ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МЕЖДУНАРОДНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА КАЗАХСТАНСКО-НЕМЕЦКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ФИЛИАЛ ФОНДА РОЗЫ ЛЮКСЕМБУРГ (ФРГ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ НА ЕВРАЗИЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ: ИНТЕРЕСЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
АЛМАТЫ, 16 ОКТЯБРЯ 2018 Г.

АЛМАТЫ 2019

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕЖДУНАРОДНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА
КАЗАХСТАНСКО-НЕМЕЦКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ФИЛИАЛ ФОНДА РОЗЫ ЛЮКСЕМБУРГ (ФРГ)
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ НА ЕВРАЗИЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ: ИНТЕРЕСЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

Алматы, 16 октября 2018 г.

Алматы 2019

УДК 612 (063)
ББК 51.20
П 46

Рецензент – Закржевская О.Г.,
доктор исторических наук

Отв. ред.: Б.К. Султанов
Сост.: Т.Т. Султанов

П 46 Пожилые люди на Евразийском пространстве: интересы, проблемы и перспективы - Алматы: Исследовательский институт международного и регионального сотрудничества Казахстанско-Немецкого университета, 2018. – 160 с.

ISBN 978-601-332-212-4

Настоящий сборник подготовлен на основе докладов участников международной научной конференции «Пожилые люди на Евразийском пространстве: интересы, проблемы и перспективы» (Алматы, 16 октября 2018 г.), организованной Институтом международного и регионального сотрудничества Казахстанско-Немецкого университета и Филиалом Фонда Розы Люксембург (ФРГ) в Российской Федерации.

В конференции приняли участие ведущие казахстанские ученые – геронтологи, гериатры, биологи, медики, преподаватели медицинских вузов, а также эксперты из Германии, России, Таджикистана, Узбекистана.

Актуальность данного форума очевидна - старость неизбежно придет ко всем людям. Поэтому в развитых зарубежных странах на протяжении десятилетий разрабатываются и осуществляются медико-социальные мероприятия по созданию для своих граждан комфортных условий жизни в старости, при которых пожилые люди не зависели бы всецело от своих детей, внуков, родственников, или от государства.

На конференции главное внимание было уделено следующим проблемам: старение как глобальная проблема современности; оказание медицинской помощи лицам старческого возраста; социальная защита пожилых людей; антивозрастные программы в современном обществе.

По итогам форума были приняты практические рекомендации, которые позволят улучшить медико-социальную работу с лицами пожилого и старческого возраста.

Сборник предназначен для врачей, геронтологов, гериатров, работников учреждений министерства труда и социальной защиты, а также для экспертов, занимающихся проблемами социально-экономического развития новых независимых государств.

Сборник материалов конференции издан при поддержке
Филиала Фонда Розы Люксембург (ФРГ) в Российский Федерации
Издание не предназначено для продажи и распространяется бесплатно
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов данного сборника
Доклады участников конференции опубликованы в авторской редакции

УДК 612 (063)
ББК 51.20

ISBN 978-601-332-212-4

© ИМиРС КНУ, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 6

СЕКЦИЯ I
СТАРЕНИЕ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Султанов Б.К.
Бедность и реальные доходы пожилых людей в Евразии: состояние и перспективы 9

Лутц Брангш
Неуверенность в старости – основной проект неолиберальной перестройки общества в Германии 24

Колташов В.Г.
Повышение пенсионного возраста и переход от неолиберализма к новому меркантилизму в Евразии 36

Парамонов В.В.
К оценке влияния процесса сокращения социальной ответственности государства на постсоветском пространстве на положение людей старших возрастных категорий 45

Додонов В.Ю.
Проблемы и перспективы деятельности ЕНПФ Казахстана в контексте обеспечения качества жизни пожилых людей 49

СЕКЦИЯ II
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ЕВРАЗИИ

Тулеуханов С.Т.
Биоритм и долголетие 63

Даленов Е.Б.
Медицинские и социально-организационные основы продления жизни и качество жизни 74

Байсултанова А.Ш., Турсынмуратова Б.Е., Жармухамедов Е.А.
Оказание неотложной и профилактической помощи в гериатрической практике.....83
Байсеркин Б.С., Ахметова Г.М.
Возрастные особенности ВИЧ-инфекции у пожилых людей.....89
Абдирова Т.М.
Актуальные вопросы интегрированной паллиативной помощи в гериатрической практике.....97

СЕКЦИЯ III
АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ КАК ОТВЕТ СОЦИАЛЬНЫМ КОНСТРУКТАМ СТАРОСТИ

Булуктаев Ю.О.
Социальные конструкты старости, навязанные стратегии и модели старения: существует ли концепция качества жизни пожилых казахстанцев?.....112
Байсултанова А.Ш.
Общее состояние проблемы помощи пожилым в современном обществе и организация медико-социальной работы с лицами пожилого и старческого возраста в Республике Казахстан.....120
Аканова А.А.
Актуальные потребности современного пенсионера на примере города Алматы.....128
Ешманова А.К.
Центр дневного пребывания для лиц пенсионного возраста.....136
Елемисова А.Н.
Особенности сестринского ухода за лицами пожилого и старшего возраста.....139

