

Н. М. Римашевская<sup>1</sup>

## ЗДОРОВЬЕ РОССИЙСКОЙ НАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ГЛОБАЛИЗАЦИИ МИРОВОЙ КУЛЬТУРЫ

Одной из наиболее характерных черт современного мира является глобализация — сложный, многогранный и противоречивый исторический и социально-экономический процесс, затрагивающий практически все сферы жизнедеятельности, в том числе здравоохранение. Следует отметить, что здравоохранение является не только стратегически важной отраслью, элементом национальной безопасности страны, но и сферой культуры. Глобализационные процессы в здравоохранении носят двойной характер: с одной стороны, у стран появляются новые возможности развивать свое здравоохранение (например, научно-техническое сотрудничество, доступ населения к медицинским услугам других стран); с другой — возникают потенциальные угрозы для здравоохранения отдельных государств (например, «утечка» медицинского персонала за рубеж) и мирового здравоохранения в целом (например, прогрессирующее глобальное эпидемий). Таким образом, влияние глобализации на сферу здравоохранения необходимо рассматривать с учетом вышеизложенных аспектов.

Последняя декада XX века была отмечена в России демографическим кризисом, начало которого условно можно отнести к 1992 году, когда динамика численности населения преодолела «точку невозврата», оказавшись в зоне естественной убыли. Вместе с тем реализация специальных мер демографической политики в рамках национального проекта «Здоровье» привела к реальному сбережению человеческих жизней и за период 2006–2010 годов составила 1150 тыс. человек, увеличив продолжительность предстоящей жизни на 3,7 года.

В 2009 году впервые за 17 лет численность населения страны не уменьшилась, так как миграционный прирост полностью компенсировал естественную убыль, и в начале 2011 года составила 142–143 млн человек. Демографический кризис касается не только численности населения, но в не меньшей мере качества граждан страны, решающей характеристикой здесь является здоровье (и не только потому, что оно непосредственно воздействует на воспроизводственные процессы).

Здоровье — это определяющая ценность для каждой личности, основа человеческого потенциала и человеческого капитала, определяющего экономическую мощь страны, главный компонент качества жизни, измеряемого ее продолжительностью в условиях сво-

бодного выбора. Важен не только факт долголетия, но и способность человека сохранять с годами здоровье, тонус и жизненную энергию, само желание жить. Это источник динамического развития общества, которое придет на смену новейшим технологиям как главный фактор экономического роста, решающий компонент шестого технологического уклада.

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия. Физическое здоровье — это способность выполнять каждодневную работу, включая заботу о себе; психическое — состояние человека, находящегося в гармонии с самим собой; социальное — отражает позитивные отношения с другими людьми, готовность оказать помощь и способность принять ее. Существуют два уровня рассмотрения и оценки здоровья: популяционный (общественное здоровье), относящийся к населению некоторой территории, страны, региона, города, и индивидуальный, характеризующий отдельного человека.

Состояние общественного здоровья целесообразно оценивать на основе сравнения с другими странами и территориями, а в качестве характеристик использовать по крайней мере следующие три:

- продолжительность предстоящей жизни (ППЖ);
- уровень заболеваемости населения;
- уровень инвалидизации.

В России самая низкая ППЖ среди европейских стран: в 2010 году она была равна 68,9 годам. Учитывая, что в нашем государстве ППЖ существенно (на 12–13 лет) варьирует по полу, ее следует определять отдельно для женщин и мужчин.

ППЖ формируется в зависимости от состояния смертности. В России общий коэффициент смертности в 2008 году был равен 14,6 на 1000 жителей, в то время как в развитых странах он составлял лишь 8, а в развивающихся — 12. В результате из 180 стран по этому индикатору наша страна оказалась лишь на 100-м месте.

