



# ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЕМ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

---

---

УДК [316:61]:33

DOI: 10.17072/2218-9173-2018-1-19-37

## **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР ВОВЛЕЧЕНИЯ В АКТИВНУЮ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ В МАЛЫХ ГОРОДАХ И РАЙОННЫХ ЦЕНТРАХ**

**М. Ю. ШЕРЕШЕВА**

Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова,  
г. Москва, Россия

**М. С. ОБОРИН**

Пермский институт (филиал) Российского экономического университета  
имени Г. В. Плеханова, г. Пермь, Россия

**А. А. КОСТЯНЯН**

Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова,  
г. Москва, Россия

---

### **Для цитирования:**

*Шерешева М. Ю., Оборин М. С., Костянян А. А.* Здоровоохранение как ключевой фактор вовлечения в активную социально-экономическую деятельность населения старших возрастных категорий в малых городах и районных центрах // *Ars Administrandi* (Искусство управления). 2018. Том 10, № 1. С. 19–37. DOI: 10.17072/2218-9173-2018-1-19-37.

---

**Введение:** в статье рассматривается актуальный вопрос вовлечения в социально-экономическую деятельность зрелого и пожилого населения в малых городах и районных центрах в связи с тенденцией старения населения.

**Цель:** сравнительная оценка состояния здоровья населения старших возрастных категорий в малых городах и районных центрах на примере Тульской, Владимирской областей, Пермского края как фактора вовлечения в активную социально-экономическую деятельность.

**Методы:** диалектический метод познания экономических и социальных процессов, метод системного анализа, формально-логический метод.

**Результаты:** выявлена необходимость поддержания и повышения уровня здоровья старшего поколения как ключевого и определяющего фактора их вовлечения в общественный капитал; приведены теоретические модели старения населения, сложившиеся в зарубежной практике здравоохранения, которые лежат в основе государственной политики, способствующей повышению социальной и экономической активности пожилого населения. Проанализированы медико-статистические показатели трех субъектов РФ (Владимирской области, Тульской области, Пермского края), характеризующие состояние здоровья населения старшего трудоспособного возраста.

**Выводы:** по итогам работы сформулированы предложения для формирования государственной политики в сфере здравоохранения с целью повышения уровня жизни населения

малых городов старше 50 лет исходя из текущей ситуации в части форм и методов оказания медицинской помощи населению старших возрастных категорий в России и рассмотренных моделей здорового старения, сложившихся в зарубежной практике здравоохранения.

**Ключевые слова:** малые города и районные центры; старение населения; население старших возрастов; государственная политика в сфере здравоохранения; качество жизни; здоровье

---

## **ВВЕДЕНИЕ**

Одной из отличительных характеристик современной социально-демографической ситуации в Российской Федерации является старение населения. Для малых городов в большей степени характерны негативные тенденции: снижение общей численности населения за счет переезда трудоспособной молодежи в более развитые территории с целью учебы и работы, рост безработицы, низкая инфраструктурная обеспеченность бизнеса, неразвитость основных институтов, связанных с качеством жизни (образование, медицина, связь и информационно-коммуникационные технологии, сфера досуга). Следствием является более высокая доля населения старших возрастных групп по сравнению с более развитыми районными центрами. По данным исследований возраст жителей малых городов Тульской и Владимирской областей, Пермского края продолжает повышаться, численность лиц пенсионного возраста достигает 30 %, что гораздо выше, чем по России – 24 %, большинство из них – женщины (Карачурина, 2015).

Все большее число людей доживает до пожилого возраста, и перед государством стоит задача обеспечения благоприятных условий людям старше трудоспособного возраста для активной и здоровой жизни. Условия вовлечения в социально-экономическую деятельность людей старших возрастных категорий напрямую зависит от уровня их здоровья и организации оказания медицинских услуг различной направленности. Именно здоровье определяет качество жизни данной возрастной категории, трудоспособность, социальную и экономическую активность, вклад в развитие общества. Для разработки эффективной социальной политики, в первую очередь в сфере здравоохранения, важно выяснить, наблюдается ли в старшей возрастной категории сохранение здоровья. Если люди проживают дополнительные годы здоровыми, то указанная демографическая особенность будет ассоциироваться с аналогичным ростом человеческих ресурсов, они смогут вносить свой вклад в жизнь общества различными способами (например, благодаря более продолжительной трудовой деятельности, покупательской активности и т.д.), что особенно актуально в малых городах и районных центрах. В связи с этим постоянный мониторинг состояния здоровья населения старше трудоспособного возраста и своевременное проведение профилактических оздоровительных и поддерживающих мероприятий являются важными факторами для реализации государственной политики в сфере здравоохранения.

Интерес к проблематике здоровья старшего и пожилого населения и его влияния на поведенческую активность людей зрелого возраста сохраняется на протяжении ряда лет. К настоящему времени за рубежом накопился большой объем теоретических и прикладных знаний в этой сфере (Levy and Banaji, 2002; Daniels, 2008; Lee and Mason, 2011; Arxer and Murphy, 2013). В российской науке этому направлению также уделяется большое внимание (Вишнев-

ский и Бобылев, 2009; Колосницына и др., 2009; Цыб, 2009; Улумбекова, 2010; Медик и Осипов, 2012; Стародубов и Щепин, 2014, Shkolnikov et al., 2002).

Трактовка и мониторинг состояния здоровья в зрелом возрасте существенно отличаются от классического понимания здоровья, подразумевающего состояние, определяемое отсутствием заболеваний. Здоровье в зрелом возрасте характеризуется не абсолютно, а относительно с учетом динамики изменений в жизнеспособности индивида или окружающей среде, которые могут иметь существенные долгосрочные последствия. Так, состояние зрелого человека может сопровождаться стабильным течением сочетания нескольких заболеваний (коморбидное состояние), которое никак не влияет на его активность и жизнедеятельность.

До сих пор в российской практике здравоохранения не был сделан акцент на разработке ориентированных на людей старшего трудоспособного возраста форм оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, не уделялось должного внимания проблеме взаимосвязи уровня здоровья в данной возрастной категории и поведенческой активности, в том числе и экономической. Существующие механизмы профилактики заболеваний в виде диспансеризации населения и профилактических медицинских осмотров не работают достаточно эффективно для того, чтобы поддерживать здоровье на протяжении всей жизни. Ситуация в малых городах усугубляется низким уровнем развития инфраструктуры, отсутствием достаточного количества трудовых, материальных и других ресурсов и т.д. Развитые районные центры характеризуются, напротив, высоким уровнем медицинского обслуживания, наличием бюджетных и платных медицинских центров, которые являются доступными для различных категорий жителей. Получение качественных услуг в данной области для жителей малых городов является довольно проблемным, поскольку связано с длительной поездкой, необходимостью транспортной доступности, тогда как собственным автомобилем домохозяйства пенсионного возраста практически не располагают – только в 5-8 % по рассматриваемым субъектам России (Карачурина, 2015).