МАТЕРИАЛЫ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ О МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ НА ЕВРАЗИЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ: ИНТЕРЕСЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

Иванов Р.Г.
Что нужно для улучшения жизни стариков, рассказал эксперт 144
Юрицын В.В.
Качество жизни пожилых людей – некачественное 149

Сведения об авторах 153

О Фонде Розы Люксембург 155

Об Исследовательском институте международного и регионального сотрудничества Казахстанско-Немецкого университета 156

ВВЕДЕНИЕ

В сборник материалов международной научной конференции «Пожилые люди на Евразийском пространстве: интересы, проблемы и перспективы» вошли доклады участников данного форума, состоявшегося в Алматы 16 октября 2018 года.

Международная научная конференция была организована и проведена Институтом международного и регионального сотрудничества Казахстанско-Немецкого университета и филиалом Фонда Розы Люксембург (ФРГ) в Российской Федерации.

Актуальность данного сборника определяется следующими факторами.

Сегодня в мире насчитывается 700 миллионов человек, возраст которых составляет 60 и более лет. А к 2050 году количество таких людей достигнет 2 миллиардов человек (более 20% населения мира). Все меньшему числу работающих граждан приходится содержать все больше пенсионеров. Согласно прогнозам ОЭСР, в будущем работа до глубокой старости станет нормой.

В Республике Казахстане на 1 сентября 2018 года проживало 18.311,7 тысяч человек. Из них численность занятого населения составляет 8,6 млн. человек, а количество пенсионеров достигло 2 млн.148 тысяч человек.

Генеральная ассамблея Организации Объединенных Наций 14 декабря 1990 года объявила 1 октября Международным днем пожилых людей – с целью привлечения внимания государственных структур, общественности к проблемам улучшения условий проживания пожилых людей.

В 1982 году в Вене прошла Первая Всемирная ассамблея, рассмотревшая проблемы старения населения. 6 сентября 2018 года в Сеуле на III конференции Азиатского-Европейского совещания по вопросам старения населения

и обеспечения прав пожилых людей (ASEM) был образован Международный центр по вопросам старения.

На состоявшейся в Алматы международной научной конференции «Пожилые люди на Евразийском пространстве: интересы, проблемы и перспективы» были рассмотрены проблемы старения в глобальном, региональном и страновом разрезах, а также вопросы обеспечения социальной защиты и организации медико-социальной работы с лицами пожилого и старческого возраста в государствах Евразии.

Участниками форума подчеркивалось, что условия жизни пожилых людей в современном обществе определяется не только состоянием их здоровья, но и качеством жизни, размером получаемых пенсий. В этой связи обращалось внимание на необходимость усиления координации действий государственных учреждений и неправительственных организаций не только для оказания материальной поддержки пожилым людям, но и для разрешения социально-экономических, семейно- бытовых, эмоционально-психологических проблем, с которыми они сталкиваются в повседневной жизни.

На конференции было обращено внимание на то, что увеличение продолжительности жизни граждан ставит перед государственными организациями, бизнес – структурами задачу предоставления пожилым людям возможности заниматься посильным трудом, поскольку многие мужчины и женщины пожилого возраста могут и далее работать по своим или иным специальностям. Но для этого необходимо оказывать пожилым людям содействие в обновлении их профессиональных знаний и навыков. В этом случае работающие пенсионеры смогут в определенной мере восполнить финансовые ресурсы, которые государство затрачивает на удовлетворение потребностей пожилых людей.

Участниками форума высказались за необходимость оказания большей поддержки развитию геронтологии - науки,

изучающей биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причин и способов борьбы с ними, позволяющими замедлить старение и улучшить здоровье и качество жилых пожилых людей. Не менее важное значение имеет содействие развитию гериатрии – науки, способствующей тому, чтобы пациенты могли как можно дольше жить полноценной жизнью, самостоятельно ухаживать за собой.

В этой связи участниками форума было высказано пожелание обратить особое внимание на подготовку в медицинских вузах квалифицированных врачей, а в медицинских колледжах – медицинских сестер по специальностям «геронтология» и «гериатрия», организовать регулярное повышение квалификации по этим специальностям для врачей и медицинских сестер районных поликлиник.

СЕКЦИЯ I
СТАРЕНИЕ КАК ГЛОБАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

Бедность и реальные доходы пожилых людей в Евразии: состояние и перспективы

Султанов Б.К.

