

УДК 330.1

DOI: 10.31857/S0869049924050087
EDN: JUMYIO

Оригинальная статья / Original article

Социальные детерминанты здоровья: мировые тенденции и региональные особенности

© В.А. САУТКИНА

Сауткина Вера Алексеевна, Национальный исследовательский институт мировой экономики и международных отношений им. Е.М. Примакова РАН (Москва, Россия), vera-sautkina@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-6891-7726

Предмет исследования – перспективы формирования модели оказания медицинской помощи с учетом данных об условиях жизни конкретных пациентов. Новый подход к решению финансовых и управленческих задач в данной сфере предполагает расширение функционала учреждений здравоохранения. Поставлена цель выявить возможности преодоления рисков, связанных с постепенным перераспределением функций общественного здравоохранения, когда значительная часть ответственности за здоровье переносится на население. Анализ основан на широком круге источников, статистике и данных социологических исследований. Показано, что применение моделей организации оказания медицинской помощи с учетом показателей качества жизни пациентов стало возможным благодаря внедрению цифровых платформ, которые координируют взаимодействие медицинских учреждений, общественных организаций и социальных служб. В настоящее время подобная модель с успехом применяется лишь в некоторых странах по мере формирования условий для переориентации на персонализированную помощь пациентам с учетом их социально-психологических особенностей.

Ключевые слова: общественное здравоохранение, биоинформационные технологии, здоровье нации, социальное неравенство, социальные детерминанты здоровья

Цитирование: Сауткина В.А. (2024) Социальные детерминанты здоровья: мировые тенденции и региональные особенности // Общественные науки и современность. № 5. С. 98–110. DOI: 10.31857/S0869049924050087, EDN: JUMYIO

Social Determinants of Health: Global Trends and Regional Features

© V. SAUTKINA

Vera A. Sautkina, Primakov National Research Institute of World Economy and International Relations, Russian Academy of Sciences (Moscow, Russia), vera-sautkina@yandex.ru. ORCID 0000-0002-6891-7726

Abstract. The subject of this study is the prospects for developing a model for providing medical care taking into account data on the living conditions of specific patients. A new approach to solving financial and managerial problems in this area involves expanding the functionality of healthcare institutions. The goal is to identify opportunities to overcome the risks associated with the gradual redistribution of public health functions, when a significant part of the responsibility for health is transferred to the population. The analysis is based on a wide range of sources, statistics and sociological research data. It is shown that the use of models for organizing the provision of medical care taking into account the indicators of the quality of life of patients has become possible due to the introduction of digital platforms that coordinate the interaction of medical institutions, public organizations and social services. Currently, such a model is successfully applied only in some countries, as conditions are formed for reorientation to the provision of personalized care to patients, taking into account their socio-psychological characteristics.

Keywords: public health, nation, social inequality, bioinformatical technologies, social determinants

Citation: Sautkina V.A. (2024) Social Determinants of Health: Global Trends and Regional Features. *Obshchestvennye nauki i sovremennost'*, no. 5, pp. 98–110. DOI: 10.31857/S0869049924050087, EDN: JUMYIO (In Russ.)

Всеобщая занятость, доступное качественное образование и медицинская помощь традиционно выступают в качестве прогрессивных социальных завоеваний. Однако сегодня они требуют усиленной поддержки перед угрозой слома прежних механизмов социальной защиты, причем даже в экономически развитых странах. Происходит отход от принципов социальной справедливости, растет неравенство и между странами и внутри стран между различными социальными группами. Отсутствие непосредственной взаимосвязи высокого экономического роста и повышения качества жизни простых граждан исследователи отметили уже в начале первого десятилетия нового века [Садовая, Сауткина 2012]. В настоящее время во многих странах имущественное неравенство нарастает, и это причина формирования новых моделей управления системами общественного здравоохранения. Внедрение биоинформационных технологий в современную врачебную практику позволило победить многие неизлечимые болезни, но стоимость высокотехнологичной помощи настолько высока, что стала недоступной для большинства нуждающихся в ней пациентов даже в относительно богатых странах.

С целью снизить стоимость медицинских услуг экспертное сообщество предлагает внедрять в модели оказания медицинской помощи функции, которые ранее не были закреплены за учреждениями общественного здравоохранения. Речь касается данных о социально-экономических условиях жизни пациентов, которые, при условии применения новейших технологий, могут обеспечить формирование прогностических моделей для оценки риска здоровья представителей различных социальных групп. Такой подход позволяет снизить расходы на медицинские услуги, поскольку предполагает усиление роли профилактики заболеваемости.

Разработка концепции социальных детерминант здоровья

Понятие «социальные детерминанты здоровья» используют в официальных документах и аналитических исследованиях с конца прошлого столетия, поскольку оно представляет собой сжатое определение социальных, политических, экономических, экологических и культурных факторов, влияющих на состояние здоровья. Для обозначения различных моделей медицинской помощи с использованием данных о немедицинских факторах в литературе принята аббревиатура SDOH (социальные детерминанты здоровья) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)¹.