Публикации в отечественных научных и отраслевых изданиях по данной тематике лишь анализируют разрозненные медицинские статистические показатели в рассматриваемой возрастной категории, но не предлагают единого национального подхода для сохранения здоровья пожилого населения.

Цель данной статьи – охарактеризовать здравоохранение как ключевой фактор вовлечения населения старших возрастов в социально-экономическую деятельность посредством оценки состояния здоровья указанной возрастной категории.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Международная практика поддержки здоровья населения в зрелом и пожилом возрасте: законодательная база и теоретические модели**

Существует ряд обоснований для выделения государственных ресурсов на улучшение здоровья населения старше трудоспособного возраста, которые можно разделить на два больших блока. Во-первых, это содействие устойчивому развитию. Построение сплоченного, мирного, справедливого и безопасного общества невозможно без учета такой демографической особенности, как старение населения и увеличение доли пожилых людей (Walker, 2002). Необходимо обеспечить пожилым людям возможность вносить свой вклад в развитие общества. Это может происходить различными способами –

от более продолжительной трудовой деятельности до воспитания будущих поколений. Включение пожилых людей в процессы развития способствует построению более справедливого общества, а исключение способно нанести серьезный урон благосостоянию и продуктивности других поколений. Во-вторых, это экономическая необходимость адаптации к изменениям в возрастной структуре таким образом, чтобы минимизировать расходы, связанные со старением населения.

Появляются методы экономического анализа последствий старения населения, но для получения корректных результатов при их использовании нужно владеть глубокими знаниями о моделях социального поведения людей зрелого и пожилого возраста, их демографических и экономических особенностях поведения и т.д. Так, одним из наиболее широко используемых экономических показателей является коэффициент экономической зависимости пожилых, который определяется как соотношение между людьми в возрасте 60 лет и старше и трудоспособным населением (Dillaway and Byrnes, 2009). Использование данного коэффициента в качестве отправной точки для выработки политики может привести к акценту на расходы в связи с содержанием предположительно зависимых групп населения. При этом он не учитывает, что возраст не является достоверным показателем поведения, а лишь определяет уровень физиологического функционирования. Кроме того, все лица старше 60 лет в данной модели считаются иждивенцами, хотя по данным официальной статистики в России более трети пенсионеров являются участниками рынка труда<sup>1</sup>.

В последние десятилетия авторитетные международные организации в сфере здравоохранения все чаще и чаще обращаются к проблеме старения населения и связанной с ней проблеме оказания медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста. Так, в 2002 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала документ под названием «Активная старость: директивные рамки»<sup>2</sup>. Идея появления термина «активная старость» появилась как попытка соединить очень разнообразные области политики, оказывающие влияние на состояние здоровья пожилого населения. В директивных рамках подчеркивается необходимость принятия мер в различных отраслях и ставится цель обеспечить вклад пожилых людей в жизнь семьи и в экономическую деятельность. Также ВОЗ определила шесть ключевых факторов активной старости: экономические, поведенческие, личностные, социальные факторы, медицинские и социальные услуги, физическая среда.

Кроме того, право человека на здоровую зрелость и старость утверждено в ряде других международных документов, которые являются составной частью международной законодательной базы в области прав человека. Так, в 2002 году Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций одобрила Политическую декларацию и Мадридский международный план действий по проблемам старения<sup>3</sup>. В документе определены приоритетные области действий: участие пожилых людей в развитии; обеспечение здравоохране-

<sup>1</sup> Социальное положение и уровень жизни населения России: стат. сб. М.: Росстат, 2015. С. 62.

<sup>2</sup> *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization, 2002 [Электронный ресурс] URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf) (дата обращения: 10.06.2017).

<sup>3</sup> *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. N. Y.: United Nations, 2002 [Электронный ресурс]. URL: [http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid\\_plan.pdf](http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf) (дата обращения: 25.07.2017).

ния и благосостояния в пожилом возрасте; обеспечение для пожилых людей широких возможностей и благоприятных условий. Также в плане отмечен ряд ключевых аспектов, которые сохраняют свою актуальность и в 2018 году, а именно: укрепление здоровья и благополучия на протяжении всей жизни; обеспечение всеобщего и равного доступа к медицинским услугам; качественная подготовка медицинских специалистов; предоставление надлежащих услуг пожилым людям с инвалидностью; недопущение пренебрежительного отношения, злоупотреблений и насилия в отношении пожилых людей.

Кроме термина «активная старость» в научных и политических кругах широко применяется также и термин «здоровое старение». При этом отмечаются широкие разногласия в отношении содержания этого термина (Fuchs et al., 2013; Lowry et al., 2012; Lara et al., 2013). Использование этого выражения в прямом смысле (отсутствие заболеваний) проблематично в отношении зрелого и пожилого населения, так как у многих пожилых людей может быть одно или несколько заболеваний, которые легко контролируются и мало влияют на способность к функционированию. Именно поэтому при формулировании цели стратегии общественного здравоохранения по проблемам населения старшей возрастной категории ВОЗ рассматривает здоровое старение как более целостное понятие с привязкой к жизненному циклу человека и с точки зрения перспектив в плане его функционирования. В данной работе мы будем придерживаться классического определения здорового старения, данного ВОЗ, – процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в пожилом возрасте<sup>4</sup>.

Модель здорового старения можно описать как взаимодействие двух блоков – индивидуальной жизнеспособности человека и окружающей среды (рис. 1). Связующим звеном между этими сегментами является функциональная способность – связанные со здоровьем характеристики, которые определяют активность жизнедеятельности.

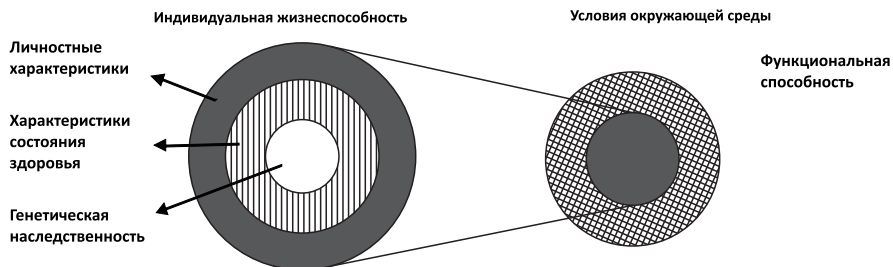


Рис. 1. Структура модели здорового старения / Fig. 1. The structure of the Active Ageing model

Источник: составлено авторами по (Peel et al., 2004).

