдова | EE | Нет | | 12 | 15,1 | 40 | 40 | 7% | 11% | 39 | 20 |

Обозначения: WE – Западная Европа, EE – Восточная Европа, NE – Северная Европа, SE – Южная Европа; желтым цветом выделены страны с высоким доходом, сиреневым – страны с доходами «выше среднего» уровня, голубым – страны с доходами «ниже среднего» уровня (в соответствии с группировкой стран Всемирного банка).
Источник: Всемирный доклад о старении, 2017 год. URL: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Report.pdf (дата обращения: 15 апреля 2019 г.).

Таблица 5. Состав и профили кластеров стран Европы

| Показатели (средние значения) | Кластер 1 | Кластер 2 | Кластер 3 | Кластер 4 | Кластер 5 | Кластер 6 |
|---|-------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|---|--|
| ОПЗЖ мужчин в 60 лет | 18,9 | 18,1 | 17,9 | 15,9 | 14,3 | 13,1 |
| ОПЗЖ женщин в 60 лет | 21,5 | 20,3 | 20,4 | 19,2 | 18,0 | 17,3 |
| Доля пожилых (60 лет и более) в составе населения | 27,6 | 19,4 | 25,4 | 26,7 | 24,1 | 26,3 |
| Доля инвалидов среди населения в возрасте 15 лет и старше | 14,0 | 15,7 | 17,0 | 19,7 | 17,0 | 23,3 |
| Доля инвалидов среди пожилых 60–74 лет | 18,5 | 22,3 | 23,1 | 29,0 | 32,8 | 39,5 |
| Страны, вошедшие в кластер | Франция Италия | Исландия Люксембург Кипр | Испания Норвегия Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии Швеция Португалия Мальта Австрия Дания Нидерланды Греция Финляндия Бельгия | Германия Словения Эстония | Чешская Республика Польша Словакия Румыния | Латвия Болгария Венгрия Литва |
| Всего стран | 2 | 3 | 12 | 3 | 4 | 4 |
| Примечание. Проверка полученного решения проведена по критерию Краскала–Уоллиса, суммарная ошибка составила 0,019 при уровне значимости $p=0,05$. Источник: составлено автором. | | | | | | |

воздействие различие «стартовых условий» социально-экономического развития стран Европы, в том числе вследствие особенностей, обусловленных участием в политических объединениях (в прошлом или в настоящее время).

Содержание и результативность политики в сфере охраны общественного здоровья непосредственно влияет на распространённость среди населения неинфекционных заболеваний, которые могут приводить к инвалидности. Наибольшие масштабы потерь от инвалидности в странах Европы обусловлены такими группами заболеваний, как нарушения опорно-двигательного аппарата, психические расстройства, неврологические заболевания. За ними следуют хронические респираторные, сердечнососудистые заболевания и новообразования. Наблюдаются различия между средними показателями для стран Западной, Центральной и Восточной Европы⁵. Самые высокие потери

⁵ Здесь деление Европы на регионы приведено согласно методике исследования «Global Burden of Disease Study 2017». <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

от перечисленных причин наблюдаются в Западной Европе, исключение составляют сердечно-сосудистые и хронические респираторные заболевания, потери от которых выше в Центральной Европе. Российские показатели наиболее сходны со средними по странам Восточной Европы, а наибольшие потери, как и по всему Европейскому региону в целом, связаны с болезнями опорно-двигательного аппарата, психическими расстройствами, неврологическими заболеваниями (табл. 6).

Как показал проведённый нами анализ данных об инвалидности и ожидаемой продолжительности здоровой жизни в европейских странах, наиболее сходная картина наблюдается в высокодоходных странах Западной и Северной Европы, сформировавших ядро Евросоюза в 1992–1995 гг. Они вошли в кластеры №1, 2 и 3. В этих государствах ниже доля инвалидов, выше показатели ОПЗЖ. Несколько «выбиваются» из этой закономерности Норвегия, никогда не входившая в Евросоюз, а также Мальта и Кипр, вступившие в объединение позднее

Таблица 6. Годы, прожитые с инвалидностью (YLDs – «Years Lived with Disability»), по отдельным группам заболеваний, по некоторым странам Европы, в расчёте на 100 000 населения, 2017 год