Несмотря на очевидность влияния качества жизни людей на их здоровье и признание этого факта на всех уровнях управления, до сих пор модели оказания медицинской помощи на основе социальных детерминант здоровья в полной мере не были интегрированы ни в одну из систем здравоохранения в мире. Для продвижения данного направления в жизнь необходимо установить более тесное сотрудничество между органами здравоохранения и множеством заинтересованных сторон – местными властями и сообществами граждан, политиками, организациями, отвечающими за городскую инфраструктуру, от которых зависит правовое и финансовое обеспечение социальных программ.

Существует множество барьеров на пути новых принципов управления системами здравоохранения. На первых этапах основным из них было отсутствие технологических возможностей для обмена потоком информации, необходимой для координации усилий различных ведомств. Благодаря внедрению цифровых технологий и искусственного интеллекта в управление социальными процессами положение стало меняться. Внедрение новых моделей оказания медицинской помощи требует преодолеть обозначенные специалистами проблемы, среди которых отсутствие стандартизированных показателей SDOH, противоречивость методов измерения, затруднения при учете всего объема информации, необходимого для расчета рисков применительно к отдельным пациентам².

Принятие в 1986 г. Оттавской хартии укрепления здоровья привело к осознанию необходимости менять подходы к оказанию медицинской помощи с учетом данных об условиях жизни пациентов, возникла теоретическая база для такого перехода. Было предложено рассматривать понятие «здоровье» в соответствии с позитивной его коннотацией, основанной на признании важности социальных и личностных ресурсов, а также физических возможностей людей. Был сформулирован тезис: здоровье нации не является задачей только системы здравоохранения – необходимо приложить всеобщие усилия по формированию здорового образа жизни, всемерного повышения уровня общего благополучия людей³.

На этом этапе были определены основные направления деятельности по внедрению в практику намеченных принципов укрепления здоровья населения: формирование государственной политики здоровья; создание благоприятной среды обитания; усиление действий местных сообществ в интересах здоровья; развитие личностных навыков и умений;

¹ Social Determinants of Health at CDC. (<https://www.cdc.gov/about/sdoh/index.html>).

² Fox A. (June 19, 2023). Scaling SDOH initiatives with analytics and coordinated workflows. Healthcare IT News. (https://www.healthcareitnews.com/news/scaling-sdoh-initiatives-analytics-and-coordinated-workflows?mkt_tok=NDIwLVlOQS0yOTIAAAGMdG5K-Ts6OvDQvmVS4GtCdc-v869evKUdj6wATJ4eO2FIdW2VZwtr9TrCfby1PBJWs7qlZNioP9zG7MK4mSgeOewEcfe9QBAsRDuPDm0Ow).

³ Оттавская хартия по укреплению здоровья, 1986 г. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349655/WHO-EURO-1986-4044-43803-61673-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

переориентация служб здравоохранения. Обзор научных исследований, поток которых начал набирать силу с конца 1960-х гг., свидетельствует, что практически все аспекты здоровья человека непосредственно связаны с социальными условиями его проживания. В исследовании М. Мармота и Р. Уилкинсона на основе обобщения большого объема информации удалось выявить основные социальные детерминанты здоровья, прежде всего доступность и качество медицинской помощи и общая направленность социальной политики государства. Было показано, что в тех странах, где эти факторы игнорируют, как правило, не придают значения и запросам населения относительно соблюдении социальной справедливости [*Marmot, Wilkinson 1999*].

Значительная часть социальных и экономических детерминант здоровья не входит в круг вопросов, за которые ответственна система здравоохранения. Ослабить негативное воздействие всех факторов риска для здоровья людей, непосредственно связанных с условиями их жизни, можно лишь путем коллективных усилий. В целях координации совместных мероприятий по устранению неравенства в сфере здравоохранения и разработки конкретных программ в этой области с учетом социальных детерминант развития стран-членов ВОЗ в 2005 г. была создана специальная комиссия. С этого времени на постоянной основе международные эксперты представляют научные разработки по следующим направлениям: системы измерения и анализа фактических данных, развитие детей в раннем возрасте, социальное отчуждение, условия трудоустройства и проживания в городах, расовое и гендерное неравенство⁴.

На основе данных постоянного мониторинга, который проводился в условиях пандемии COVID-19 в странах-членах ВОЗ, выявлены пагубные последствия социального неравенства для наиболее уязвимых слоев населения. В этот период удалось активизировать усилия по воздействию на социальные детерминанты здоровья в качестве неотъемлемой составляющей национальных, региональных и международных мер реагирования на кризисные явления в социально-экономической сфере и чрезвычайные ситуации в области здравоохранения⁵.