Рассмотрим более подробно каждый из блоков.

Индивидуальная жизнеспособность представляет собой совокупность всех физических и психических особенностей человека, а именно:

<sup>4</sup> Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008 [Электронный ресурс]. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/1/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/1/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf) (дата обращения: 23.06.2017).

- генетическая наследственность;
- характеристики состояния здоровья (возрастные тенденции, связанные со здоровьем особенности поведения, характеристики и навыки, факторы риска развития заболеваний, болезни и травмы, более широкие гериатрические (старческие) синдромы);
- лично-психические характеристики (пол, этническая принадлежность, профессия, уровень образования, уровень благосостояния).

Характеристики окружающей среды включают в себя все факторы микроуровня и макроуровня внешнего мира, которые определяют условия жизни человека. К таким факторам относятся антропогенная среда, люди и их взаимоотношения, установки и ценности, социальная политика в целом и политика в области здравоохранения в частности и т.д.

Функциональная способность представляет собой итоговую комбинацию индивидуальных характеристик и условий окружающей среды и может быть положительной (если условия окружающей среды улучшают индивидуальную жизнеспособность) или отрицательной (в обратном случае). Например, функциональная способность может быть положительной, если пожилой человек с ограниченными физическими способностями по-прежнему обладает необходимой ему мобильностью, так как пользуется тем или иным ассистивным устройством и проживает вблизи доступного общественного транспорта.

Процесс здорового старения касается всех указанных блоков и носит постепенный характер. Здоровое старение начинается с самого рождения и связано с генетической наследственностью. В то же время каждый рождается в определенной социальной среде, имея определенное социальное положение, которое определяет возможности и препятствия при доступе к ресурсам и, в частности, к получению качественных медицинских услуг. Далее по мере старения человек накапливает определенные повреждения и заболевания, которые приводят к общему уменьшению физиологических ресурсов. Именно в этот момент задача функциональной способности состоит в том, чтобы максимально нивелировать отрицательные последствия старения и обеспечить здоровую и активную жизнь. Резерв функциональной способности определяет жизнестойкость зрелого и пожилого человека.

Таким образом, модель здорового старения может служить основой для формирования государственной политики в сфере здравоохранения для поддержания здоровья пожилого населения с учетом сегментации пациентов по степени жизнеспособности и вытекающих из нее необходимых медицинских мероприятий.

### **Оценка уровня здоровья населения старших возрастов в России как фактора вовлечения данной категории в активную социально-экономическую деятельность**

Говоря о характеристике населения старших возрастных категорий в малых городах и в районных центрах, необходимо отметить, что в настоящий момент, по данным официальной государственной статистики, доля населения старше 50 лет неуклонно растет. В рамках данной работы анализ выстроен на примере трех субъектов РФ – Владимирской области, Тульской области и Пермского края (рис. 2). За последние 10 лет в целом по стране доля населения старших возрастных категорий выросла на 5 п.п. Что касается

отдельных анализируемых субъектов, то, по итогам Всероссийской переписи 2010 года, Владимирская и Тульская области существенно опережали общенациональные показатели по доле населения старше 50 лет (37 % и 39 % соответственно по сравнению с 33,3 % в среднем по стране). В Пермском крае наблюдалась средняя по стране ситуация (около 33 %) (Шерешева и др., 2017). Подобная демографическая сегментация населения по возрастным категориям говорит о том, что поиск новых форм оказания медицинской помощи пожилому населению должен стать приоритетным направлением государственной социальной политики России.

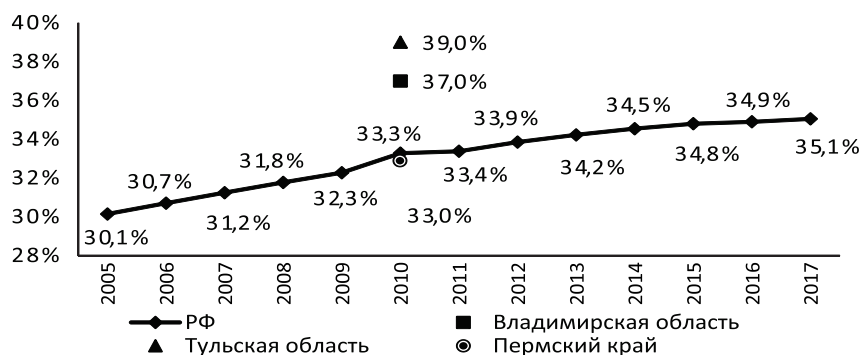


Рис. 2. Доля населения 50 лет и старше от общего населения РФ за 2005–2017 годы, а также доля населения старше 50 лет во Владимирской области, Тульской области и Пермском крае в 2010 году, % / Fig. 2. The proportion of population over 50 in the Russian Federation for 2005–2017, and in the Vladimir region, the Tula region and the Perm region for 2010, %

Источник: составлено авторами по данным Росстата<sup>5</sup>.

Говоря о социально-экономической характеристике населения старших поколений в анализируемых регионах, необходимо охарактеризовать общие коэффициенты рождаемости и смертности (табл. 1 и 2).

Таблица 1 / Table 1

Общие коэффициенты рождаемости в анализируемых субъектах РФ /  
General fertility rates in the analyzed regions of the Russian Federation

№ п/п	Субъект РФ	Общий коэффициент рождаемости (число родившихся на 1000 человек); место по коэффициенту рождаемости, занимаемое в Российской Федерации			
		2013	2014	2015	2016
1	Владимирская область	11,1 74-е место	11,2 73-е место	11,6 69-е место	11,2 67-е место
2	Тульская область	9,9 82-е место	10,0 83-е место	10,5 82-е место	10,2 82-е место
3	Пермский край	14,7 21-е место	14,7 20-е место	14,7 14-е место	14,1 16-е место

Источник: составлено авторами по данным Росстата<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Демографический ежегодник России: стат. сб. М.: Росстат, 2017 [Электронный ресурс]. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/B17\\_16/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/B17_16/Main.htm) (дата обращения: 09.01.2018).

<sup>6</sup> Регионы России. Социально-экономические показатели – 2017 г. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.gks.ru/bgd/regl/b17\\_14p/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_14p/Main.htm) (дата обращения: 09.01.2018).

Так, Пермский край существенно опережает Владимирскую и Тульскую области по количеству родившихся и входит в двадцатку передовых субъектов страны по данному показателю. Тем не менее, несмотря на небольшую положительную тенденцию, к 2016 году ни в одном из рассматриваемых регионов не прослеживается повышение коэффициента рождаемости.