| Регион | Группы заболеваний | | | | | |
|---|--------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| | Н (neoplasms) | ССЗ (cardiovascular diseases) | РЗ (chronic respiratory diseases) | КМС (musculoskeletal disorders) | ПП (mental disorders) | НЗ (neurological disorders) |
| Европейский регион (по классификации ВОЗ) | 216,6 | 756,6 | 613,0 | 2576,0 | 1773,4 | 1280,8 |
| Западная Европа | 299,9 | 713,8 | 646,5 | 3089,4 | 2018,2 | 1383,2 |
| Центральная Европа | 192,1 | 1085,9 | 722,2 | 2511,4 | 1471,4 | 1191,2 |
| Восточная Европа | 176,9 | 904,1 | 536,9 | 2146,2 | 1634,5 | 1311,9 |
| Великобритания | 340,8 | 626,2 | 868,2 | 3138,9 | 1954,4 | 1266,6 |
| Германия | 332,4 | 838,8 | 756,2 | 3475,4 | 2021,6 | 1339,6 |
| Франция | 263,7 | 752,8 | 460,9 | 2739,5 | 2756,9 | 1730,2 |
| Венгрия | 210,8 | 1148,4 | 815,0 | 2767,4 | 1577,7 | 1215,8 |
| Чехия | 245,6 | 1213,1 | 704,8 | 2498,9 | 1521,6 | 1184,5 |
| Белоруссия | 166,6 | 921,3 | 562,1 | 2309,2 | 1703,7 | 1276,7 |
| Россия | 176,4 | 879,9 | 525,1 | 1985,8 | 1600,6 | 1314,4 |

* Обозначения: Н – новообразования, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, РЗ – хронические респираторные заболевания; КМС – заболевания костно-мышечной системы, ПП – психические расстройства, НЗ – неврологические заболевания.
Источник: Global Health Data Exchange. GBD Results Tool. URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (дата обращения: 16 апреля 2019 г.).

(в 2004 году). Германия, вошедшая, наряду с Эстонией и Словенией, в кластер №3, занимающий промежуточное положение, вероятно, продолжает испытывать негативные последствия неблагоприятных исторических событий XX века (участие в войнах и разделение страны). Эстония и Словения, напротив, смогли извлечь максимальный результат от присоединения к Евросоюзу. Косвенным свидетельством этого служит заметный прирост ОПЗЖ мужчин и женщин в этих странах (см. табл. 4). В других государствах, которые вошли в Евросоюз во «вторую волну» (в 2004 году и позднее), ситуация отличается в худшую сторону. В них выше доля инвалидов в составе населения, ниже значения ОПЗЖ мужчин и женщин. Особенностью этих стран, сформировавших кластеры № 5 и 6, является и более значительное различие между долей инвалидов в составе населения 15 лет и старше и долей инвалидов среди населения 60–74 лет, что говорит о большей уязвимости их пожилого населения перед угрозой инвалидности.

Значения показателей ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин в России (12,4 и 16,7 года) наиболее близки к значениям, характерным для стран, вошедших в кластер №6. Значение доли пожилых в составе

российского населения одно из самых низких среди европейских стран (21,1%). Эти факты свидетельствуют, что российская ситуация отличается худшим состоянием здоровья населения, особенно лиц пожилого возраста.

В свете перечисленных проблем высокую актуальность приобретает развитие системы медицинской профилактики инвалидизирующих заболеваний. Для поддержания здоровья населения старших возрастов необходимы адресные меры, направленные на создание комфортных условий в учреждениях здравоохранения, внедрение специальных диагностических программ для своевременного выявления признаков развития инвалидизирующих патологий. Но ключевым фактором при этом остаётся обеспечение максимальной доступности для населения качественной медицинской помощи по месту жительства.

Качество и доступность медицинской помощи – условие повышения продолжительности здоровой жизни населения России

Возможность получения эффективной медицинской помощи является неотъемлемым условием достижения высокого качества жизни населения, что, в свою очередь, способствует росту ожидаемой продолжительности жизни, снижению потерь, связанных с инвалидностью.

В странах Евросоюза фиксируется очень низкая доля населения, имеющего неудовлетворённые потребности в медицинском обслуживании (по самооценке) — 3,1% за 2017 год. При этом ведущей причиной неполучения медицинской помощи выступают дороговизна этих услуг (1% опрошенных), нежелание обращаться к врачу в надежде, что проблема «пройдёт сама по себе» (0,6%), очереди (0,6%)⁶. В нашей стране Федеральной службой государственной статистики в 2017 году также проводилось выборочное обследование качества и доступности для населения услуг здравоохранения⁷. Его результаты дают представление о доле граждан, имеющих неудовлетворённые потребности в медицинском обслуживании. Из числа опрошенных 15,8% попадали в ситуации, когда не смогли пройти или отложили на неопределённый срок консультацию (медицинские обследования) у врачей-специалистов. Ещё 7,4% респондентов «не смогли пройти или отложили на неопределённое время необходимые медицинские исследования». Эти данные указывают на то, что среди россиян выше доля тех, кто имеет неудовлетворённые потребности в медицинской помощи, чем среди жителей ЕС. При этом ведущие причины неполучения необходимой медицинской помощи в России иные и обладают территориальной спецификой.