Расширение набора факторов, влияющих на состояние здоровья, начиная с поведенческих особенностей индивида до политики государства, предполагает разработку принципиально нового подхода к решению финансовых и управленческих задач в данной сфере. Эксперты предложили применять многосекторальный метод, который позволяет эффективно использовать имеющиеся общественные ресурсы⁶.

Совмещение социетальных факторов с индивидуальными параметрами пациентов потребовало разработки многоуровневых исследовательских дизайнов. Методология изучения состояния здоровья населения в различных регионах мира основана на модели, разработанной Ф. Дидериксом в начале 2000-х гг. Модель представляет собой наложение трех уровней исследования, включая описание социально-политического контекста, уровня социальной стратификации и индивидуальных поведенческих стандартов, влияющих на состояние здоровья [*Diderichsen, Evans, Whitehead 2001*].

⁴ Социальные детерминанты здоровья. Информационный бюллетень. Документальный Центр ВОЗ. Декабрь 2008 г. (<https://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/31.html>).

⁵ Форум партнеров ВОЗ подчеркивает важность устойчивого финансирования для противодействия чрезвычайным ситуациям, борьбы с изменением климата и улучшения здоровья для всех. Пресс-релиз 23.06.2023 г. (<https://www.who.int/europe/news/item/23-06-2023-who-partners-forum-highlights-importance-of-sustainable-funding-for-tackling-emergencies-climate-change-and-better-health-for-all>).

⁶ Социальные детерминанты здоровья. Доклад Генерального директора. 06.01.2021. ВОЗ. (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-ru.pdf).

Углубление теоретической разработки концепции социальных детерминант здоровья за счет включения новых ключевых категорий способствовало значительному расширению дискурса, касающегося освобождения государства от ответственности за состояние общественного здравоохранения, и деполитизации данной проблематики [Marmot, Wilkinson, Priest, Waters, Valentine, Armstrong, Friel, Prasad, Solar 2009]. Многие эксперты высказывают мнение, что включение понятия социального капитала в число основных факторов здоровья как на индивидуальном, так и на общественном уровне позволит оценить материальные возможности государства и смягчить уровень общественного неравенства. Другие, напротив, считают такой подход к оценке потенциальных ресурсов систем здравоохранения некорректным, так как социальный капитал определяет обеспечение одновременно и индивидуальными, и общественными ресурсами. Если следовать такому подходу, то государство будет постепенно перекладывать ответственность за здоровье нации на само население [Панова 2013], что неверно. Переход к оказанию медицинской помощи на основе социальных детерминант здоровья затрагивает жизненные интересы широкого круга общественных слоев, а значит, необходимо предпринять усилия, чтобы преодолеть борьбу мнений относительно роли государства, рынка и индивидуальной ответственности граждан.

Вместе с тем очевидно, что комплекс проблем, для решения которых ни одна система здравоохранения не имеет ни достаточного финансового обеспечения, ни достаточных рычагов управления, нарастает. Следствие этого – постепенное перераспределение ролей в организации медицинской помощи населению, что характерно для всех регионов мира. Эта тенденция получает теоретическое обоснование и закрепляется принятием соответствующих документов. Специалисты ВОЗ разработали концепцию, согласно которой национальные системы здравоохранения должны более активно привлекать заинтересованные стороны для партнерства в интересах сохранения здоровья граждан⁷. Такой поворот потребует коренного изменения стиля работы в медицине, четкого и слаженного взаимодействия всех участников, включая органы государственной и муниципальной власти, бизнес и местные сообщества. Новое направление было обозначено как общегосударственный (whole-of-government) подход, основанный на принципе участия всего общества (whole-of-society). Речь идет о переходе к коллективным формам стратегического руководства в сфере здравоохранения, поэтому необходимо разработать рекомендации как для руководителей, определяющих политику, так и для других субъектов относительно конкретных механизмов партнерства. Совместную работу и объединение усилий в целях охраны здоровья следует вести на регулярной и формализованной основе, при условии упорядочения ответственности всех участвующих сторон [Сауткина 2016].

К настоящему времени сложилось несколько концептуальных моделей по изучению социальных детерминант здоровья населения. Поскольку не существует единых стандартов, которые определяли бы индикаторы уровня жизни в разных странах и регионах, в каждом случае необходимо разрабатывать модели с учетом региональных особенностей.

Внедрение новых моделей в практику здравоохранения

Последовательное расширение исследовательского поля, углубление знаний о социальных детерминантах здоровья в разных странах мира получили отражение в специализированном ретроспективном обзоре публикаций по данной проблематике. Проанализи-

⁷ Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013. (<https://who-sandbox.squiz.cloud/ru/publications/policy-documents/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>).

ровано около 250 работ, изданных до 2015 г. Наибольшая активность в этом отношении отмечена в экономически развитых регионах, в то время как в большинстве мусульманских стран в этой области не делается практически ничего. Однако постепенно положение меняется в Иране и некоторых других странах Востока, где модели оказания медицинской помощи с учетом социальных детерминант получают распространение [Morteza, Mohammad, Emamgholipour et al. 2016].