Причиной такого уровня смертности является высокая заболеваемость: в 2008 году было зарегистрировано 772 больных с впервые установленным диагнозом на 1000 человек населения, то есть почти 80 % граждан. Особую озабоченность вызывают болезни социальной этиологии, среди которых туберкулез (395 тыс. человек в 2007 г.) и сифилис (437 тыс. человек в 2007 г.). Существенное влияние на качество репродуктивного здоровья населения оказывает эпидемия ВИЧ/СПИД: 80 % больных с диагнозом ВИЧ являются людьми фертильного возраста, ведущими активную сексуальную жизнь, а 44 % — молодые женщины с репродуктивными возможностями. Растет число детей от инфицированных матерей: в 2006 году их количество равнялось 33 844. Широкое распространение получили психические нозологии: в 2007 году за помощью в связи с психическими расстройствами обратились 4 млн 357 тыс. человек, а общее число нуждаю-

<sup>1</sup> Заведующая лабораторией гендерных проблем Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, член-корреспондент РАН, доктор экономических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ. Автор более 450 научных работ, в т. ч. монографий: «Равенство или справедливость», «Окно в русскую частную жизнь. Супружеские пары в 1986 г.», «Человек и реформы. Секреты выживания», «Россия в глобализирующемся мире. Политико-экономические очерки», «Сбережение народа» и др. Главный редактор журнала «Народонаселение», член редколлегии журналов: «Экономика и математические методы», «Мониторинг общественного мнения», «Экономические и социальные перемены», «Грудь и социальные отношения», «Intellectual Economics» (Литва).

щихся в контактах с психиатрами составило 52 млн человек, то есть 1/3 населения. При этом уровень психических расстройств среди детей на четверть выше, чем у взрослых. За 2001–2003 годы число несовершеннолетних, имеющих инвалидность по причине умственной отсталости, увеличилось в два раза. Алкоголизмом и алкогольными психозами страдают 2 млн 291 тыс. человек, а наркоманией — 368,3 тыс., количество людей, употребляющих наркотики (согласно официальной статистике), составляет около 500 тыс., а фактически — 3,5–4 млн человек. В 2007 году число умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя, составило 75 200 человек, из них 37 % — от случайных отравлений, 38 % — от алкогольной кардиомиопатии.

Уровень инвалидизации в России определяется численностью инвалидов, которых сегодня более 12 млн. Ежегодно их количество увеличивается на 1 млн человек. Относительное число инвалидов в России в 5 раз больше, чем в развитых странах.

Социальное здоровье (благополучие) измеряется через асоциальное поведение с помощью композитного индекса, интегрирующего первичные показатели отклоняющегося поведения: самоубийства, убийства, психические расстройства, социальное сиротство, разводы и т. д.

Двадцатилетние обследования индивидуального здоровья позволили выявить ряд специфических характеристик.

*Во-первых*, показатель здоровья имеет устойчивый нисходящий тренд.

*Во-вторых*, средняя оценка здоровья населения Москвы — 3,13 балла, для страны этот показатель составляет около 3,2 балла по 5-балльной шкале.

*В-третьих*, особую озабоченность вызывает здоровье детей и молодежи, которое снижается интенсивнее, чем у взрослых. Каждый год у новорожденных наблюдается все меньший потенциал здоровья: в 1990 году родились больными или заболели сразу после рождения 14,7 % детей, в 1995-м — 28,5 %, в 2000-м — 38,0 %, в 2005-м — 40,7, в 2006-м — 38,9 %, в 2008-м — 37,3 %. На протяжении жизненного цикла интенсивность снижения уровня здоровья у детей выше, чем в среднем по всем группам населения, а проблемы заболеваемости в целом (вопреки здравому смыслу) перемещаются из группы престарелых людей в группу детей и молодежи. Здоровье каждого следующего поколения хуже, чем здоровье предшествующего: у наших детей оно хуже, чем у взрослых.

Дети, рожденные больными, не проходят реабилитации в течение жизненного цикла и, вступая в репродуктивный возраст, воспроизводят больное поколение. С каждым годом репродуктивный потенциал снижается, а общество все глубже погружается в некую «социальную воронку» нездоровья. Чтобы выбраться из нее, необходимо несколько поколений. Если не остановить этот негативный процесс, то он может оказаться необратимым.