Основными препятствиями для своевременного получения консультации и прохождения медицинских обследований у врачей-специалистов в городах стали «длительность ожидания очереди, неудобный график работы врача-специалиста» (29%), в сельских населённых пунктах — «отдаленность медицинских организаций, где можно пройти консультацию

(обследование; 27%)». При этом в городах-миллионниках основная причина возникновения подобных трудностей — нехватка у людей времени на прохождение медицинского обследования (отметили 37% респондентов, которые имели случаи переносов или отказов от прохождения необходимых медицинских обследований). Главные барьеры для своевременного прохождения медицинских исследований в 2017 году в городах — нехватка времени у самих респондентов (25,9%), длительность ожидания очереди, неудобный график работы врача-специалиста (25,8%). Жителям городов-миллионников мешают своевременно пройти медицинские исследования некие неклассифицированные причины («другие обстоятельства» — 35,1%) и нехватка времени (32,5%). Основные проблемы для жителей сельских населённых пунктов — «отдаленность медицинских организаций, где можно пройти исследование» (27,8%), нехватка времени (24,7%), длительные очереди и неудобный график приёма врачей (18,8%). В среднем по выборке 19,9% опрошенных указали, что не смогли пройти медицинское обследование из-за того, что им предложили только платный вариант, на который у них не было денег. Чаще всего респонденты указывали, что не смогли пройти УЗИ (больше всего доля в городах — 34,4%), МРТ (36% в сёлах) и лабораторные исследования (33,5% случаев в городах-миллионниках). Респонденты, которым не удалось получить консультацию или обследование врача-специалиста, чаще всего указывали на тот же спектр причин: очереди и неудобный график работы врачей (26,1%), нехватка времени (24,1) и отдаленность медицинских организаций (11,6%). В целом, если судить по ответам респондентов, наименее доступны консультации таких специалистов, как невролог, эндокринолог, кардиолог, стоматолог, гинеколог и офтальмолог (окулист).

Частные организации выступают альтернативным каналом предоставления медицинских услуг населению. Российская бесплатная медицина «проигрывает» платной в оснащённости лабораторным и диагностическим оборудованием, гибкости графиков приёма специалистов, наличии в штате врачей востребованных специализаций. В 2017 году за медицинские исследования платили 25,1% респондентов, за приём врачей-специалистов — 32,4%. Обраща-

⁶ Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and educational attainment level. Eurostat. Database. Cross cutting topics. Quality of life. Health. Access to healthcare. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_nPqeVbPXRmWQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2# (дата обращения: 18 апреля 2019 г.).

⁷ Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения. / Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/quality17/index.html (дата обращения: 18 апреля 2019 г.).

ясь к платной медицине, граждане стремятся преодолеть такие проблемы, как неудобство графика приёма или отсутствие необходимых специалистов в государственных медицинских организациях, недостаточное качество бесплатных услуг. При этом охват населения услугами платных медицинских организаций остаётся меньшим по сравнению с охватом государственным медицинским обслуживанием. Очевидно, что низкий доход снижает возможности людей по использованию платных медицинских услуг. По этому критерию в менее выгодном положении находятся неработающие лица в возрасте старше трудоспособного. Согласно оценке Росстата, в 2016 году они составляли 11,2% от численности всех малоимущих⁸. При этом, согласно данным выборочного обследования Росстата, 13% среди лиц 60 лет и старше отмечали, что им недостаточно денег для приобретения продуктов, лекарств и одежды. Среди лиц 30–39 лет доля тех, кто может себе ни в чём не отказывать, составляла 9%, доля не испытывающих «особых материальных затруднений» – 55%. Среди лиц 60 лет и старше таких было 35 и 7% соответственно⁹. Доля обращающихся за платными медицинскими услугами была максимальна в возрастной группе 30–39 лет (26%), тогда как среди респондентов 60 лет и старше не превышала 17% (ниже только показатель у молодёжи 15–19 лет – 15%)¹⁰. В силу ухудшения состояния здоровья потребность в специализированной медицинской помощи среди граждан старших возрастов выше, чем у

⁸ Распределение общей численности малоимущего населения по основным группам. Социальное положение и уровень жизни населения России, 2017 / Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_44/IssWWW.exe/Stg/d01/06-18.doc (дата обращения: 18 апреля 2019 г.).

⁹ Распределение респондентов по самооценке материального положения (в %). Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения / Федеральная служба государственной статистики, 2018. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html (дата обращения: 18 апреля 2019 г.).

¹⁰ Обращения в медицинские организации в разных возрастных группах. Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения / Федеральная служба государственной статистики, 2018. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html (дата обращения: 18 апреля 2019 г.).