Наиболее удачные примеры применения инновационной модели первичной медицинской помощи позволяет выявить контент-анализ публикаций в специализированных изданиях. На протяжении последнего десятилетия многосекторальный подход к оказанию медицинской помощи населению активно практикуют в Австралии. Разработанные австралийскими специалистами программы на основе искусственного интеллекта (ИИ) способствуют значительному улучшению состояния пациентов с хроническими заболеваниями, исключают критические случаи ухудшения здоровья за счет адресного применения необходимых мер (вакцинация, ранняя диагностика и упреждающее лечение). Расширение подобной практики приводит к снижению госпитализации – до 75 000 случаев ежегодно. Новые стандарты медицинской помощи распространяют на национальном уровне. В обследовании за 2017–2018 гг. получены данные об условиях жизни пациентов по штатам и территориям, а также по 31 району сети первичной медико-санитарной помощи и более чем по 300 районам. Благодаря новому подходу в течение 2017–2018 гг. система здравоохранения сэкономила от 247,5 до 480 млн австралийских долларов⁸.

Австралийская технологическая компания Pen CS, которая отвечает за внедрение информационных технологий в здравоохранении, применяет инструмент клинического аудита – инновационную платформу Pen CS CAT. Теперь, учитывая социально-экономический статус пациентов, наличие патологий и особенностей образа жизни, можно прогнозировать вероятность незапланированных госпитализаций. Такая практика помогает медикам верно оценивать риски, расставлять приоритеты при необходимости экстренного медицинского вмешательства и значительно снижать затраты сил и средств⁹.

Согласно аналитическим прогнозам, в следующем десятилетии в США расходы на здравоохранение вырастут и могут составить до 20% ВВП к 2031 г. Особое беспокойство вызывает тот факт, что одновременно произойдет снижение доли застрахованного населения – с 92,3% в 2023 г. до 90,5% к 2031 г. Сокращение охвата населения доступной медицинской помощью на фоне постоянного роста расходов на здравоохранение – главная причина активизации разработок новых моделей управления с последующим расширением их распространения на местах [Keehan, Fiore, Poisal, Cuckler, Sisko, Smith, Madison, Rennie 2023].

На пути преодоления барьеров в доступе малообеспеченных слоев населения к качественной медицинской помощи особые надежды возлагают на применение технологий на базе ИИ. Сложилось единодушное мнение: данные технологии полезны ровно настолько, насколько надежны вводимые в программы данные. Использование неадекватных индикаторов уровня жизни населения приведет лишь к углублению неравенства в этой сфере. При разработке специальных программ оказания медицинской помощи специалистам

⁸ Web report. Potentially preventable hospitalisations in Australia by age groups and small geographic areas, 2017–18. (2019). (<https://www.aihw.gov.au/reports/primary-health-care/potentially-preventable-hospitalisations/contents/about>).

⁹ Ang A. (May 17, 2023) Pen CS releases hospitalisation risk report CAT function // Healthcare IT News. (https://www.healthcareitnews.com/news/anz/pen-cs-releases-hospitalisation-risk-report-cat-function?mkt_tok=NDIwLVlOQS0yOTIAAAGMDktnjazKvrCoLh0idbWffYTx4c7lIEkKvC9n_-HigrzRYhc4zqzJYbt4nU78M2Xb8kHhEE4iafBpGGF AUdRAISNWlZqgVGBmsrd1zjNZa).

необходимо учитывать тот факт, что медицинские учреждения не располагают информацией об обращении своих пациентов в службы социальной защиты, сбор таких данных не входит в перечень обязанностей медицинских работников. Кроме того, включение информации о социальных детерминантах здоровья в электронные карты пациентов значительно увеличит нагрузку врача во время приема.

Главная цель создания новых цифровых платформ – обеспечение централизованной координации действий между сетевыми провайдерами, медицинскими центрами и пациентами. Обмен информацией между заинтересованными сторонами позволит назначать координаторов и создавать для нуждающихся в медицинской помощи индивидуальные графики посещения врачебных кабинетов. В целях продвижения таких технологий в клиническую практику в США была создана холдинговая компания CareAbout. Используя инновационный инструмент SDOH Explorer, компания Innovaccer ведет мониторинг воздействия социальных детерминант здоровья на пациентов на уровне отдельного округа, обеспечивая поставщиков медицинских услуг детальными сведениями о положении в конкретных группах населения на данной территории. Региональные органы управления могут расширять географический охват и масштабировать подобные инициативы до более широких групп населения.