*В-четвертых*, социальные условия препятствуют реализации биологических резервов человека, заложенных природой, разрушают этот ресурс. Развитие индивида с биологической точки зрения должно продол-

жаться до 35-летнего возраста, но в конце 1970-х годов «пик» здоровья отмечался в 25 лет, затем он постепенно падал и к концу 1980-х снизился до 16 лет. В преддверии нового века человек остался с тем потенциалом, с которым он родился. Социальные факторы обуславливают состояние «упущенного» здоровья, а сопоставление реального здоровья и биологического потенциала организма раскрывает возможности общества.

*В-пятых*, изменение здоровья в течение жизни происходит не плавно, а ступенчато. Кризисные точки указывают на возрастные группы риска: у женщин резкий спад здоровья относится к 40 годам, а у мужчин — к 50.

*В-шестых*, был выявлен гендерный парадокс здоровья, состоящий в том, что продолжительность предстоящей жизни у мужчин на 12–13 лет меньше, чем у женщин (в 2007 году 59,6 лет против 72,6 лет соответственно), а индивидуальный потенциал текущего здоровья у них выше в среднем на 10 %. Это объясняется биологическими и социальными факторами, что в значительной мере диктует необходимость учитывать гендерный характер социально-демографической политики.

Можно назвать следующие биологические причины. Женщина как хранительница человеческого вида обеспечивает его биологическую устойчивость. Ее организм выносливее, она способна к меньшим нагрузкам, но может нести их постоянно и долго. Мужчина обладает экспериментальным и в силу этого менее стабильным организмом. Его организм более уязвим и характеризуется слабым иммунитетом. Мужчина работает интенсивнее, но быстрее выдыхается, он тревожнее и менее устойчив эмоционально, больше подвержен кризам. У него более низкий резерв гормональной системы, что делает его менее защищенным перед стрессом. Для мужчин характерен относительно высокий уровень обмена веществ, в том числе большая интенсивность свободнорадикального окисления. С этим связана повышенная опасность возникновения клеточных мутаций. Неслучайно, мутации гораздо чаще наблюдаются в мужской Y-хромосоме и по мужской линии передается в 10 раз больше наследственных заболеваний. На мужчинах природа экспериментирует, не рискуя более ценной для сохранения вида женской особью.

Гендерное воздействие на здоровье имеет и социальные причины. На рынке труда мужчины занимают рабочие места, характеризующиеся большим риском, травматизмом, вредными условиями. Более 40 часов в неделю работают 37 % мужчин. У мужчин в 2–3 раза выше заболеваемость туберкулезом и в 6–8 раз выше смертность от этой нозологии. У них чаще встречаются вредные привычки. Более половины мужчин (53,6 %) курят табак, а курящих женщин лишь немного более четверти (27,2 %). Низкое потребление алкоголя характеризует 39,2 % мужчин и 78 % женщин. Суицид у мужчин происходит в 6–8 раз чаще, чем у женщин, а самосохранительное поведение развито существенно слабее. Стремясь материально обеспечить семью, российские мужчины конвертируют свое здоровье в доход, в отличие от процессов, наблюдаемых в европейских странах. Женщины чаще болеют и, как известно, несут

две социальные нагрузки — воспитание детей и участие в экономической деятельности, чем определяется их более низкое текущее здоровье.

Существенное значение имеет репродуктивное здоровье, от которого зависит воспроизводственный потенциал населения. Статистика отражает рост заболеваний, влияющих на репродуктивные функции. Речь идет прежде всего о болезнях эндокринной системы, число которых за период 1992–2006 годов увеличилось в два раза, а у подростков — в 3,5 раза. Наблюдается низкое здоровье беременных, около 40 % которых страдают анемией; у женщин растет заболеваемость ВИЧ, также отмечается ранняя беременность у несовершеннолетних. Наконец, лишь менее чем у 1/3 женщин роды проходят в соответствии со стандартами. Следует подчеркнуть, что анемия как заболевание, возникающее при недостаточном питании, выступает четким маркером низкого уровня материальной обеспеченности значительных слоев населения. Это означает, что дети сегодня часто рождаются в негативных условиях.