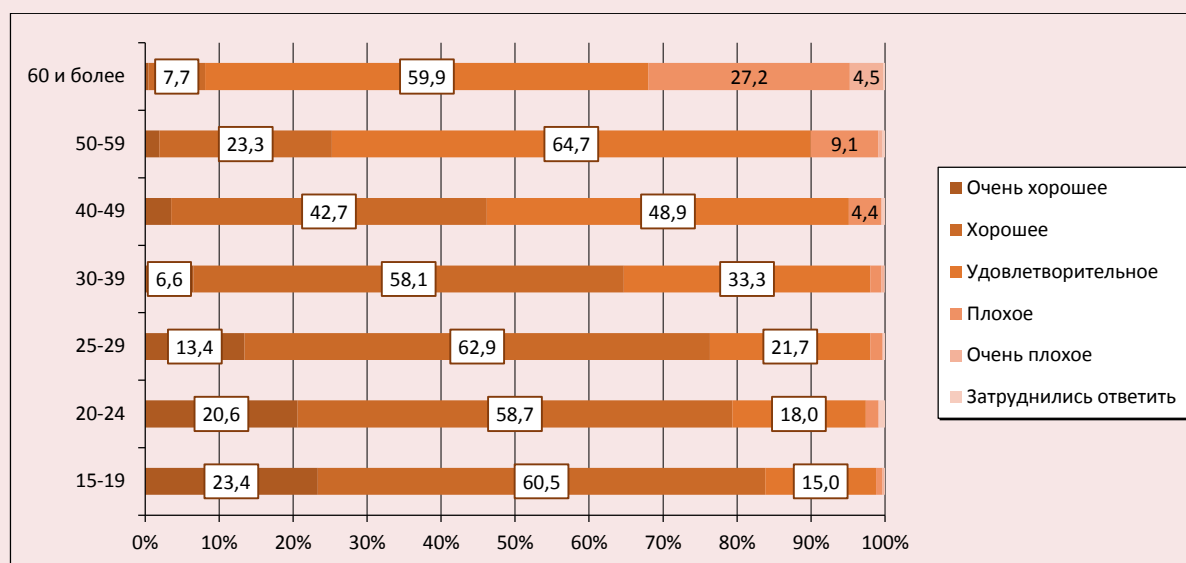
населения младших групп. Причём неполучение этих услуг чаще всего связано с нехваткой денежных средств на их оплату или с необходимостью ожидания своей очереди в государственных организациях здравоохранения¹¹. В целом, при низкой платёжеспособности пожилых граждан, развитие частной медицины не может оказать положительного влияния на их здоровье. В определённой мере альтернативу платным услугам для населения, особенно в кризисный период, составляло обращение в государственные медицинские организации с использованием личных связей – через знакомых врачей [38].

По данным выборочного обследования поведенческих факторов, влияющих на здоровье, проведённого Росстатом, самооценки состояния здоровья у населения 60 лет и старше смещаются в сторону неблагоприятных. Большинство (60%) представителей старшего поколения называют своё здоровье удовлетворительным, а ещё 27% – плохим. Следует отметить, что у населения в возрасте до 40 лет преобладают положительные самооценки здоровья. Затем ситуация меняется. В возрасте 40–49 лет практически в равной степени представлены оценки «хорошее» и «удовлетворительное», но уже в группе 50–59 лет доля лиц, оценивающих своё здоровье как «хорошее», резко сокращается и доминирующим вариантом самооценки становится «удовлетворительное» (65%; рисунок).

Одной из ведущих причин инвалидности среди взрослого населения выступают сердечно-сосудистые заболевания, для выявления и профилактики которых не созданы благоприятные условия: консультации врачей-кардиологов в государственных медицинских организациях, как было отмечено выше, входят в перечень наименее доступных. Другой лидирующей по распространённости причиной первичной инвалидности выступают злокачественные новообразования. Консультации онкологов не вошли в число наименее доступных. Однако данный факт может говорить и о том,

¹¹ Потребности в специализированной медицинской помощи по возрастным группам респондентов в 2016 г. Социальное положение и уровень жизни населения России – 2017 г. / Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_44/IssWWW.exe/Stg/d02/10-18.doc (дата обращения: 18 апреля 2019 г.).

Распределение самооценок здоровья в разных возрастных группах населения России, 2018 год



Источник: Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения / Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html (дата обращения: 18 апреля 2019 г.).

что население реже обращается к таким специалистам самостоятельно, без рекомендаций терапевта. Диагноз «сахарный диабет» предполагает постоянное наблюдение врача, кардинально меняет образ жизни человека в плане пищевых привычек, допустимых видов физических нагрузок, необходимости тщательного самоконтроля состояния здоровья. Высокая распространённость этого инвалидизирующего заболевания среди лиц в возрасте 60 лет и старше требует расширения доступности консультаций специалистов-эндокринологов, которая, согласно приведённым выше данным, сейчас является недостаточной.