Таблица 2 / Table 2

**Общие коэффициенты смертности в анализируемых субъектах РФ /  
General mortality rates in the analyzed regions of the Russian Federation**

№ п/п	Субъект РФ	Общий коэффициент смертности (число умерших на 1000 человек); место по коэффициенту смертности, занимаемое в Российской Федерации			
		2013	2014	2015	2016
1	Владимирская область	16,7 82-е место	16,6 81-е место	16,5 81-е место	16,5 81-е место
2	Тульская область	17,4 82-е место	17,1 82-е место	17,1 82-е место	17,0 82-е место
3	Пермский край	14,0 52-е место	14,0 50-е место	14,2 55-е место	13,8 49-е место

*Источник: составлено авторами по данным Росстата<sup>7</sup>.*

Что касается общего коэффициента смертности, то все три анализируемых региона проводят планомерную работу по его снижению и добились позитивных результатов в этом направлении.

Один из важнейших социальных и экономических показателей здоровья как основы вовлечения населения старших возрастов в активную социально-экономическую деятельность – это ожидаемая продолжительность жизни при рождении<sup>8</sup>. Если говорить о стране в целом, то Россия значительно отстает по данному показателю как от «старых» стран Европейского Союза (к таковым относят страны, вступившие в ЕС до мая 2004 года, – Германия, Великобритания, Франция, Италия и др.), так и от «новых» (Болгария, Эстония, Литва, Латвия и др.) (рис. 3).

С 2006 года ожидаемая продолжительность жизни в России начала заметно расти и в 2015 году достигла 71,4 года. Тем не менее она остается низкой – на три года меньше, чем в «новых» странах, и на 10 лет меньше, чем в «старых». При этом в России сохраняется катастрофическая (одна из самых высоких в мире) разница между ожидаемой продолжительностью жизни у мужчин и женщин – 12,5 лет в 2015 году.

<sup>7</sup> Там же.

<sup>8</sup> Число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения, при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого рассчитан этот показатель.

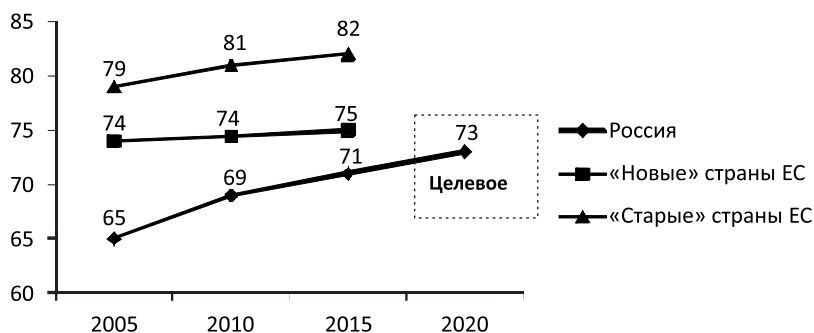


Рис. 3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Российской Федерации и странах Европейского Союза (ЕС) за 2005–2020 годы, лет / Fig. 3. Life expectancy at birth in the Russian Federation and in the European Union countries for 2005–2020, years

Источник: составлено авторами по данным (Стародубов и Щепин, 2014).

Если характеризовать рассматриваемые субъекты РФ, то сравнительным показателем может выступать средний возраст населения, который существенно отличается у мужчин и женщин (табл. 3). По итогам Всероссийской переписи 2010 года Владимирская и Тульская области по данному показателю схожи, а в Пермском крае наблюдается самое молодое население (в среднем на 4 года моложе, чем в других анализируемых субъектах).

Таблица 3 / Table 3

Средний возраст мужчин и женщин в анализируемых субъектах РФ (по состоянию на 2010 год) / Average age in the analyzed regions of the Russian Federation (as of 2010)

№	Субъект РФ	Средний возраст населения	Средний возраст мужчин	Средний возраст женщин
1	Владимирская область	41,2	37,6	44,1
2	Тульская область	42,3	38,7	45,3
3	Пермский край	38,5	35,6	40,9

Источник: составлено авторами по данным Всероссийской переписи населения за 2010 год<sup>9</sup>.

Что касается структуры заболеваемости и смертности населения старших возрастных категорий, то лидирующими являются так называемые хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), в число которых входят болезни сердечно-сосудистой системы, болезни органов дыхания и т.д. (рис. 4). Сбор данного вида медицинской статистики в малых городах и районных центрах существенно затруднен ввиду отсутствия единой информационно-аналитической базы, недостаточного количества трудовых ресурсов, в том числе среднего медицинского персонала и медицинских статистов и т.д.

<sup>9</sup> Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года. Т. 2. Возрастно-половой состав и состояние в браке [Электронный ресурс]. URL: [http://demoscope.ru/weekly/ssp/rus10\\_reg\\_age.php?reg=1](http://demoscope.ru/weekly/ssp/rus10_reg_age.php?reg=1) (дата обращения: 01.12.2017).

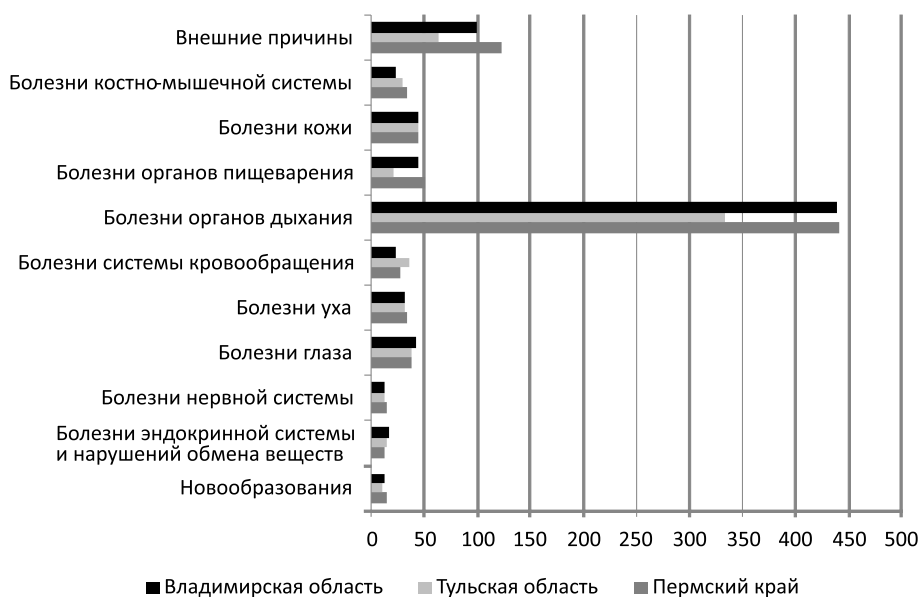


Рис. 4. Заболеваемость населения на 1000 человек населения по основным классам болезней в 2016 году / Fig. 4. Morbidity per 1,000 population by main disease categories in 2016

Источник: составлено авторами по данным Росстата<sup>10</sup>.