Продолжает интенсивно снижаться здоровье детей, о чем свидетельствуют специальные наблюдения, проводимые в режиме реального времени с момента рождения ребенка. Они позволили сделать ряд новых выводов, объясняющих снижение уровня здоровья детей и молодежи, а именно:

- около 40 % детей рождаются больными или имеют риск возникновения заболеваний непосредственно после рождения;

- ухудшение здоровья детей — непосредственное следствие снижения здоровья женщин;

- происходит постоянное накопление «груза» патологий в последующих поколениях российского населения;

- формируется порочный круг бедности и болезней детей, прежде всего потому, что примерно половина из них рождается в бедных семьях или имеет риск попасть в группу бедности.

Статистика отмечает постепенное ухудшение индикаторов здоровья российских подростков и молодежи. На фоне хронических заболеваний, которые возникают к окончанию школы у 80 % подростков, фиксируются высокие показатели репродуктивной патологии: у 60 % девушек и 46 % юношей до 18 лет.

Снижение здоровья с начала 1990-х годов главным образом можно связывать с реформами, именуемыми «шоковой терапией». Оно явилось прямым следствием не только катастрофического падения уровня жизни, но и более общих и глубоких социально-демографических процессов. Об этом ярко и убедительно писал Питирим Сорокин, оценивая влияние революции (Реформации) на состав населения, его смертность, рождаемость и брачность. В результате реформ возникает радикальная деформация поведения, изменяющая биологический состав населения, уменьшающая его количество и снижающая качество. В конечном счете происходит процесс отрицательной селекции населения, ухудшается «биологический наследственный фонд положительных свойств народа», что способствует его деградации и вырождению.

Состояние и динамика здоровья населения России, наблюдаемые в течение двух последних десятилетий, приводят к выводу о том, что сложилась драматическая ситуация, свидетельствующая об устойчивом негативном тренде. Его опасность состоит в приближении к «точке невозврата» в части не только количественного воспроизводства (эта граница уже преодолена), но и качественного, когда трудно развивать больное общество, а демографические потери приумножаются. Для радикального предотвращения негативных тенденций необходимо по крайней мере знать факторы и причины нездоровья, тщательно их оценивать, чтобы правильно сформулировать меры социальной политики.

По заключению Всемирной организации здравоохранения, здоровье на 50–55 % определяется образом жизни человека (населения), на 8–10 % — системой существующего здравоохранения, на 20–25 % — состоянием окружающей среды, на 15–20 % — генетической составляющей. Для формулирования социальной политики, направленной на улучшение здоровья граждан, в первую очередь важно знать, как структурируются факторы образа жизни (50–55 %).

Широкие междисциплинарные исследования, позволившие выявить причины формирования нездоровья, относящиеся к социально-демографической сфере, показали, что популяционное и индивидуальное здоровье регулируются по-разному, несмотря на то что в конечном счете весь комплекс их воздействий оказывается взаимосвязанным.

Отправной точкой факторного анализа оказывается диапазон различий в исходном потенциале здоровья, детерминированном генетически и проявляющемся в запасе защитных сил организма, степени его сопротивляемости патологическим воздействиям. Факторы обнаруживаются либо как единовременная реакция организма, либо через некоторый промежуток времени, в течение которого могут накапливаться патогенные последствия. Временной лаг зависит, с одной стороны, от природы, продолжительности и интенсивности их воздействия. Множество причин, контролирующих здоровье/нездоровье на микроуровне, интегрируются в три факторных агрегата.

**Первый агрегат** определяет уязвимость новых поколений, значительная часть которых рождается больными или заболевает непосредственно после рождения. В течение жизненного цикла состояние детей не улучшается, доля абсолютно здоровых постоянно уменьшается, и к окончанию школы здоровыми оказываются менее 10 % детей и подростков. Официальная статистика показывает, что в России около 1/3 детей здоровы, чуть более половины имеют функциональные отклонения, а остальные хронически больны. Два главных обстоятельства социально-экономического характера определяют этот процесс снижения здоровья детей и подростков.