Для россиян характерно обращение к врачу в тот момент, когда симптомы заболевания мешают выполнять обязанности на работе. Отношение к диспансеризации при этом — скептическое. Эту меру профилактической медицинской помощи население считает формальной процедурой, которая никак не способствует улучшению здоровья [39]. В сочетании с обозначенными негативными явлениями данные поведенческие особенности могут препятствовать своевременному выявлению риска хронических инвалидизирующих патологий.

В исследовании С.Э. Покровской показано, что медицинская активность населения имеет возрастную специфику. Лица предпенсионного и пенсионного возраста склонны обращаться за медицинской помощью в государственные организации здравоохранения в случае заболевания в большей степени по сравнению с более молодыми группами населения. Они реже надеются на спонтанное выздоровление, как это делают многие молодые люди. В то же время в старших возрастах значительно ниже доля лиц, полагающих, что личные усилия человека могут во многом определять его состояние здоровья. Автор указывает и на принципиальное различие между пожилыми гражданами и людьми с инвалидностью. Среди последних им не удалось выявить никого, кто считал бы личные усилия в поддержании здоровья совершенно незначимыми [40].

Установление человеку группы инвалидности фактически накладывает и на него самого, и на систему здравоохранения дополнительные обязанности по поддержанию его здоровья. В условиях демографического старения населения профилактика инвалидизирующих патологий и повышение результативности реабилита-

ции инвалидов являются одними из важнейших направлений развития здравоохранения. По данным уже упоминавшегося выборочного наблюдения Росстата¹², в 2017 году среди людей с инвалидностью 45% указали, что для них не была разработана индивидуальная программа реабилитации (ИПРА). Среди тех, у кого ИПРА имелась, 39% отметили, что она не полностью соответствует их потребностям. Кроме того, 7% респондентов указали, что прописанные в программе мероприятия не выполняются. Отдельной проблемой остаётся обеспечение инвалидов средствами реабилитации и товарами медицинского назначения. В городах 38% инвалидов сообщили, что не обеспечены техническими средствами реабилитации, 73% — что не обеспечены средствами ухода. В сельских населённых пунктах доли таких ответов составили 41 и 67% соответственно.

Заключение

Европейские страны по показателям ожидаемой продолжительности здоровой жизни, инвалидности, а также доле пожилых в составе населения можно объединить в шесть кластеров. Сходство по названным критериям соотносится с географическим положением стран и их участием в политических объединениях (в настоящее время или в недалёком историческом прошлом). Так, показатели инвалидности в России наиболее близки к наблюдаемым в странах Восточной Европы, особенно в бывших советских республиках. Для России основными факторами, способствующими инвалидизации населения, выступают, с одной стороны, демографическое старение, а с другой — неблагоприятные условия жизни значительной части граждан. Причём низкий уровень дохода может быть самостоятельным мотивом получения группы инвалидности или приводить к этому событию опосредованно — через ухудшение питания, снижение доступности качественных лекарств и платного медицинского обслуживания. Особенно тревожно то, что российская система здравоохранения пока не готова к значительному росту потребности населения в ме-

дицинских услугах. Об этом свидетельствуют приводившиеся выше результаты обследований Росстата, а также данные региональных социологических исследований [41]. «Разгрузить» государственные учреждения благодаря развитию платной медицины не удастся до тех пор, пока не вырастут доходы пожилых граждан, составляющих основной контингент пациентов государственных учреждений здравоохранения. Причём эксперты ожидают роста численности инвалидов в старших возрастных группах населения в связи с недавним повышением пенсионного возраста [42].

В мировой практике есть опыт негативных последствий проведения реформ в сфере здравоохранения. Оптимизация сети медицинских учреждений во многих странах стала причиной снижения доступности медицинской помощи для населения [43]. В работе D. Sakellariou & E.S. Rotarou (2019) проанализировано воздействие неолиберальных преобразований на доступность медицинских услуг для людей с инвалидностью на примере Чили (страна-пионер на пути неолиберальных реформ в здравоохранении) и Греции (активно реализует эти реформы в последние годы). По итогам проведённого ими анализа авторы исследования называют неолиберальные реформы в здравоохранении формой «структурного насилия» (англ. *structural violence*), непропорционально сильно поражающей наиболее уязвимые категории населения, в том числе людей с инвалидностью [44].

Помня о том, что в любом обществе есть уязвимые группы, которые обладают наименее широкими возможностями в получении платных медицинских услуг, необходимо развивать и делать более доступными медицинские услуги государственных учреждений здравоохранения. Вместе с тем для максимально успешного выявления рисков инвалидности профилактическую работу необходимо вести, учитывая половозрастную специфику рисков развития инвалидизирующих заболеваний.