Старость неизбежно придет ко всем гражданам, хотят они этого или нет. К сожалению, слово «старость» у многих вызывает ассоциации с бедностью, обездоленностью, одиночеством. Старость также стала синонимом целого букета болезней. Хотя древние восточные мудрецы говорили: «Жизнь не должна быть путешествием к гробу с намерением прибыть к нему в добром здравии», тем не менее, уже сейчас следует думать и принимать практические меры, как обеспечить своим гражданам более или менее комфортные условия жизни в старости. Такие условия, при которых пожилые люди не зависели бы всецело от своих детей, внуков, родственников, или от государства.

В данном докладе предпринята попытка сравнить решение проблемы пожилых людей в Казахстане и в развитых странах, в частности, в Германии, с целью использования наработанного зарубежного опыта, для улучшения условий проживания пожилых людей в Казахстане.

В Казахстане уделяется существенное внимание улучшению условий жизни населения. Достаточно сказать, что в этом году впервые Президентом Казахстана Н.Назарбаевым было направлено два ежегодных послания народу нашей страны, посвященных этой проблеме: «Пять социальных инициатив Президента» (5 марта 2018 г.) и «Рост благососто-

яния казахстанцев: повышение доходов и качества жизни» (5 октября 2018 г.).

В частности, во втором послании Глава государства отметил, что численность населения страны превысила 18 миллионов человек, а продолжительность жизни достигла 72,5 лет. Президент страны также дал поручение правительству «с 1 января 2019 года повысить минимальную заработную плату в 1,5 раза - с 28 до 42 тысяч тенге(97,45 евро). Это,- по словам Главы государства,- напрямую коснется 1 миллиона 300 тысяч человек, которые работают во всех отраслях на предприятиях различных форм собственности».[1] Если учесть, что численность занятого населения в Казахстане составляет 8,6 млн. чел., то это, конечно, существенная поддержка уровня жизни значительной части населения.

На наш взгляд, в ежегодных посланиях Главы государства желательно было бы особое внимание уделять проблемам пожилых граждан страны и созданию для них таких условий, чтобы наши старики хотя бы приблизились к уровню европейских пенсионеров, активно участвующих в общественной жизни, путешествующих по всему миру. Конечно, решение задач по индустриализации страны, развитию ресурсного потенциала, «умных технологий», нового качества образования, улучшению условий проживания студенческой молодежи, доступности массового спорта и физкультуры и т.д. имеет важное значение. Но и создание комфортных условия для ветеранов труда, которые не покладая сил трудились на благо страны, является не только социальной задачей, но и нравственной аксиомой не только для чиновников, но и для всего общества.

Даже Международный День пожилых людей (1 октября) в Казахстане прошел практически незаметно, и лишь на тех предприятиях и учреждениях, где инициативу проявили Советы ветеранов.

Возраст выхода на пенсию в Казахстане

В Казахстане возраст выхода на пенсию для мужчин установлен при достижении 63 года, для женщин – 58 лет.

С 2018 года на основании законодательства РК пенсионный возраст для женщин будет увеличиваться каждый год на 6 месяцев. Подобное увеличение будет происходить до 2027 года по достижении порога в 63 года: в 2018 году пенсионный возраст для женщин составит 58,5 лет, в 2019 году – 59 лет, в 2020 году – 59,5, и так далее, пока в 2027 году пенсионный возраст для женщин не достигнет 63 года.

Такое повышение пенсионного возраста в Казахстане связано с ростом продолжительности жизни и тем, что около 70% пенсионеров составляют женщины.

В законодательстве предусмотрены определённые категории граждан, для которых пенсионный возраст уменьшается. Пенсионный возраст составляет:

– 53 года для женщин, родивших или усыновивших более 4 детей и воспитавших их до 8 летнего возраста.

– 50 лет для мужчин с трудовым стажем 25 лет и более, до 1998 года, проживавших с 29 августа 1949 года по 5 июля 1963 года (не менее 5 лет) в зонах экологического риска, пострадавших вследствие испытаний ядерного оружия на Семипалатинском ядерном полигоне.

– 45 лет для женщин с трудовым стажем 20 лет и более, до 1998 года, проживавших с 29 августа 1949 года по 5 июля 1963 года (не менее 5 лет) в зонах экологического риска, пострадавших вследствие испытаний ядерного оружия на Семипалатинском ядерном полигоне.

Размер пенсий казахстанских пенсионеров

Старость у нас часто является синонимом бедности. Почему? Попробуем разобраться. На 1 сентября 2018 года в Казахстане проживало 18.311,7 тысяч человек. Численность занятого населения в Казахстане составляет 8,6 млн. чел, из них численность наемных работников составляет 6,5 млн. чел, а численность самозанятого населения – 2,2 млн. человек.[2]

В стране сейчас 2 млн.148 тыс. пенсионеров.[3]

По данным министерства здравоохранения и социального развития РК, размер минимальной пенсии в Казахстане в 2017 году составил 45,7 тысяч тенге (при курсе 1 евро = 431 тенге это составило 106,03 евро).[4]

По мнению министра здравоохранения и социального развития РК, средний размер пенсии в Казахстане в январе 2019 года достигнет 101 тысячу тенге, и в настоящее время уровень пенсии Казахстана превышает уровень пенсий во всех близлежащих странах и во всех странах СНГ.[5]

Минимальный размер пенсии в РК с 1 июля 2018 г. вырос и составил 49.019 тенге (минимальная солидарная пенсия 33. 745 тенге + базовая пенсия 15.274 тенге). Т.е. минимальная пенсия равна 113,73 евро. Минимальную пенсию получает 12,3% пенсионеров в РК.