При этом стоит отметить, что данные медицинской статистики по заболеваемости населения являются далеко не полными, так как они основываются на зарегистрированных в медицинских организациях фактах обращения за медицинской помощью, что происходит далеко не всегда. Зачастую у населения отсутствуют мотивированное и развитое ценностное отношение к собственному здоровью и, как следствие, индивидуальное планирование сохранения здоровья. Результаты проведенных медико-социологических исследований свидетельствуют о том, что в поведенческих стратегиях населения в отношении к здоровью преобладает ориентация на самолечение и игнорирование медицинской помощи в случае болезни. В связи с этим выделяют три основных поведенческих модели (Ваер et al., 2016):

- всегда обращаются за медицинской помощью: обращение пациентов за медицинской помощью при любом заболевании, оптимальная поведенческая модель, по экспертным оценкам такой модели придерживается 1/5 часть взрослого населения;
- обращаются за медицинской помощью только в тяжелых случаях: мягкая форма отказа от медицинской помощи, модель поведения свойственна 2/3 взрослого населения;
- практически не обращаются за медицинской помощью: жесткая форма отказа от медицинской помощи в любых случаях, ориентация на самолечение, модель поведения свойственна 1/5 части взрослого населения.

<sup>10</sup> Регионы России...

По итогам проведенного эмпирического исследования при оценке самоанализа здоровья и удовлетворенности его состоянием выяснилось, что большинство респондентов в возрасте старше 50 лет оценивают уровень своего здоровья как «среднее» (средний балл – 5,34<sup>11</sup>). При этом 35 %<sup>12</sup> опрошенных уверены, что не имеют хронических заболеваний или не знают вовсе, есть ли у них такие заболевания. В то же время, по экспертным оценкам и эпидемиологическим данным, более 70 % населения старше трудоспособного возраста имеют, по крайней мере, одно ХНИЗ<sup>13</sup>, в том числе еще не диагностированное (Бойцов и Чучалин, 2013). Эпидемиологическая ситуация в анализируемых субъектах свидетельствует о тенденции высоких показателей заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями и смертности от них.

На сегодняшний день существует обширный международный опыт реализации комплексного подхода к ведению пожилых пациентов с хроническими заболеваниями (США, Австралия, Германия, Великобритания), доказавший свою эффективность (Goodwin et al., 2013). Несмотря на то, что в России также началась работа в этом направлении, подобный опыт является редкостью для регионов России.

Одним из передовых регионов по активному внедрению практики раннего выявления и лечения ХНИЗ стала Ярославская область, где начиная с 2011 года была внедрена комплексная программа по усовершенствованию лечения артериальной гипертензии среди пожилого населения совместными усилиями Правительства Ярославской области и группы компаний «Новартис». Этот проект стал уникальным примером развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, благодаря которому удалось модернизировать работу региональной терапевтической и кардиологической служб и достичь ощутимого повышения качества оказания медицинской помощи пациентам старше трудоспособного возраста с артериальной гипертензией. По итогам трех лет реализации проекта уровень контроля артериального давления<sup>14</sup> вырос с 24 % до 33 %, наметилась устойчивая тенденция по снижению числа госпитализаций, связанных с артериальной гипертензией, а также такими ее осложнениями, как инсульт и инфаркт миокарда.

Что касается анализируемых субъектов РФ, то ситуация с организацией оказания медицинской помощи в них весьма неблагоприятная и сопровождается недостаточным количеством трудовых, материальных и иных ресурсов.

В отношении Владимирской области можно отметить: до недавнего времени (по состоянию на 2013 год) в области наблюдался кадровый дефицит (около 1300 врачей); была запущена материальная база, на восстановление которой требовалось около 7 млрд руб.; крупные больницы, привязанные

<sup>11</sup> Данные проекта «Социальная и экономическая активность людей зрелого возраста (категория «50+»). Потребности. Удовлетворенность. Модели потребительского поведения. Взаимодействие с бизнесом и органами власти».

<sup>12</sup> Там же.

<sup>13</sup> В соответствии с определением ВОЗ, ХНИЗ – это длительное, медленно прогрессирующее заболевание, не связанное с инфекционным агентом. К ХНИЗ относятся следующие группы заболеваний: сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные, диабет.

<sup>14</sup> Доля пациентов в программе с диагнозом артериальная гипертензия со среднемесячным значением артериального давления ниже порогового значения 140/90 мм. рт. ст.

к крупным производствам, лишились обслуживаемого населения; в малых городах и районных центрах были закрыты родильные дома и детские корпуса клинических больниц (в соответствии с докладом директора департамента А. В. Кирюхина на заседании коллегии администрации области по вопросам реализации государственной программы «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы»<sup>15</sup>). В 2013 году была принята программа «Развитие здравоохранения Владимирской области на 2013–2020 годы», утвержденная постановлением губернатора Владимирской области от 30 апреля 2013 года № 494. В соответствии с ней для сокращения кадрового дефицита Медицинский колледж получил новое здание, благодаря которому появилась возможность обучать большее число студентов (будущего среднего медицинского персонала), а также была развернута активная подготовка врачей в г. Владимире для районов и малых городов. Кроме того, начала практиковаться подготовка врачей на рабочих местах в федеральных клиниках (г. Москва, г. Санкт-Петербург и др.). Также, используя инструмент эффективного контракта, в область привлекаются молодые специалисты из других субъектов РФ. Была отремонтирована существенная часть областных и районных больниц, в том числе и в малых городах. Самой сложной стала проблема восстановления сельского здравоохранения. Для выявления и адресного устранения рисков снижения доступности медицинской помощи формируются геоинформационные карты Владимирской области и выявлены 114 населенных пунктов (в основном малонаселенных), получение медицинской помощи в которых затруднено. Для таких населенных пунктов предпочтение отдается выездным формам медицинской помощи. Также для малых городов и районных центров было начато строительство фельдшерско-акушерских пунктов. За 2013–2016 годы на строительство выделено 160,6 млн руб. Построены 10, проведена реконструкция 3 фельдшерско-акушерских пунктов. Кроме того, начиная с 2013 года планомерно увеличивается объем затрачиваемых средств фонда обязательного медицинского страхования на проведение диагностических и лечебных процедур.