Одно из них связано с состоянием беременных и кормящих матерей, до 40 % которых страдают анемией. При этом лишь менее половины детей находятся на грудном вскармливании. В 2008 году на 1 тыс. детей, достигших одного года, было зарегистрировано 2,5 тыс. заболеваний. В возрасте от 0 до 14 лет зафик-

сировано 38,3 млн больных с впервые установленным диагнозом, в числе которых около 10 % страдали анемией; доля таких детей возростала с течением времени и за период с 1995 по 2008 год увеличилась почти в два раза. Уровень заболеваемости подростков и молодежи (в возрасте 15–17 лет) несколько снижается, но тем не менее остается высоким. В 2008 году на 100 тыс. детей от 0 до 14 лет приходилось 182,7 тыс. болезней; в возрасте 15–17 лет количество заболеваний уменьшилось до 124,9 тыс.

Второе обстоятельство связано с тем, что семьи с детьми, особенно при наличии не одного, а двух-трех детей, имеют относительно низкий уровень жизни. Половина домохозяйств, где рождаются дети, располагают доходами ниже или около прожиточного минимума, то есть являются бедными или имеют существенный риск попадания в группу бедности. Об этом свидетельствуют данные официального обследования семей — НОБУС (Национальное обследование бюджетов домашних хозяйств и участия в социальных программах). Среди имеющих относительно благополучное материальное положение женщин с «отличным» здоровьем в 2,6 раза больше, чем в группе, которая ограничивает себя даже в покупке продуктов питания. Состояние женщины в детородном возрасте — это главный фактор, обуславливающий здоровье новорожденного. Из общей численности малоимущего населения в 2008 году более 1/5 части (22,3 %) составляли дети в возрасте до 16 лет.

**Второй агрегат** факторов связан с потерей эффективной трудовой мотивации, позволяющей трудом обеспечить достойное существование себе и своей семье. Высокопроизводительный труд, необходимый для этого, с одной стороны, требует большого волевого усилия работника, а с другой — законодательно установленно-го минимального размера оплаты труда не ниже прожиточного минимума. В условиях господствующих в России гендерных стереотипов патриархального характера, когда мужчина выполняет функции добытчика, падение трудовой мотивации в первую очередь негативно воздействует на него. Отсюда — возникновение эффекта сверхсмертности мужчин в период реформ, направленных на формирование рыночной экономики.

Известно, что сегодня минимальная заработная плата в России в 5–7 раз ниже, чем в Европе, и в 10 раз ниже, чем в США. Это приводит к сверхзанятости работника, который готов конвертировать свое здоровье в заработок, а не трансформировать доход в улучшение своего личного состояния.

В равной мере негативное воздействие оказывают три обстоятельства: низкий уровень оплаты труда, безработица и снижение семейных доходов в целом. Складываясь таким образом бедность населения вызывает целый комплекс биологических явлений, начиная с затяжного эмоционального стресса, повышенной тревожности, уменьшающих сопротивляемость организма к патологическим воздействиям и в конечном счете приводящих к срыву динамического стереотипа высшей нервной деятельности. При ухудшении условий существования человека повышается интенсивность окислительного обмена, необходимого для энергетиче-

ского обеспечения жизнедеятельности организма в изменившейся среде. А это, в свою очередь, увеличивает образование свободных радикалов и окислительных повреждений ими ДНК, что ведет к инфарктам, инсультам, злокачественным образованиям, диабету и гепатитам. Бедность усугубляет ситуацию со здоровьем отдельных групп и слоев общества, что проявляется, в частности, в следующем:

— она имеет плохую «социальную наследственность», так как бедные воспроизводят бедных;

— условия жизни в бедности кумулятивно воздействуют на здоровье, ухудшая его потенциал в контексте наследственности;

— населению, находящемуся за чертой бедности, сложно воспользоваться качественными медицинскими услугами, которые сегодня имеют преимущественно платный характер.