– Средняя пенсия в 2018 году повышена до 71 тысячи тенге (164,73 евро).

– Высокую пенсию (без учета базовой пенсии) в размере 82.973 тенге (192,51 евро) получают 14,2% пенсионеров.

– Максимальный размер пенсии в РК с учетом базовой пенсии составляет 111. 257 тенге (солидарная пенсия 82.972 тенге + базовая пенсия 28. 284 тенге.), это 258,12 евро.

– 1,1% пенсионеров в Казахстане получают пенсию выше 200 тыс.тенге. Это военнослужащие, сотрудники специальных государственных и правоохранительных органов, государствен-

ной фельдъегерской службы, а также лица, имеющих воинские или специальные звания, классные чины. По состоянию на 1 сентября 2018 года в РК средний размер пенсионных выплат сотрудников силовых структур составил 113.786 тенге.[6] Ранее вице-спикер Мажилиса Парламента РК В.Божко (генерал-лейтенант КНБ в отставке) сообщил, что его пенсия составляет порядка 300 тысяч тенге.[7]

При этом минимальный прожиточный минимум в РК (с января 2018 г.) был установлен в размере 25.879 тенге (60,04 евро). С 1 июля 2018 г. - 28.284 тенге. На наш взгляд, такой размер минимального прожиточного минимума является весьма условным, поскольку реально прожить на такие деньги невозможно. Тем более, что цены на продукты питания, лекарства, тарифы на жилищно - коммунальные расходы растут гораздо быстрее, чем размеры заработных плат и пенсий.

Минимальная заработная плата в РК с января 2018 г. установлена в размере 28.824 тенге (66,87 евро). С 1 января 2019 г. минимальная зарплата вырастет до 42 тысяч тенге (97,45 евро) - для 1,3 млн. человек.

Для сравнения, заработная плата казахстанских министров и акимов областей и крупных городов достигла почти одного миллиона тенге. Например, по данным СМИ, зарплата министра информации и коммуникаций РК составляет 950 тысяч тенге, акима Шымкента - 953 тысячи тенге.

В то же время, среднедушевые номинальные денежные доходы населения в РК в 2017 году, по данным Госкомстата, составили 83 053 тенге (192,70 евро).

Оказание социальной помощи пожилым людям в Казахстане

В 2007 году Уполномоченный по правам человека в РК подготовил доклад «О соблюдении прав пожилых людей в

Республике Казахстан», как особой социально уязвимой группы, где подробно описал проблемы, с которыми сталкивается пожилое население в стране.

1) Отсутствие качественного социального обслуживания на дому для одиноких лиц и инвалидов пожилого возраста.

2) Отсутствие доступа к социальному обслуживанию на дому для наиболее нуждающихся пожилых лиц в силу законодательных и бюрократических барьеров.

3) Отсутствие эффективной защиты лиц и инвалидов пожилого возраста от бытового насилия и других противоправных деяний.

В вышеупомянутом докладе Уполномоченного по правам человека в РК среди основных проблем в данной сфере отмечены:

– слабое развитие социального обслуживания;

– низкий профессиональный уровень социальных работников;

– недостаточность количества отделений социальных помощи на дому и социальных работников.[8]

В 2008 году был принят Закон 2008 года «О специальных социальных услугах (ССУ)», на основании которого в 2011 году был разработан Стандарт оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения в условиях оказания услуг на дому.

В данном Стандарте перечислены 45 видов услуг, которые должен осуществлять социальный работник для лиц преклонного возраста, включая социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-культурные, социально-экономические и социально-правовые.

Стандартом также оговариваются требования к качеству предоставления услуг. Предусматривается, что соцработник должен иметь высшее профессиональное образование по социальной работе, медицинскому, психологическому или педагогическому профилям.

Стандартом установлены также минимальные штатные нормативы персонала в организациях надомного обслуживания, согласно которым один соцработник должен предоставлять специальные социальные услуги 8 престарелым и инвалидам минимум 2 раза в неделю. С учетом вышеприведенной статистики, один соцработник может тратить максимум 2,5 часа на визит к одному получателю услуг в рамках 40-часовой рабочей недели.