В условиях демографического старения и роста спроса на бесплатные медицинские услуги именно со стороны старшего поколения наиболее комплексного результата в плане профилактики инвалидности можно ожидать от мер, ориентированных на укрепление здоровья

¹² Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сфере образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости населения. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/quality17/index.html (дата обращения: 18 апреля 2019 г.).

этой категории населения. В их числе: развитие и совершенствование медицинской помощи геронтологического профиля; включение в программу диспансеризации для старших поколений обследований, позволяющих своевременно выявить признаки онкопатологий и сердечно-сосудистых заболеваний; разъяснительная и просветительская работа с населением, направленная на повышение доверия врачам, приверженности назначенному курсу лечения, медицинской грамотности и закрепление навыков здоровьесберегательного поведения.

Важнейшее направление профилактики инвалидности среди представителей старших возрастов — обеспечение им достойного уровня жизни. Помимо исполнения уже существующих обязательств (предоставление льгот и гарантий в сфере пенсионного обеспечения и занятости) необходимо содействовать повышению финансовой грамотности старшего поколения — информировать людей о способах защиты от действий мошенников, вовлечения в рискованные финансовые схемы, поскольку неумение распоряжаться доходами является одной из причин «застревания» в бедности [45].

Среди населения трудоспособного возраста снижения показателей инвалидности также можно достичь, улучшив доступность консультаций врачей-специалистов для занятого населения, поощряя работодателей к заботе о здоровье работников, совершенствуя методы диагностики инвалидизирующих заболеваний, их применение во время прохождения гражданами регулярной диспансеризации.

Предотвращение потерь здоровых лет жизни из-за инвалидности возможно только после решения проблемы низкого качества жизни населения России, что требует применения целого комплекса управленческих инструментов. В то же время последствия инвалидизации населения также требуют регулирования. Можно предложить три направления работы для сни-

жения уровня инвалидности и сокращения социального и экономического ущерба от этого явления:

1) профилактика инвалидности: включает меры по прогнозированию, выявлению и предупреждению угроз ухудшения общественного здоровья;

2) компенсация текущего экономического ущерба от инвалидизации населения: создание общества равных возможностей: формирование доступной среды, развитие и внедрение этики общения с инвалидами, разработка и реализация программ и проектов поддерживаемого трудоустройства инвалидов;

3) вторичная профилактика, необходимая для предотвращения потерь, связанных с дальнейшим ухудшением состояния здоровья инвалидов, предполагающая совершенствование системы реабилитации и включающая меры, направленные на поддержание высокого качества жизни инвалидов.

Перечисленные направления, безусловно, не охватывают весь спектр проблем, связанных с инвалидизацией населения, однако позволяют структурировать деятельность, направленную на минимизацию экономических и социально-демографических потерь общества, обусловленных инвалидностью.

Проведённое нами исследование позволяет заключить, что инвалидизация сопутствует низкому качеству жизни населения или его отдельных категорий. Демографическое старение само по себе не приводит к инвалидизации населения, а лишь накладывается на уже существующие социально-экономические условия. В зависимости от этих условий и качества социального управления инвалидизация приобретает наблюдаемые масштабы и структурные характеристики. Это определяет возможность использования характеристик данного процесса в качестве индикаторов результативности политики в сфере здравоохранения.

Литература

1. Каспарьян Ж.Э. Динамика инвалидности населения Мурманской области: разработка и построение системно-динамической модели // Труды Кольского научного центра РАН. 2012. № 2 (9). С. 138–145.
2. Запарий Н.С., Запарий С.П. Динамика инвалидности вследствие болезней, вызванных ВИЧ, в федеральных округах Российской Федерации за 2007–2008 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2011. № 2. С. 54–57.