В качестве примера успешного применения таких инструментов можно привести программу медицинской помощи пациентам в Нью-Йорке, разработанную для бенефициаров Medicaid в 2015–2017 гг. За каждым зарегистрированным пациентом закреплен менеджер по уходу, который разрабатывает персонализированный план лечения, согласовав предоставление всех необходимых услуг с лечебными организациями и социальными службами. Благодаря данной программе, медицинским работникам удалось не только выявить наиболее уязвимых в социальном плане пациентов, но и значительно улучшить их здоровье¹⁰.

В Соединенных Штатах многие пациенты испытывают трудности с доступом к местам оказания медицинской помощи, так как не располагают необходимыми средствами или не имеют физической возможности. Решение этой проблемы связывают с развитием телемедицины. Проведенное в 2021 г. исследование показало: именно малообеспеченные слои населения – основные пользователи виртуальных способов лечения. Возмещение расходов на виртуальную помощь и доступ к широкополосной связи беднейшим слоям населения со стороны государства во время пандемии позволило многим людям своевременно получать медицинскую помощь. Это стало главным аргументом при обращении медицинского сообщества к государству с требованием пролонгировать государственную помощь нуждающимся пациентам в тех районах страны, где ограничен доступ к врачам паллиативной медицины¹¹.

В случае, если речь идет о малоподвижных пациентах, виртуальные консультации – источник принятия своевременных решений врачами и социальными работниками. Возможность открыто обсуждать возникающие проблемы позволяет согласовать предлагаемое лечение с условиями жизни пациентов, которые становятся своего рода экспертами в

¹⁰ Fox A. (June 19, 2023). Scaling SDOH initiatives with analytics and coordinated workflows // Healthcare IT News. (https://www.healthcareitnews.com/news/scaling-sdoh-initiatives-analytics-and-coordinated-workflows?mkt_tok=NDIwLVlOQS0yOTIAAAGMdG5K-Ts6OvDQvmVS4GtCdc-v869evKUdj6wATJ4eO2FIdW2VZwtr9TrCfby1PBJWs7qlZnioP9zG7MK4mSgeOewEcfe9QBa5RDuPDm0Ow).

¹¹ Karimi M., Lee E.C., Couture S.J. et al. (February 1, 2022). National Survey Trends in Telehealth Use in 2021: Disparities in Utilization and Audio vs. Video Services. (<https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/4e1853c0b4885112b2994680a58af9ed/telehealth-hps-ib.pdf>).

том, что для них важно. Благодаря совместному принятию решений пациенты свободны в выборе плана ухода, который соответствует их возможностям¹².

Иногда пациенты по разным причинам не готовы устно отвечать на вопросы, необходимые для скрининга на наличие факторов, негативно влияющих на образ жизни. Чтобы преодолеть подобные барьеры в настоящее время используют различные технологические новинки, разработанные с помощью ИИ. Специально обученные чат-боты задают неудобные вопросы, а когда пациенты сообщают о тех или иных проблемах, им показывают реальные пути их преодоления. Значительным шагом в развитии технологий на базе ИИ стали программы генерации естественного языка (NLG), благодаря которым можно формулировать медицинские заключения. Письменные заметки врача, составляющие до 49% данных в электронных картах пациентов, – это неструктурированная информация, которая не может быть проанализирована с помощью обычных алгоритмов (скажем, записи врача о том, что пациент одинок, не имеет средств на продукты питания или употребляет наркотические вещества) и остается необработанной. С помощью программ генерации естественного языка эти данные структурируют, и они могут быть использованы для изменения прежних протоколов лечения, организации лечебной помощи за пределами медицинских учреждений, что уменьшает вероятность повторных госпитализаций¹³.

Расширяя внедрение инновационных технологий в клиническую практику, необходимо одновременно обеспечить возможность постоянно тестировать результаты работы используемых алгоритмов в реальных условиях. Облачное программное обеспечение Pieces Connect не только позволяет сократить ручную работу бригады медиков по локации пациентов, но и позволяет работать по замкнутому циклу: тот, кто отправляет пациента на лечение, может узнать о всех необходимых мероприятиях. Справочный каталог Pieces Connect¹⁴ предлагает пользователям информацию о доступных видах помощи в различных критических ситуациях. Продвижение моделей организации медицинской помощи с учетом социальных детерминант здоровья непосредственно связано с эволюцией ИИ и его потенциальной способностью трансформировать огромный объем информации с учетом особенностей пациентов.

Рост социального неравенства – главный барьер доступности медицинской помощи

Поток новейших технологий сулит человечеству расширение зоны жизненного комфорта. Однако вместе с обретением все новых удобств нарастающими темпами возникают и новые проблемы. Качество жизни отдельных общественных слоев, возможно, улучшается, но не теряет актуальности проблема социального неравенства. Ухудшение социальных и экологических условий жизни беднейших слоев населения негативно влияет на показатели здоровья, повышает риск инфекционных заболеваний, пример тому – массовая гибель людей во время эпидемии COVID-19.