На практике из перечисленных в Стандарте видов услуг соцработники оказывают лишь незначительную часть – уборка квартир, покупка продуктов и медикаментов за счет средств пенсионеров. Фактически пожилые люди лишены других видов социальной помощи. Речь не идет даже о выполнении всего перечня услуг социально-бытового характера, куда также входят услуги по оказанию помощи в приготовлении пищи, содействие в топке печей, доставке дров, угля и воды; сдача вещей в стирку, химчистку, ремонт и обратная их доставка; помощь в стирке вещей; содействие в организации ремонта и уборки жилых помещений и др. [9]

К сожалению, имеются случаи, когда пожилые люди, вынужденные проживать со своими совершеннолетними детьми, страдают от жестокого обращения с их стороны, включая физическое, психологическое и экономическое насилие. Как правило, пожилые люди крайне редко обращаются в правоохранительные органы для защиты своих прав, мотивируя тем, что не хотят усугубить отношения с совместно проживающими детьми. Таким пожилым людям Стандартом отказано в предоставлении социальных услуг на дому в виду наличия трудоспособных детей. Но как оградить такую категорию пожилых людей от жестокого обращения со стороны детей и близких родственников, и предоставить им качественный уход со стороны профессиональных соцработников?

По словам вице-министра здравоохранения и социального развития РК С.Жакуповой, в Казахстане сейчас насчитывается 28 тысяч социальных работников, которые обслуживают 122 тысячи человек. В среднем, каждый социальный работник обслуживает 7-8 получателей услуг. Среднемесячный оклад труда социального работника – около 30.000 тенге в месяц. Министерство уже выходило с предложением об увеличении штатной численности социальных работников. Но получили отказ от республиканской бюджетной комиссии.

По данным депутата Мажилиса Парламента РК Ж.Омарбековой, в настоящее время специальные социальные услуги получают порядка 15% населения. Однако до сих пор не сформированы чёткие целевые подходы по модернизации и оптимизации сложившейся системы соцзащиты, где основными субъектами выступали бы профессиональные соцработники.

По словам Ж.Омарбековой, ни одно учебное заведение в стране не занимается подготовкой профессиональных социальных работников, поэтому вопрос остаётся открытым.

Только в Алматы проживает 222 тысячи пенсионеров (12,5% всего населения). Из них, в 2013 году специальные социальные услуги на дому получали 2.440 человек. Ежегодно 4 тысячи пенсионеров получают санаторно-курортные путевки, оказывается социальная помощь 17 тысячам малообеспеченным пенсионерам, в том числе, более 2 тысячам из них оказывается помощь в оплате коммунальных услуг. В общественном транспорте пенсионеры по возрасту имеют 50% льготы, а граждане старше 75 лет пользуются общественным транспортом бесплатно [10].

Посильную помощь малоимущим пенсионерам оказывают общественные организации и фонды. Так, Женский клуб Алматы раздает бесплатно хлеб ежедневно 120 бедным людям.

Ситуация с пожилыми людьми в развитых странах

Сегодня в мире насчитывается 700 миллионов человек, возраст которых составляет 60 и более лет. А к 2050 году количество таких людей достигнет 2 миллиардов человек (более 20% населения мира).

Согласно прогнозам ОЭСР, сокращения пенсий в развитых стран в будущем избежать не удастся. Население в них стареет, а рождаемость падает. Все меньшему числу работающих приходится содержать все больше пенсионеров. Прогнозируется, что в будущем работа до глубокой старости станет нормой.

По данным ОЭСР, за последние десять лет уровень трудовой занятости людей в возрасте от 55 до 64 лет вырос на 7%. Дольше всего люди остаются на рынке труда в Южной Корее, Мексике, Исландии и Японии, а раньше всех на пенсию выходят мужчины во Франции и Бельгии и женщины в Словакии, Польше и Словении.[11]

Германию сегодня называют страной пожилых людей. Здесь самое старое население в мире после Японии. При населении 82,5 миллиона человек, каждый четвертый житель страны старше 60 лет.[12] Согласно оценкам ученых, к 2050 году возраст уже каждого третьего жителя Германии будет превышать 60 лет.[13]

Поэтому возраст выхода на пенсию в Германии будет постепенно повышаться, в частности, планируется до 2029 года повысить его с 65 до 67 лет. В Германии уже введен пенсионный налог, и часть пенсии, подлежащая налогообложению, в ближайшие годы постепенно возрастет. В итоге общий размер пенсии автоматически уменьшится.[14]

Кроме того, министерство труда и социальных дел ФРГ предполагают постепенный отказ от модели расчета пенсии, исходя из размера взносов. В странах, которые пошли этим

путем, размер пенсии составляет уже не 40-50, а лишь 22% от среднего размера заработной платы.

В ФРГ размер государственной пенсии зависит исключительно от уровня заработной платы. Это означает, что человек с высоким уровнем доходов делает более высокие отчисления в пенсионный фонд, и со временем будет получать более высокую пенсию. А тот, кто зарабатывает мало, соответственно, платит меньше, будет получать более низкую государственную пенсию.