Не меньшее влияние на состояние здоровья населения оказывает сложившаяся в России чрезвычайно высокая социальная поляризация. Она негативно воздействует как на микро-, так и на макроуровне. Эксперты ООН сравнили развитие населения Бразилии, Венесуэлы и Таиланда. Первые две страны достигли относительно хороших экономических показателей и более высоких средних доходов на душу населения при существенной дифференциации. В Таиланде, где экономические показатели оказались скромнее, но распределение доходов было более равномерным, увеличение ожидаемой продолжительности жизни и переход на современный тип воспроизводства населения происходили быстрее.

Социальное неравенство в России как результат существующей в обществе системы распределительных отношений действует на здоровье населения по следующим направлениям. Во-первых, интенсивное погружение страны в состояние поляризации вызывает массовую фрустрацию населения, продолжительный стресс и слом динамического стереотипа высшей нервной деятельности. Во-вторых, неравенство создает напряжение в обществе, обуславливает проявления агрессии, отчаяния и безнадежности, вызывающие разные формы социального нездоровья, например алкоголизм и наркоманию, играющие вторичную роль в проявлении реакции на обстоятельства, в которых оказывается человек. В-третьих, расслоение в обществе ведет к маргинализации отдельных групп населения с выделением нищих, бомжей, беспризорных детей, проституток, в наибольшей степени подверженных болезням социальной этиологии (резистентная форма туберкулеза, все формы гепатита, сифилис, ВИЧ).

**Третий агрегат** факторов здоровья базируется на низкой оценке человеческой жизни. Отчасти она возникла под воздействием теории «экономически эффективного населения». Главным становится не человек, а экономический рост, который определяет все аспекты социальной политики, включая интенсивность, масштабы и направления модернизации здравоохранения. На микроуровне этот комплекс связан с внешними условиями, в значительной мере определяющими образ жизни. Обобщающим фактором становится уровень самосохранительного поведения, который име-

ет две экстремальные точки: витальную (позитивную) и патогенную (разрушительную). Одна из них способствует укреплению здоровья, а другая, связанная прежде всего с вредными привычками, разрушает его.

Особое место в третьем комплексе факторов принадлежит жилищным условиям в широком смысле. Большое внимание уделяется качеству жилища, определяемому его типом, плотностью заселения, изолированностью, а также всеми показателями инфраструктурного характера, в том числе транспортными условиями, развитостью предприятий торговли и бытового обслуживания, обустроенностью территории.

Традиционно понятие «здоровье населения» подменяется состоянием и развитием здравоохранения, что вводит в заблуждение при определении приоритетов социальной политики. Количество врачей и больничных коек, а также уровень используемых медицинских технологий, разумеется, влияют на здоровье, но совсем на другом этапе, когда оно уже целиком или частично потеряно. Без учета этого факта приоритеты социальной политики будут иметь ложный характер, а ресурсы, направляемые в сферу медицинских услуг, — использоваться неэффективно.

В области здоровья возможно реализовать два основных направления развития: одно ориентировано на его сохранение путем всесторонней профилактики всех видов заболеваний, а другое — преимущественно на активное лечение, когда болезнь уже проявилась. Какое направление более эффективно? Как правило, существующие условия жизни населения, к сожалению, способствуют распространению заболеваний. Затем учреждения здравоохранения с умноженной энергией, используя новейшие медикаменты, аппаратуру и современные технологии, расходуя с каждым годом все больше средств, лечат детей, трудоспособное население и старшее поколение. Может быть, следует основные средства направить непосредственно на предотвращение болезней? Это существенно эффективнее.