Характеризуя Тульскую область, можно отметить, что приоритетным направлением работы нового министра здравоохранения А. Третьякова (назначен на должность в мае 2017 года) является строительство фельдшерских пунктов в районах области, а также внедрение современных скрининговых программ раннего выявления заболеваний. Еще одной серьезной задачей является совершенствование системы маршрутизации пациентов в медицинских организациях. Вообще, область много работает над повышением уровня клиентоориентированности медицинских организаций. Так, по мнению губернатора Тульской области А. Дюмина, необходимо улучшать в целом отношение к пациентам, в поликлиниках и больницах не должно быть места грубости и безразличию. Для этого министру здравоохранения было поручено чаще выезжать в районы и малые города, непосредственно общаться с врачами и пациентами. Первыми позитивными изменениями стали проекты по введению в действие программ «Бережливая поликлиника» и «Открытая

---

<sup>15</sup> Департамент здравоохранения Администрации Владимирской области [Электронный ресурс]. URL: <http://dz.avо.ru/osnovnye-pokazateli-otrasli> (дата обращения: 19.12.2017).

регистратура», которые повышают эффективность использования медицинскими организациями бюджетных средств и средств страховых компаний, а также уровень организации оказания медицинской помощи в области.

Что касается Пермского края, то для улучшения и модернизации сферы здравоохранения действуют государственная программа Пермского края «Развитие здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Пермского края от 3 октября 2013 года № 1319-п, а также закон Пермского края «Об охране здоровья граждан в Пермском крае» от 23 ноября 2015 года № 573-ПК. В рамках указанных нормативных актов для совершенствования системы оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями был налажен контроль маршрутизации пациентов с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения, открыты две новые профильные окружные больницы, усовершенствовано оснащение выездных бригад скорой медицинской помощи. Для малых городов и районных центров организована работа выездных фельдшерско-акушерских пунктов, кроме того, налажена работа выездных поликлиник. Тем не менее в субъекте РФ наблюдается острый дефицит медицинских специалистов, причем как врачей (укомплектованность штатных врачебных должностей физическими лицами составляет 60 %), так и средних медицинских специалистов (90 %).

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Безусловно, вовлечение населения старших возрастов в активную социально-экономическую деятельность напрямую зависит от качества оказания медицинской помощи данной категории населения, от качества жизни и состояния здоровья. Нынешние подходы общественного здравоохранения к вопросам оказания медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста, в частности организация медицинской помощи населению в малых городах и районных центрах, являются неэффективными. Здоровье людей старших возрастов «отстает» от роста продолжительности жизни, модели обеспечения долгосрочной помощи являются недостаточными и неустойчивыми, физические и социальные условия сопряжены с множеством барьеров и сдерживающих факторов, препятствующих как сохранению здоровья, так и участию пожилых людей в жизни общества, что существенно снижает степень вовлечения населения старших возрастов в активную социально-экономическую деятельность.

Назрела необходимость в переориентации системы здравоохранения, в частности в малых городах и в районных центрах, с модели, основанной на лечении заболеваний по мере их выявления, на модель, в рамках которой на первый план выходят качество жизни человека и профилактика заболеваний. В связи с этим на основе проведенного анализа медико-социальных показателей состояния здоровья населения старших возрастов, форм и методов оказания медицинской помощи населению старшего и пожилого возраста в России, а также рассмотренного зарубежного опыта по поддержанию здоровья в старших возрастах и вовлечению этой категории населения в активную социально-экономическую деятельность предлагаются следующие мероприятия по улучшению организации медицинской помощи и, как след-

ствие, активизации вовлечения населения старшего поколения в социально-экономическую деятельность на основе модели здорового старения ВОЗ:

1) мероприятия, способствующие повышению индивидуальной жизне-способности:

– создание национальных скрининговых программ для выявления заболеваний на ранних стадиях;

– развитие Центров здоровья в рамках амбулаторно-поликлинических медицинских организаций для выполнения профилактических медицинских функций, популяризации здорового образа жизни, проведения реабилитационных программ, регулярного поддержания здоровья пациентов с хроническими заболеваниями (Школа диабета, Школа гипертоника, Кабинет по отказу от курения, ЛФК и др.);

2) мероприятия, способствующие повышению функциональной способности:

– привлечение трудовых ресурсов, в том числе и молодых специалистов, в малые города и районные центры путем внедрения программ поддержки с предоставлением жилья, повышенной заработной платы, улучшенных карьерных возможностей и т.д.;

– формирование мобильных амбулаторно-поликлинических пунктов для оказания медицинской помощи в малых городах и отдаленных районных центрах с регулярным обеспечением укомплектованности врачами различных узких специальностей;

3) организационно-административные мероприятия:

– проведение объединения нескольких медицинских организаций (амбулаторно-поликлинических и стационарных) под единое административное управление для достижения эффекта масштаба, повышения объемов оказания медицинской помощи и улучшения доступности государственных медицинских услуг;

– создание инвестиционно-привлекательной среды для открытия частных медицинских организаций малого типа в малых городах и районных центрах, оказывающих медицинские услуги, в том числе в рамках системы обязательного медицинского страхования.

В малых городах доля населения старших возрастов неуклонно возрастает, поэтому стратегия развития рассматриваемых субъектов РФ должна формироваться с учетом интересов жителей старше 50 лет, большая часть из которых женщины пенсионного возраста. От уровня здоровья и занятости лиц данной возрастной категории зависит социально-экономическое состояние малых городов с численностью менее 50 тыс. чел. Необходимо развивать комплексные программы социально-медицинской помощи, направленные на достижение нескольких целевых показателей: занятости старших возрастных групп, развитие сельской экономики и медицины, формирование производств и бизнес-центров с использованием труда лиц пенсионного возраста, тем более, что существуют практики, положительно себя зарекомендовавшие в развитых странах и регионах России.

## **БЛАГОДАРНОСТИ**

Статья выполнена при финансовой поддержке РНФ, проект № 17-18-01324 «Устойчивое развитие экономики территорий на основе сетевого взаимодействия малых городов и районных центров».

### Библиографический список

Бойцов С. А., Чучалин А. Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. М.: Профмедфорум, 2013. 136 с.

Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008. Россия перед лицом демографических вызовов / Рук. авт. кол. А. Г. Вишневский, С. Н. Бобылев. М.: ПРООН, 2009, 208 с.

Карачурина Л. Б. Урбанизация по-русски. Тенденции последних 20 лет // Отечественные записки. 2015. № 3. С. 10–24.

Колосницына М. Г., Шейман И. М., Шишкин С. В. Экономика здравоохранения. М.: Изд. дом ГУ-ВШЭ, 2009. 480 с.