Т.е. люди с низким уровнем дохода должны делать дополнительные отчисления в частные пенсионные фонды, однако денег на это нередко не хватает. Крайне низок и размер пенсионных отчислений у людей, оказавшихся в особо тяжелых ситуациях, к примеру, тех, кто долго время оставался без работы.

Новым явлением в Германии является увеличение числа пенсионеров, которые выезжают в другие страны, и переводят туда свои пенсионные накопления. Так, с 2000 года число немцев, переводящих получаемую в ФРГ пенсию за рубеж, выросло с 1,1 млн. человек до 1,5 млн. человек. Значительные пенсионные выплаты за рубеж во многом объясняются приездом в Германию гастарбайтеров из Италии, Испании, Греции, Турции и бывшей Югославии в 1960-х - 1970-х годах. Многие из них по достижении пенсионного возраста вернулись на родину, и получают там немецкую пенсию.[15]

Оказание социальной помощи пожилым людям в Германии

Население ФРГ быстро стареет. В 2015 году число жителей страны, нуждавшихся в уходе, составило 2,9 млн. человек. По прогнозам, 2060 году число немцев, нуждающихся в уходе составит 4,5 млн. человек.[16]

Около 929 тысяч немецких граждан проживают в 13,6 тысячах домов престарелых. В последние годы быстро растет количество частных домов, число которых достигло 40% домов престарелых. Сейчас в ФРГ существует почти 14 тысяч фирм по уходу за пожилыми людьми, многие из этих фирм мелкие и средние предприятия. Деятельность более половины домов престарелых финансируется некоммерческими и благотворительными организациями. Доля муниципальных учреждений составляет всего 5%.[17]

Дома престарелых в ФРГ делятся на 3 основных типа:

– Altenwohnheim: обитатели ведут свое домашнее хозяйство и получают помощь по уходу в ограниченном объеме;

– Altenheim: обитатели нуждаются лишь в незначительном постороннем уходе, но могут рассчитывать на регулярную помощь по уборке помещения, организации питания и ведению домашнего хозяйства;

– Altenpflegeheim: стационарный уход за беспомощными людьми круглосуточно (примерно 19 тысяч пациентов). Каждый обходится страховой кассе в среднем в 22 тысячи евро в месяц. По действующим в ФРГ нормам для круглосуточного ухода за таким пациентом необходимо 5 квалифицированных специалистов, работающих посменно.[18]

Свое пребывание в доме престарелых пенсионеры оплачивают сами, а частично эти расходы покрывает страховка. Объем личного вклада зависит от финансового положения человека. С 1995 года в ФРГ действует обязательная система страхования на случай необходимости в постороннем уходе.

Стоимость проживания в немецком доме престарелых, в зависимости от степени нуждаемости человека в постороннем уходе, составляет 1700 евро в месяц (732.700 тенге). Дороже всего пребывание в доме престарелых в Западной Германии, например, в земле Северный Рейн- Вестфалия (до 2163 евро в месяц). В то время, как в Восточной Германии менее дорогие

дома престарелых. Так, в земле Мекленбург-Передняя Померания, место в доме престарелых стоит вдвое дешевле. В любом случае проживание даже в недорогом доме престарелых стоит в месяц не менее 1 тысячи евро (431 тысяча тенге).[19]

В ФРГ одной из самых существенных проблем для пожилых людей, нуждающихся в постороннем уходе, является нехватка рабочей силы в сфере ухода за ними из-за низкой оплаты труда и большой загруженностью. Чтобы получить диплом квалифицированной сиделки с государственной лицензией необходимо учиться в течение трех лет. Для получения специальности помощника по уходу за пожилыми людьми необходимо окончить полугодовые курсы.

В результате в сфере ухода за больными и пожилыми людьми остаются вакантными около 36 тысяч рабочих мест, почти половина из них приходится на персонал по уходу в домах престарелых.[20]

Поэтому все чаще для ухода за пожилыми привлекаются мигранты из зарубежных стран, в первую очередь, из Восточной Европы, которые не обладают достаточной профессиональной квалификацией.

На наш взгляд, для Казахстана очевидным является решение следующих задач.

Введение в официальный календарь Дня пожилых людей. 14 декабря 1990 года Генеральная ассамблея ООН объявила 1 октября Международным днем пожилых людей. В СНГ День пожилого человека отмечается сегодня в Азербайджане, Беларуси, Латвии, Молдове, России Украине.

Развитие геронтологии - науки, изучающей биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ними, позволяющими замедлить старение и улучшить здоровье и качество жилых пожилых людей.

Развитие гериатрии- науки, способствующей тому, чтобы

пациенты могли как можно дольше самостоятельно ухаживать за собой и жить полноценной жизнью.