В основе каждого из трех комплексов рассмотренных выше социально-экономических факторов лежат прежде всего материальная обеспеченность населения, реальные масштабы бедности и социальной поляризации. Устойчивый негативный тренд состояния и динамики здоровья, наблюдаемый сегодня в России, отнюдь не случаен, о чем свидетельствуют данные, касающиеся жизненного уровня населения:

— каждый десятый работник получает заработную плату ниже прожиточного минимума, который фактически обеспечивает биологический уровень существования;

— заработная плата 40 % работников настолько низкая, что они не могут обеспечить воспроизводство себя и одного своего ребенка;

— вопреки утверждениям официальной статистики, доля семей, находящихся за границей бедности, то есть с доходами ниже прожиточного минимума, не имеющих возможности удовлетворять социальные потребности, составляет более 30 %;

— несмотря на кризисное состояние экономики, продолжает возрастать социальная поляризация: соот-

ношение доходов 10 % наименее обеспеченных и наиболее богатых составляет 1:17;

— доля бедных слоев населения и неравенство доходов усугубляются огромными различиями в жилищных условиях (как в мегаполисах, так и в малых городах и селах).

Решающее значение для преодоления в стране негативного тренда имеет не столько экономический рост с удвоением или утроением внутреннего валового продукта, сколько существенная реструктуризация распределительных процессов, что позволит решить ряд важнейших социально-экономических задач, в конечном счете определяющих здоровье населения. Среди них отметим два важнейших направления:

— существенное (по крайней мере в два раза) повышение прожиточного минимума как главного социального стандарта, гарантируемого государством не на словах, а на деле каждому (!) гражданину, что изменит границу бедности в стране и приблизит ее к стандартам, принятым сегодня в Европе;

— соответствующий (в разы) рост минимальной оплаты труда, гарантируемой каждому работнику.

Реализация этих условий усилит трудовую мотивацию и улучшит определяющие доход семьи факторы, включающие удовлетворение комплекса базовых потребностей человека. Без этого не только трудно, но и бессмысленно говорить об улучшении здоровья населения, снижении смертности и повышении продолжительности жизни. Одновременно понизится уровень бедности в стране, а также чудовищное неравенство в доходах и оплате труда.

Без использования перераспределительных механизмов в пользу малообеспеченных невозможно разрушить негативный тренд, наметившийся в сфере здоровья в современной России. Чем дольше мы будем откладывать реализацию этого процесса, тем большим числом граждан страны заплатим за это, как уже было в 1990-х годах.

Не следует бояться роста инфляции, а также разбалансированности макроэкономических показателей, потому что нет ничего страшнее гибели людей и существенного уменьшения численности населения страны. Речь должна идти не о средних показателях, не имеющих смысла при существующей дифференциации доходов, а о характере распределения. В России разработаны и экспериментально апробированы механизмы перераспределения, касающиеся системы оплаты труда, налогов, а также расширения комплекса социального страхования, которые давно применяются в странах ЕС и США.

Нужны политическая воля и признание не на словах, а на деле приоритета жизни и здоровья человека.

Таким образом, в контексте мировой глобализации могут быть найдены решения проблем российского здравоохранения, прежде всего в деловом взаимодействии разных стран. Глобализационная характеристика сферы здравоохранения предполагает прежде всего акцент на экономическом аспекте, который проявляется в либерализации торговли медицинскими услугами, сопровождающейся ростом потребления услуг за границей (в том числе медицинский туризм), физическим присутствием медицинских специалистов за рубежом

(медицинский персонал осуществляет врачебную практику в других странах), трансграничной поставкой медицинских услуг (телемедицина, e-health) и коммерческим присутствием (создание учреждений здравоохранения за рубежом). Правовой аспект включает заключение межгосударственных соглашений, касающихся в том числе защиты прав интеллектуальной собственности (в здравоохранении, например, на лекарственные препараты). Политический аспект выражен в создании международных организаций, которые ведут мониторинг состояния здоровья и здравоохранения в мире и составляют рекомендации для стран.

Глобализация мировой культуры, начавшаяся с глобализации экономики как ее подсистемы, повлекшая за собой глобализацию заболеваний, в конечном счете может породить и обратную тенденцию — «закрывание» экономик, так как страны, стремясь защитить свое население и экономику от последствий эпидемий, становятся менее заинтересованными в международном сотрудничестве.

Таким образом, повышается важность прогнозирования последствий глобализации как многопланового, практически всеобъемлющего процесса мирового культурного развития.