¹² Siwicki B. (June 12, 2023) Why telehealth is so critical for marginalized patient populations // Healthcare IT News. (https://www.healthcareitnews.com/news/why-telehealth-so-critical-marginalized-patient-populations?mkt_tok=NDIwLVlOQS0yOTIAAAGMchKP65KEIO5uj7WjHppxA_2x_YZItAgloTz_zQ198PcWDylajan7J0H9hLyFcB-kib40UZ7lAwJCgWf0Au6F9uEiNoyRW6nV_yroLd50Ig).

¹³ Naveed Ar. (2024) Practical applications of NLP in Healthcare: enhancing the value of electronic data. (<https://www.xevensolutions.com/blog/practical-applications-of-nlp-in-healthcare/>).

¹⁴ Identifying Social Determinants of Health. (<https://blog.piecestech.com/identifying-social-determinants-of-health>).

В настоящее время в экономически развитых странах люди живут долго: разница в средней продолжительности жизни между странами с высоким и низким уровнем дохода составляет около 18 лет¹⁵. Продолжительность жизни – один из важных критериев оценки эффективности не только национальных систем здравоохранения, но и социальной политики в целом. Согласно статистике ВОЗ, на протяжении последних десятилетий масштабы глобальной экономики здравоохранения постоянно увеличивались, обгоняя рост валового внутреннего продукта (ВВП). Однако развитие этого процесса происходит неравномерно, расходы на здравоохранение по странам в процентном значении от ВВП существенно различаются: минимум – 1,9%; медианное значение – 6,2%; максимум – 17,7%. Бюджетные затраты на развитие медицинской сферы в настоящее время – это не столько показатель высокого экономического уровня страны, сколько ее политического выбора, выбора приоритетов государственного финансирования.

В Европейском регионе расходы на здравоохранение увеличились повсеместно, но доля государства в этих расходах повысилась в 31 из 52 стран. Изменение структуры бюджетных расходов в пользу здравоохранения в странах со средним уровнем дохода позволит значительно уменьшить бремя затрат на медицинские услуги населения из собственного кармана¹⁶.

Примером высокой эффективности управления национальной системой здравоохранения на Американском континенте на протяжении нескольких десятилетий служит Куба. Основные показатели здоровья кубинцев вполне сопоставимы с показателями жителей экономически более благополучных стран, а по наиболее значимым индикаторам здоровья даже превосходят их. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в стране неуклонно росла в течение последних шести десятилетий. В 1960 г. она составляла 63,83 года, а к 2018 г. достигла 78,72 года [Луно Очоа 2020]. Опыт, накопленный в стране за долгие десятилетия, наглядно демонстрирует эффективность применяемых моделей медицинской помощи с учетом конкретных потребностей различных социальных групп. В целях практического применения таких установок действует триединый подход: пациентам одновременно оказывают медицинскую, психологическую и социальную помощь. Сеть учреждений, начиная от врачебного кабинета до специализированной больницы, обеспечена высокотехнологичным оборудованием и квалифицированным персоналом. Несмотря на перманентный экономический кризис, правительство изыскивает возможности финансировать научные исследования, связанные со здоровьем человека: на Кубе информационные технологии уже давно внедрены в систему здравоохранения, благодаря чему создана единая компьютеризированная система управления отраслью. Доступ пациентов из малообеспеченных слоев населения к качественной медицинской помощи обеспечен благодаря использованию секторального принципа управления общественным здравоохранением. Однако кубинская национальная система здравоохранения, при всех ее достижениях, испытывает немало трудностей. Прежде всего это касается положения медицинских работников, оплата труда которых чрезвычайно низка при высокой его интенсивности. Это может поставить под угрозу достигнутые успехи [Садовая, Сауткина 2012].

¹⁵ Пришло время. Всемирная организация здравоохранения. (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/210617-bls21162-who-whd-phase-2---brochure-ru.pdf?sfvrsn=dac26a6d_22&download=true).

¹⁶ Расходы на здравоохранение в Европе: вступая в новую эру. 2022 г. Всемирная организация здравоохранения. (<file:///C:/Users/acsc/OneDrive/Рабочий%20стол/метавселенная%20здоровья/9789289057875-rus.pdf>).

Для более глубокого изучения социальных факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья той или иной нации, необходимо корректировать количественные индикаторы здоровья относительно показателей качества жизни населения. С этой целью эксперты ВОЗ ввели понятие «социальное благополучие», которое отражает демографическую ситуацию в той или иной стране, санитарно-гигиенические показатели окружающей среды, образ жизни населения и уровень медицинской помощи. Располагая такими данными, удалось показать, что линейная зависимость между увеличением ожидаемой продолжительности жизни и экономическим ростом в настоящее время отсутствует. Эффективные модели управления национальными системами здравоохранения, направленные на продвижение новых технологий, повышение культуры питания и распространение здорового образа жизни, уже сейчас приносят хорошие результаты во многих регионах мира.