Необходимо развитие гериатрической помощи. В первую очередь, организовать подготовку врачей геронтологов и гериатров, а также медицинских сестер по этим специальностям. Организовать повышение квалификации для врачей и медицинских сестер районных поликлиник по специальностям «геронтология» и «гериатрия».

Необходимо наладить подготовку квалифицированных кадров по специальности «гериатрия». Например, в Германии такое обучение осуществляется на стыке медицины, социологии, психологии, культуры, физкультуры и спорта. Причем обучение осуществляется по программам бакалавриата и магистратуры по таким специальностям, как «Инновационные технологии во второй половине нашей жизни», «Психотерапия в геронтологии», «Геронтопсихиатрия», «Социальная политика в отношении пенсионеров».[21]

Геронтологи и гериатры должны работать не только в больницах, но и на производстве, помогая пожилым сотрудникам осваивать новые профессии и специальности.

Устранение устаревших стереотипов. Большинство мужчин и женщин пожилого возраста могут и далее работать по своим специальностям, если им будут созданы соответствующие условия или соответствующее повышение квалификации.

Отход от устаревших шаблонов. Всемирной организацией здравоохранения установлено, что молодыми считаются люди в возрасте до 45 лет. С 45 до 59 лет человек считается зрелым. Пожилыми считаются люди в возрасте от 60 до 74 лет. Период с 75 до 89 лет считается старостью. Долгожителями являются люди старше 89 лет и выше.

И, наконец, всем нам необходимо усвоить простую истину: там, где пожилым людям не уделяется достаточно вни-

мания и не оказывается необходимая медико-социальная помощь, невозможно говорить о патриотическом воспитании молодежи.

Литература:

1. Назарбаев Н.А. Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана» Астана, 5 октября 2018 г. // http://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of/05.10.2018.

2. Даирова О. «Минсоцтруда намерено поднять эффективность программы занятости»// Комсомольская правда-Казахстан, 02.10.2018.

3. Галкина И. «Кому из казахстанцев повысят пенсии с 1 июля» //https://zonzkz.net/2018/06/06/komu-iz-kasaxstanzev/06.06.2018.

4. Казахстан обогнал страны Содружества по размеру минимальной пенсии //https://zonakz.net/2018/02/16/kazaxstan-obognal/16.02.2018.

5. В Казахстане повысят пенсии в январе 2019 года// https:kursiv.kz/news/pensionnaya-sistema/2018-09/v-kazakhstane-povysyat-pensii-v-yanvare-2019-goda/29.09.2018.

6. Скибан О. «Пенсию выше Т200 тысяч получают 1,1% казахстанских пенсионеров» //https:// zonakz.net/2018/10/08/pensiyu-vyshe-t200-tys-poluchaut-1,1-kazaxstanskix-pensionerov/

7. Там же.

8. Совершенствование законодательства Республики Казахстан по предоставлению специальных социальных услуг на дому лицам пожилого возраста. 12 мая 2014 г. //https://www.zakon.kz/4623270-sovershenstvovanie-zakonodatelstva/

9. Там же.

10. Акимат Алматы разработал программу по поддержке пожилых людей//http://nomad.su/&=3-201804120028/12.04.2018.

11. Пенсионная система ФРГ: пример для подражания или устаревшая модель? //https://www.dw.com/ru/пенсионная–система/10.12.2015.

12. Немецкие дома престарелых: интересные факты //https://www.dw/com/ru/немецкие-дома-престарелых/01.06.2018.

13. Старость в радость: подходим к вопросу по научному // https://www.dw/com/ru/: старость-в радость/-2706.2017.

14. Блогозрение: Доживем до пенсии?//https://www.dw/com/ru/блогозрение-доживем/18.09.2015

15. https://www.dw/com/ru/все-больше-немецких пенсионеров/06.10.2018.

16. Уход за престарелыми в ФРГ: «серые зоны», высокие цены, поле для мошенников//https://www/dw/com/ru/уход-за-престарелыми-в фрг-серые/11.08.2018.

17. Немецкие дома престарелых: интересные факты //https://www.dw.com/ru/немецкие-дома-престарелых/ 01.06.2018.

18. За немецкими стариками ухаживает «русская мафия»? //https://www.dw.com/ru/за немецкими-стариками-ухаживает/20.04.2016.

19. Немецкие дома престарелых: интересные факты //https://www.dw.com/ru/немецкие-дома-престарелых/ 01.06.2018.

20. Уход за престарелыми в ФРГ: «серые зоны», высокие цены, поле для мошенников //https://www/dw/com/ru/уход-за-престарелыми-в фрг-серые/11.08.2018.

21. Старость в радость: подходим к вопросу по научному»// https://www.dw/com/ru/старость-в радость/27.06.2017.

Неуверенность в старости – основной проект неолиберальной перестройки общества в Германии

Лутц Брангш

Обеспечение людей в старости всегда было в Германии основным полем общественных конфликтов. Пенсионная система в Германии возникла в конце XIX века как один из элементов реформ Бисмарка.