Медик В. А., Осипов А. М. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ. М.: ИЦ РИОР, ИНФРА-М, 2012. 358 с.

Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / Под ред. В. И. Стародубова, О. П. Щепина М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. 624 с.

Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. 592 с.

Цыб А. Ф. Демографическая ситуация в современной России: проблемы и перспективы. М.: Тривант, 2009. 523 с.

Шерешева М. Ю., Оборин М. С., Костянян А. А. Особенности оценки качества жизни населения малых городов // *Ars Administrandi* (Искусство управления). 2017. Т. 9, № 2. С. 289–311. DOI: 10.17072/2218-9173-2017-2-289-311.

Arxer S. L., Murphy J. W. The Symbolism of Globalization, Development, and Aging. N. Y.: Springer, 2013. 169 p.

Baer B., Bhushan A., Taleb H.A., Vasquez J., Thomas R. The Right to Health of Older People // *Gerontologist*. 2016. Vol. 56, № 2. P. 206–217. DOI: 10.1093/geront/gnw039.

Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. N. Y.: Cambridge University Press, 2008. 408 p.

Dillaway H. E., Byrnes M. Reconsidering Successful Aging: A Call for Renewed and Expanded Academic Critiques and Conceptualizations // *Journal of Applied Gerontology*. 2009. Vol. 28, № 6. P. 702–722. DOI: <https://doi.org/10.1177/0733464809333882>.

Fuchs J., Scheidt-Nave C., Hinrichs T., Mergenthaler A., Stein J., Riedel-Heller S. G., Grill E. Indicators for Healthy Ageing – a Debate // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013. Vol. 10, № 12. P. 6630–6644. DOI: 10.3390/ijerph10126630.

Goodwin N., Sonola L., Thiel V., Kodner D.L. Co-Ordinated Care for People with Complex Chronic Conditions: Key Lessons and Markers for Success. L.: The King's Fund, 2013. 44 p.

Lara J., Godfrey A., Evans E., Heaven B., Brown L. J., Barron E., Rochester L., Meyer T. D., Mathers J. C. Towards Measurement of the Healthy Ageing Phenotype in Lifestyle-Based Intervention Studies // *Maturitas*. 2013. Vol. 76, № 2. P. 189–199. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.07.007.

Levy, B. R., Banaji, M. R. Implicit Ageism // Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons / Ed. by T. D. Nelson. Cambridge: The MIT Press, 2002. P. 49–75.

Lowry K. A., Vallejo A. N., Studenski S. A. Successful Aging as a Continuum of Functional Independence: Lessons from Physical Disability Models of Aging // Aging and Disease. 2012. Vol. 3, № 1. P. 5–15.

Peel N., Bartlett H., McClure R. Healthy Ageing: How Is It Defined and Measured? // Australasian Journal on Ageing. 2004. Vol. 23, № 3. P. 115–119. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00035.x>.

Population Aging and the Generational Economy. A Global Perspective / Ed. by R. Lee, A. Mason. Cheltenham: Edward Elgar, 2011. 616 p.

Shkolnikov V., Meslé F., Leon D. A. Premature Circulatory Disease in Russia: Population- And Individual-Level Evidence // Heart Disease, Environment, Stress and Gender: Environment, Stress, and Gender (NATO Science Series. Series I, Life and Behavioural Sciences, V. 327) / Ed. by G. Weidner, S. M. Kopp, M. Kristenson. Amsterdam: IOS Press, 2002. P. 39–68.

Walker A. A Strategy for Active Ageing // International Social Security Review. 2002. Vol. 55, № 1. P. 121–139. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>.

### **Информация об авторах**

**Шерешева Мария Юрьевна** – д-р экон. наук, профессор, профессор кафедры прикладной институциональной экономики, директор Центра исследований сетевой экономики, заведующий лабораторией институционального анализа ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», 119234, г. Москва, Ленинские горы, 1

ORCID: 0000-0002-8153-7111

ResearcherID: M-9221-2013

Электронный адрес: [m.sheresheva@gmail.com](mailto:m.sheresheva@gmail.com)

**Оборин Матвей Сергеевич** – д-р экон. наук, доцент, доцент кафедры экономического анализа и статистики Пермского института (филиала) ФГБОУ ВО «Российский экономический университет имени Г. В. Плеханова», 614070, г. Пермь, бул. Гагарина, 57

ORCID: 0000-0002-4281-8615

ResearcherID: H-6729-2017

Электронный адрес: [resreachin@rambler.ru](mailto:resreachin@rambler.ru)

**Костянян Ани Асканазовна** – аспирант кафедры маркетинга экономического факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», 119234, г. Москва, Ленинские горы, 1

ORCID: 0000-0001-5929-2755

ResearcherID: K-7624-2016

Электронный адрес: [ani.kostanyan@yandex.ru](mailto:ani.kostanyan@yandex.ru)

*Статья получена 4 февраля 2018 года*

UDC [316:61]:33

DOI: 10.17072/2218-9173-2018-1-19-37

## HEALTH CARE AS A CORE INDICATOR FOR ACTIVE INVOLVEMENT IN SOCIO-ECONOMIC ACTIVITIES OF THE POPULATION IN OLDER AGE CATEGORIES IN SMALL TOWNS AND DISTRICT CENTERS

**Marina Yu. Sheresheva**

Lomonosov Moscow State University, 1 Leninskie Gory,  
Moscow, 119234, Russia

ORCID: 0000-0002-8153-7111

ResearcherID: M-9221-2013

E-mail: m.sheresheva@gmail.com

**Matvey S. Oborin**

Perm Institute (branch) of Plekhanov Russian University  
of Economics, 57 Gagarin Boulevard, Perm, 614070, Russia

ORCID: 0000-0002-4281-8615

ResearcherID: H-6729-2017

E-mail: recreachin@rambler.ru

**Ani A. Kostanyan**

Lomonosov Moscow State University, 1 Leninskie Gory,  
Moscow, 119234, Russia

ORCID: 0000-0001-5929-2755

ResearcherID: K-7624-2016

E-mail: ani.kostanyan@yandex.ru

---

### For citation:

Sheresheva, M. Yu., Oborin, M. S. and Kostanyan, A. A. (2018), "Health Care as a Core Indicator for Active Involvement in Socio-Economic Activities of the Population in Older Age Categories in Small Towns and District Centers", *Ars Administrandi*, vol. 10, no. 1, pp. 19–37, doi: 10.17072/2218-9173-2018-1-19-37.

---

**Introduction.** The article deals with the topical issue of involvement in socio-economic activities of the mature and elderly population in small towns and regional centers in connection with the population ageing.