С 1999 г. для отражения реальных достижений в медицинской сфере к показателю «ожидаемая продолжительность жизни человека при рождении» добавлен показатель «ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении» (HALE). Учитывая среднее количество лет, которое тот или иной человек способен прожить в относительно здоровом состоянии, можно оценить качество жизни долгожителей, проживающих в странах с разным уровнем дохода. Анализ статистических данных по этим показателям в региональном разрезе свидетельствует, что к традиционно богатой Европе и Америке приблизились жители Азиатско-Тихоокеанского региона (АТР), которые теперь имеют возможность прожить более 60 лет здоровыми. Однако достигнув высоких показателей продолжительности жизни, человечество начинает пожинать не всегда благоприятные плоды такого достижения. Речь идет прежде всего о дополнительных расходах, связанных со старением населения, о росте демографической нагрузки на трудоспособное население. Возникла необходимость внедрять различные программы здорового старения, использовать социальные стратегии участия пожилых людей в жизни общества. Доступные для пожилых формы занятости не только позволяют им вести активный образ жизни, но и вносить свой вклад в финансирование здравоохранения.

Прогресс в сфере здравоохранения в значительной степени уязвим в силу сложного переплетения взаимосвязанных факторов. Демографические тенденции, проблемы климата и продовольственной безопасности, порождающие социальную напряженность и разного рода конфликты, имеют вполне определенные, но в значительной степени непредсказуемые последствия с точки зрения состояния здоровья людей в долгосрочной перспективе. На протяжении последних более чем 30 лет эти процессы находят свое статистическое отражение в ежегодных Докладах о человеческом развитии. С 1990 г. в каждом докладе присутствуют данные об индексе человеческого развития (ИЧР, Human Development Index, HDI). Это один из наиболее эффективных индикаторов уровня и качества жизни. М. Уль-Хак, экономист, разработавший этот индекс, предложил оценивать уровень благосостояния народонаселения не только с помощью экономических показателей, таких как ВВП и др., но и по уровню образования граждан и их здоровья¹⁷. В первом же докладе было заявлено, что именно люди представляют собой главное богатство наций [Кузнецова 2020].

Название доклада за 2021/2022 гг. – «Неопределенные времена, неустроенные жизни: формируя наше будущее в меняющемся мире» – достаточно точно отражает нарастающую тревогу за благополучие людей на нашей планете. На протяжении всей истории

¹⁷ Индекс человеческого развития (ИЧР): комбинированный индекс, средняя величина достижений в трех основных измерениях человеческого развития: здоровье и долголетие, знания и достойный уровень жизни. (http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2022_technical_notes.pdf).

народы боролись с эпидемиями, последствиями войн и совместными усилиями находили выход из кризисных ситуаций. Сегодня сочетание природных дестабилизирующих планетарных факторов с растущим неравенством, повсеместной имущественной поляризацией представляет собой новый источник неопределенности для всего мира. В докладе сказано: «Многие нации не выдерживают натиска поляризации, политического экстремизма и популизма, усиленных социальными сетями, искусственным интеллектом и другими мощными технологиями». Неслучайно значение глобального индекса человеческого развития снижалось два года подряд после пандемии COVID-19.

На региональном уровне соотношение наиболее развитых и отстающих стран осталось прежним. Первые пять мест по уровню человеческого развития заняли Норвегия, Швейцария, Ирландия, Германия и Гонконг. Последние места, по-прежнему, – страны Африканского континента: Бурунди, Южный Судан, Чад, Центральнаяафриканская Республика и Нигер. Нынешняя расстановка сил вызывает справедливое беспокойство о судьбах «победителей» и «проигравших». Народы отстающих регионов уже не желают принимать сложившуюся ситуацию как должное, и это залог возможных преобразований в самом ближайшем будущем¹⁸.

* * *

Благодаря интенсивной разработке концепции «социальные детерминанты здоровья» факт влияния качества жизни людей на их здоровье научно доказан и принят на всех уровнях управления. Однако до сих пор модели оказания медицинской помощи на основе социальных детерминант здоровья в полной мере не интегрированы ни в одну из известных в мире систем здравоохранения. Организация медицинской помощи населению с учетом показателей качества жизни находится в начале своего развития. Лишь в отдельных регионах мира, в странах с передовой цифровой инфраструктурой, активизирована работа в данном направлении. Примером может служить Куба, где такую систему управления с успехом применяют на протяжении длительного времени.