3. Спектор С.В. Динамика и структура инвалидности вследствие психических расстройств в Калининградской области за 2008–2011 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2012. № 4. С. 112–116.
4. Васин С.А. Перспективы изменения численности и возрастного состава взрослых инвалидов в России // Проблемы прогнозирования. 2017. № 5 (164). С. 129–139.
5. Yokota R.T.C., Van der Heyden J., Demarest S. et al. Contribution of chronic diseases to the mild and severe disability burden in Belgium. *Archives of Public Health*, 2015. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0083-y> (Accessed 29 April 2019)
6. Vellopoulou K., Bakakos P., Loukides S., Maniadakis N., Kourlaba G. The economic burden of asthma in Greece: a cross-sectional study. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00469-4> (Accessed 24 April 2019)
7. Addabbo T., Sarti E., Sciulli D. Disability and life satisfaction in Italy. *Applied Research in Quality of Life*, 2016, vol. 11, no. 3, pp. 925–954. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11482-015-9412-0> (Accessed 24 April 2019)
8. Pagn-Rodríguez R. Disability, training and job satisfaction. *Social Indicators Research*, 2015, vol. 122, no. 3, pp. 865–885. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0719-2> (Accessed 24 April 2019)
9. Мигранова Л.А., Ненахова Ю.С. Программа «Доступная среда» и оценка ее реализации инвалидами // Народонаселение. 2015. № 1 (67). С. 107–122.
10. Ворошилова И.И., Пархоменко Р.С., Ефанов В.Н. Ожидаемая продолжительность жизни, смертность и инвалидность в оценке качества жизни пожилых людей // Клиническая геронтология. 2009. Т. 15. № 12. С. 9–12.
11. Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики / С. Васин, О. Голодец, С. Бесфамильная, Т. Малева. М., 1999. 225 с.
12. Муравьевва М.Г. Калеки, инвалиды или люди с ограниченными возможностями? Обзор истории инвалидности // Журнал исследований социальной политики. 2012. Т. 10. № 2. С. 151–166.
13. Shkolnikov V.M., Andreev E.M., Tursun-zade R., Leon D.A. Patterns in the relationship between life expectancy and gross domestic product in Russia in 2005–15: a cross-sectional analysis. *The Lancet Public Health*, 2019, vol. 4, no. 4, pp. e.181–e.188. Available at: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(19\)30036-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(19)30036-2.pdf) (Accessed 24 April 2019)
14. Будилова Е.В., Лагутин М.Б., Мигранова Л.А. Динамика популяционного здоровья населения России в 2005 – 2016 гг. // Народонаселение. 2018. Т. 21. № 2. С. 99–109.
15. Здоровье и нездоровье россиян / С.А. Васин, Е.А. Кваша, А.В. Рамонов, Т.Л. Харьковская // Демоскоп Weekly. 2015. № 647–648. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0647/demoscope647.pdf> (дата обращения: 24.04.2019).
16. Бурдяк А.Я., Тындик А.О. Измерение инвалидности и положение инвалидов: российский и международный подходы // Вестник НГУЭУ. 2016. № 1. С. 22–43.
17. Макаренцева А.О., Васин С.А., Хасанова Р.Р. Как оценить число инвалидов в России // Демоскоп Weekly. 2016. № 695–696. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0695/tema01.php> (дата обращения: 24.04.2019).
18. Запарий С.П., Коврижных Ю.А. Анализ первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в г. Москве в 2012–2017 гг. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2018. № 4. С. 72–78.
19. Саламатина О.В. Первичная инвалидность вследствие злокачественных новообразований у взрослого населения Челябинской области в динамике за 2012 – 2016 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2017. № 3. С. 92–97.
20. Тимонина Ю.В., Петрушина М.В., Казакевич Л.И. Анализ первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения среди взрослого населения Челябинской области за период 2012–2016 гг. // Медико-социальные проблемы инвалидности. 2017. № 3. С. 75–84.
21. Бутрина В.И. Качество жизни инвалидов: анализ современной ситуации в России // Уровень жизни населения регионов России. 2014. № 4 (194). С. 129–137.
22. Больницкая А.Н. Инвалиды и общество // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2014. № 4 (122). С. 119–127.
23. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя // Социологические исследования. 2010. № 9. С. 50–58.