**Aims.** Comparative health assessment of older age population categories in small towns and district centers of the Tula, the Vladimir and the Perm regions as a factor of involvement into active socio-economic life.

**Methods.** The dialectical method of economic and social processes cognition, system analysis and sociological methods.

**Results.** The need to maintain and improve health of the older generation as a key factor determining their involvement into social capital has been identified;

the study includes the overview of theoretical models of population ageing prevailing in foreign health care practices and lying at the heart of public policy which promotes the active involvement of the elderly population into social and economic life. The analysis has been made of medical and statistical indicators characterizing the health status of the population over the working age in three Russian Federation regions (the Vladimir Region, the Tula Region, the Perm Region).

**Conclusion.** Based on the results of the study proposals have been formulated for building public policy in the health sector aimed at improving the living standards in small towns for the population over 50, taking into account the current organization of healthcare for the elderly people in Russia and the analyzed foreign experience in the field of active ageing.

**Key words:** small towns and regional centers; population ageing; older population; the state policy in the field of healthcare; quality of life; health

### Acknowledgements

The work was supported by the Russian Science Foundation, project no. 17-18-01324 “Sustainable development of territories economy on the basis of network interaction of small towns and district centers”.

### References

Boitsov, S. A. and Chuchalin, A. G. (2013), *Profilaktika khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy* [Preventing chronic non-infectious diseases], Profmedforum, Moscow, Russia.

Vishnevskii, A. G. and Bobylev, S. N. (ed.) (2009), *Doklad o razvitiy che-lovecheskogo potentsiala v Rossiiskoi Federatsii 2008. Rossiya pered litsom demograficheskikh vyzovov* [National Human development report Russian Federation 2008. Russia facing demographic challenges], UNDP, Moscow, Russia.

Karachurina, L. B. (2015), “Urbanization in Russian. Trends in the Past 20 Years”, *Otechestvennyye zapiski*, vol. 3, pp. 10–24.

Kolosnitsyna, M. G., Sheiman, I. M. and Shishkin, S. V. (2009), *Ekonomika zdra-vookhraneniya* [Health economics], HSE Publishing House, Moscow, Russia.

Medik, V. A. and Osipov, A. M. (2012), *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie: mediko-sotsiologicheskii analiz* [Public health and healthcare: medical and socio-logical analysis], RIOR Publishing House, INFRA-M, Moscow, Russia.

Starodubov, V. I. and Shchepin, O. P. (ed.) (2014), *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie. Natsional'noe rukovodstvo* [Public health and healthcare. National handbook], GEOTAR – Media, Moscow, Russia.

Ulumbekova, G. E. (2010), *Zdravookhranenie Rossii. Chto nado delat': nauchnoe obosnovanie “Strategii razvitiya zdravookhraneniya RF do 2020 goda”* [Healthcare of Russia. What should be done: the scientific substantiation of the “Strategy for the Development of Health Care of the Russian Federation until 2020”], GEOTAR – Media, Moscow, Russia.

Tsyb, A. F. (2009), *Demograficheskaya situatsiya v sovremennoi Rossii: problemy i perspektivy* [Demographic situation in modern Russia: problems and prospects], Trovant, Moscow, Russia.

Sheresheva, M. Yu., Oborin, M. S. and Kostanyan, A. A. (2017), "Assessment Features for Life Quality in Small Towns", *Ars Administrandi*, vol. 9, no. 2, pp. 289–311, doi: 10.17072/2218-9173-2017-2-289-311.

Arxer, S. L. and Murphy, J. W. (2013), *The Symbolism of Globalization, Development, and Aging*, Springer, N. Y., USA.

Baer, B., Bhushan, A., Taleb, H.A., Vasquez, J. and Thomas, R. (2016), "The Right to Health of Older People", *Gerontologist*, vol. 56, no. 2, pp. 206–217, doi: 10.1093/geront/gnw039.

Daniels, N. (2008), *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, N. Y., USA.

Dillaway, H. E. and Byrnes, M. (2009), "Reconsidering Successful Aging: A Call for Renewed and Expanded Academic Critiques and Conceptualizations", *Journal of Applied Gerontology*, vol. 28, no. 6, pp. 702–722, doi: <https://doi.org/10.1177/0733464809333882>.

Fuchs, J., Scheidt-Nave, C., Hinrichs, T., Mergenthaler, A., Stein, J., Riedel-Heller, S. G. and Grill, E. (2013), "Indicators for Healthy Ageing – a Debate", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 10, no. 12, pp. 6630–6644, doi: 10.3390/ijerph10126630.

Goodwin N., Sonola, L., Thiel, V. and Kodner, D. L. (2013), *Co-Ordinated Care for People with Complex Chronic Conditions: Key Lessons and Markers for Success*. The King's Fund, London, UK.

Lara, J., Godfrey, A., Evans, E., Heaven, B., Brown, L. J., Barron, E., Rochester, L., Meyer, T. D. and Mathers, J. C. (2013), "Towards Measurement of the Healthy Ageing Phenotype in Lifestyle-Based Intervention Studies", *Maturitas*, vol. 76, no. 2, pp. 189–199, doi: 10.1016/j.maturitas.2013.07.007.

Levy, B. R. and Banaji, M. R. (2002), "Implicit Ageism", in Nelson, T. D. (ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons*, The MIT Press, Cambridge, UK, pp. 49–75.

Lowry, K. A., Vallejo, A. N. and Studenski, S. A. (2012), "Successful Aging as a Continuum of Functional Independence: Lessons from Physical Disability Models of Aging", *Aging and Disease*, vol. 3, no. 1, pp. 5–15.

Peel, N., Bartlett, H. and McClure, R. (2004), "Healthy Ageing: How Is It Defined and Measured?", *Australasian Journal on Ageing*, vol. 23, no. 3, pp. 115–119, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00035.x>.

Lee R. and Mason, A. (2011), *Population Aging and the Generational Economy. A Global Perspective*, Edward Elgar, Cheltenham, UK.

Shkolnikov, V., Meslé, F. and Leon, D. A. (2002), "Premature Circulatory Disease in Russia: Population- And Individual-Level Evidence", in Weidner, G. Kopp, S. M. and Kristenson, M. (ed.), *Heart Disease, Environment, Stress and Gender: Environment, Stress, and Gender (NATO Science Series. Series I, Life and Behavioural Sciences, V. 327)*, IOS Press, Amsterdam, Netherlands, pp. 39–68.

Walker, A. (2002), "A Strategy for Active Ageing", *International Social Security Review*, vol. 55, no. 1, pp. 121–139, doi: <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>.

*Received February 4, 2018*