Выбирая стратегию управления здравоохранением важно учитывать фактор неравенства как не только экономический, но и медико-социальный феномен. Методы лечения, основанные на точной или персонализированной медицине, нелегко вписать в традиционные системы оценки стоимости услуг, а следовательно, и в планирование бюджета здравоохранения. Профилактическое направление в медицине, с которым связывают большие надежды, следует внедрять постепенно, по мере того как соответствующая работа с населением станет носить систематический характер. Благодаря открывшимся технологическим возможностям в здравоохранении постепенно получает распространение персонализированный подход, основанный на прогностической аналитике, что позволяет значительно повысить эффективность интеллектуальных и материальных затрат в медицинской сфере. На данном этапе лидеры в области применения новых моделей управления, основанных на больших данных, должны убедить в своей правоте политиков, врачей и пациентов. Это поможет решать стоящие перед обществом фундаментальные проблемы повышения качества жизни населения.

¹⁸ Доклад о человеческом развитии 2021/2022. (<https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewrupdf.pdf>).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Кузнецова В. (2020) Дайджест мировой экономической аналитики: обзор на Доклад о человеческом развитии. 2019 // Актуальные вопросы отраслевых рынков и международной коммерции. № 1(2).
- Kuzneczova V. (2020) Digest of World Economic Analytics: Review of the Human Development Report. 2019. *Aktualnye voprosy otraslevykh rynkov i mezhdunarodnoj kommercii*, no. 1(2).
- Панова Л.В. (2013) Модель социальных детерминант как основа многоуровневой методологии // Петербургская социология сегодня. № 4. С. 2–32.
- Panova L.V. (2013) The social determinants model as the basis of a multilevel methodology. *Peterburgskaya sociologiya segodnya*, no. 4, pp. 2–32.
- Пупо Очоа Я. (2020) Анализ национальной системы здравоохранения Кубы // Вестник РУДН. Серия: Экономика. № 4. С. 737–750.
- Pupo Ochoa Ya. (2020) Analysis of the Cuban National Health System. *Vestnik RUDN. Seriya: Ekonomika*, no. 4, pp. 737–750.
- Садовая Е.С., Сауткина В.А. (2012) Качество жизни населения мира: измерение, тенденции, институты. М.: ИМЭМО РАН. 208 с.
- Sadovaya E.S., Sautkina V.A. (2012) Kachestvo zhizni naseleniya mira: izmerenie, tendencii, instituty [Quality of life of the world's population: measurement, trends, institutions]. М.: IMEMO RAN. 208 p.
- Сауткина В.А. (2016) Развитие систем здравоохранения в европейском регионе Всемирной организации здравоохранения: цели и возможности их достижения // Прогнозирование социально-политических процессов и конфликтов в странах Запада и в России / Ред. В.И. Пантин (отв. ред.), И.С. Семененко (отв. ред.), В.В. Лапкин, К.Г. Холодковский. М.: ИМЭМО РАН. С. 138–147.
- Sautkina V.A. (2016) Development of health systems in the European region of the World Health Organization: goals and opportunities for achieving them. *Prognozirovanie socialno-politicheskikh processov i konfliktov v stranah Zapada i v Rossii* / Red. V.I. Pantin (otv. red.), I.S. Semenenko (otv. red.), V.V. Lapkin, K.G. Xolodkovskij. М.: IMEMO RAN. Pp. 138–147.
- Diderichsen F., Evans T. and Whitehead M. (2001) The Social Basis of Disparities in Health // Evans T., Whitehead M., Bhuiya A., Diderichsen F. and Wirth M., eds. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press, pp. 13–23.
- Keehan S.P., Fiore J.A., Poisal J.A., Cuckler G.A., Sisko A.M., Smith Sh.D., Madison A.J., Rennie K.E. (2023) National Health Expenditure Projections, 2022–31: Growth To Stabilize Once the COVID-19 Public Health Emergency Ends. *Health Affairs*, vol. 42, no. 7, pp. 886–898.
- Marmot M., Wilkinson R.G., Priest N., Waters E., Valentine N., Armstrong R., Friel Sh., Prasad A. and Solar O. (2009) Engaging policy makers in action on socially determined health inequities: developing evidence-informed cameos. *Evidence & Policy. A Journal of Research Debate and Practice*, no. 5(1), pp. 53–70.
- Morteza S., Mohammad A. Emamgholipour S. et al. (2016) Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, no 46(4), pp. 435–446.

Информация об авторе

Сауткина Вера Алексеевна, кандидат исторических наук, ведущий научный сотрудник Национального исследовательского института мировой экономики и международных отношений им. Е.М. Примакова РАН. Адрес: 117997, Россия, Москва, Профсоюзная ул., 23. E-mail: vera-sautkina@yandex.ru

About the author

Vera A. Sautkina, Candidate of Sciences (History), Leading Research Fellow, Primakov National Research Institute of World Economy and International Relations, Russian Academy of Sciences. Address: Profsoyuznaya St., 23, Moscow, 117997, Russia. E-mail: vera-sautkina@yandex.ru

Статья поступила в редакцию / Received: 06.03.2024

Статья поступила после рецензирования и доработки / Revised: 16.07.2024

Статья принята к публикации / Accepted: 01.08.2024