24. Старобина Е.М., Кузьмина И.Е., Кривенков С.Г. О результатах мониторинга потребности инвалидов в трудоустройстве, открытии собственного дела в Санкт-Петербурге // Труд и социальные отношения. 2015. №4. С. 145–158.
25. Ненахова Ю.С. Трудовой потенциал инвалидов: проблемы реализации // Народонаселение. 2018. Т. 21. № 3. С. 96–108.
26. Трудоустройство инвалидов на столичном рынке труда: проблемы и пути решения / [О.А. Александрова, М.С. Токсанбаева, А.В. Ярашева и др.; науч. ред.: О.А. Александрова]; АНО «Совет по вопросам управления и развития». М.: Вариант, 2018. 280 с.
27. Демьянова А.В. Меры государственной поддержки занятости инвалидов в России // Вопросы государственного и муниципального управления. 2015. №4. С. 160–185.
28. Васин С.А. Лёгкое бремя инвалидности // Демоскоп Weekly. 2007. № 283–284. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0283/analit07.php> (дата обращения: 24.04.2019 г.).
29. Chang A.Y., Skirbekk V.F., Tyrovolas S., Kassebaum N.J., Dieleman J.L. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*, 2019, vol. 4, no. 3, pp. e159–e167. Available at: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(19\)30019-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(19)30019-2.pdf) (Accessed 24 April 2019)
30. Jackson S.E., Hackett R.A., Steptoe A. Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *The Lancet Public Health*, 2019, vol. 4, no. 4, pp. 200–208. Available at: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(19\)30035-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(19)30035-0.pdf) (Accessed 29 April 2019)
31. Raleigh V.S. Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: why are improvements slowing? *OECD Health Working Paper no. 108*. OECD, 2019. 61 p. Available at: <https://dx.doi.org/10.1787/223159ab-en> (Accessed 29 April 2019)
32. Sugawara, Y.M., Saito Y. Changes in disability-free life expectancy (DFLE) at birth between 2000 and 2010 across Japanese prefectures. *International Journal of Public Health*, 2016, vol. 61, no. 7, pp. 739–749. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0847-3> (Accessed 24 April 2019)
33. Иванова А.Е., Павлов Н.Б., Михайлов А.Ю. Тенденции и региональные особенности здоровья взрослого населения России // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. Т. 19. № 3. С. 25. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/323/30/lang,ru/> (дата обращения: 17.04.2019 г.).
34. Кулагина Е.В. Профиль инвалидности: демографический и региональный аспекты // Региональная экономика: теория и практика. 2016. № 11 (434). С. 103–119.
35. Козырева П.М., Низамова А.Э., Смирнов А.И. Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994–2011 гг.) // Вестник Института социологии. 2012. № 6. С. 8–47.
36. Ворошилова И.Н., Пархоменко Р.С., Ефанов В.Н. Ожидаемая продолжительность жизни, смертность и инвалидность в оценке качества жизни пожилых людей // Клиническая геронтология. 2009. Т. 15. № 12. С. 9–12.
37. Сибурина Т.А., Мишина О.С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 2 (18). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/278/30/lang,ru/> (Дата обращения: 24.04.2019)
38. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения : моногр. / Гос. ун-т Высшая школа экономики. М.: МАКС пресс, 2007. 526 с.
39. Андриянова Е.А., Позднова Ю.А. Факторы формирования социальных стереотипов городского населения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи // Известия Саратовского университета. 2012. Т. 12. Сер. Социология. Политология. Вып. 1. С. 40–45.
40. Покровская С.Э. Факторы, формирующие обращаемость за медицинской помощью // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 3 (25). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/278/30/lang,ru/>
41. Груздева М.А., Барсуков В.Н. Здоровье населения старших возрастов: современные вызовы // *Society and Security Insights*. 2018. Т. 1. № 4. С. 184–191.
42. Соловьев, А. К. Повышение пенсионного возраста: демографические условия и макроэкономические риски // *Экономист*. 2015. № 7. С. 3–12.
43. Дуганов М.Д., Шабунова А.А., Калашников К.Н. Опыт постиндустриальных стран в реструктуризации медицинской помощи и уроки для России // Проблемы развития территории. 2016. № 2 (82). С. 65–81.

44. Sakellariou D. & Rotarou E.S. The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. *International Journal for Equity in Health*, 2017. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0699-3> (Accessed 24 April 2019)
45. Нестерова С.И. Исследование регионального уровня бедности в Российской Федерации // Вестник НГИЭИ. 2018. № 11 (90). С. 33–46.

Сведения об авторе

Лейла Натиговна Нацун – научный сотрудник, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: leyla.natsun@yandex.ru)

Natsun L.N.

The Increase in the Number of Disabled Population in European Countries as an Indicator of the Effectiveness of Their Health Policies

Abstract. The paper presents an analysis of disability indicators in European countries, where the increase in the number of persons with disabilities is largely determined by the high primary disability in the elderly. The goal of our research is to identify distinctive characteristics of disability in groups of European countries that have different levels of economic development and conduct different policies in the field of healthcare. To achieve this goal, we solve the following research tasks: we arrange European countries into groups; we make a comparative evaluation of disability rate in the population in selected groups; we analyze of the quality and accessibility of healthcare as a factor that influences disability indicators; we propose recommendations aimed to reduce the disability rate in Russia's population. We group European countries into six clusters according to disability indicators, the proportion of elderly persons in the population and healthy life expectancy at age 60. The greatest similarity of these parameters is observed in the countries that have similarities in geographical position and historical experience of participation in political associations. The Russian situation is characterized by worse values of healthy life expectancy and a relatively low proportion of elderly population in comparison with the situation in most other European countries. The discussion part of our paper considers the quality and availability of healthcare. In Russia, a significant part of older citizens who have the greatest risk of developing disabling pathologies cannot afford to receive treatment in private medical organizations. The effectiveness of rehabilitation measures for people with disabilities remains low. In conclusion, we summarize the arguments in favor of the use of disability indicators in assessing the effectiveness of countries' health policies. We propose directions of work to reduce disability in Russia. The results of the study can be useful for social management workers and for scientists whose research interests affect the problems associated with disability of the population.

Key words: disability, increase in the number of the disabled, quality and availability of medical care, demographic ageing.

Information about the Author

Leila N. Natsun – Researcher, Vologda Research Center of RAS (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: leyla.natsun@yandex.ru)

Статья поступила 08.07.2019.