Главным мотивом этой реформы была попытка с помощью социальных реформ уничтожить базу укреплявшегося рабочего движения. В то же время предприниматели и часть буржуазного общества считали нестабильное положение рабочих проблемой для дальнейшего экономического развития. Такое сочетание собственно противоречивых функций - умиротворения социальных конфликтов, стабилизации социальных отношений и ускорения экономического роста - определяет социальную политику до сегодняшнего дня.

Введение и развитие систем социального страхования одновременно укрепляло положение рабочих, а позже – всех лиц наемного труда на рынке труда и в обществе. Правда, сначала социал-демократия недооценивала данную сторону воздействия систем социального страхования. Обеспечение и уверенность в старости были в социальной истории Германии в первую очередь вотчиной социально-консервативных кругов, которые после 1945 г. в ФРГ воплощает блок ХДС/ХСС.

В течение длительного времени надежность пенсий была весомым аргументом, влиявшим на избирательные предпочтения пенсионеров в пользу данных партий. И напротив, эти партии в своей пенсионной политике всегда учитывали значение данного электората. Результатом стала в 1990-х годах констатация, что «большинство престарелых людей в

Германии сегодня (живут) самостоятельно, имея социальное обеспечение, в значительной степени без забот и проблем» они относительно довольны (Беккер, 2000, 228).

Такая уверенность основывалась на весьма сложной системе, в которой переплетались различные системы страхования для различных категорий занятых: законодательные положения о пенсиях в случае профессиональной нетрудоспособности, о доплатах за периоды, посвященные воспитанию детей, и т.п. Помимо пенсий решающую роль играла доступность медицинских услуг, услуг по уходу за инвалидами и культурные мероприятия для пенсионеров.

Период жизни, называемый «старость», обеспечивался государственными услугами, либо финансируемыми государством услугами, предоставляемыми благотворительными организациями и другими социальными объединениями. Стабильность этой сети, состоящей из денежных выплат и услуг, обеспечивалась дополнительными субсидиями из различных уровней бюджетов государства. Чиновники, деятели искусств и другие самозанятые включались и включаются в отдельные, созданные для них системы обеспечения, которые не являются частью системы обязательного пенсионного страхования, либо должны заключать договоры страхования в частных компаниях.

Когда речь идет о перспективах финансирования установленной законом пенсии, одним из основных пунктов критики является исключение чиновников и депутатов, имеющих относительно высокие доходы, из системы социального страхования. Правда, обеспечение по старости, основывающееся на государственном финансировании, уже превратилось в отдельный самостоятельный рынок.

Пенсии, финансируемые из системы социального страхования, представляют собой лишь один из столпов обеспечения в старости. Наряду с ними существуют пенсии пред-

приятий и частные формы обеспечения. Такое положение уже указывает на одну из проблем пенсионной системы Германии. Уже в 1960-е - 1990-е годы обеспечение жизненного уровня в старости было невозможно без форм частного обеспечения (страхование жизни, обладание недвижимостью, иные доходы от капитала).

С 1990-х годов начала меняться картина старости и характера пенсионной политики. Здесь совпали несколько процессов: во-первых, с крахом реального социализма исчез момент конкуренции систем. Данный процесс был особо важен для Германии, поскольку относительно более высокие пенсии в прежней ФРГ всегда рассматривались как преимущество по сравнению с ГДР.

Во-вторых, свою власть утратили профсоюзы, лишившиеся способности реагировать на изменения способа производства и связанные с ними стратегии предприятий. Как следствие была ослаблена решающая внутренняя политическая сила, необходимая для поддержания компромисса в социальном государстве.

В-третьих, смена поколений в общественных элитах привела к падению значения ценности стабильности общественных отношений в политике, которые обеспечивались компромиссом социального государства.

В-четвертых, под влиянием начавшегося с конца 1970-х годов поворота к неолиберальной идеологии в США и Великобритании обострилась конкуренция между промышленными центрами. Она проявилась прежде всего в конкуренции за понижение стоимости труда (в частности, за счет снижения социальных отчислений), дерегулировании социальных отношений (прежде все в области трудового законодательства, в частности в форме срочной занятости и занятости в секторе с низкими зарплатами), в снижении налога на предприятия и сокращении государственных расходов. Данные явления сопровождались ростом влияния неолиберальных экономических теорий в вузах

и научно-исследовательских центрах, а также в СМИ. Социальные услуги и выплаты, в том числе пенсии и прочие затраты на жизнь в старости теперь представлялись прежде всего как бремя для общества и таким же образом рассматривались в бюджетной политике. Рост продолжительности жизни превратился из цивилизационного достижения в общественную проблему. За этот процесс переориентации выступает, например, Курт Биденкопф, занимавший различные высокие посты в бизнесе и политике. В 2006 г. он писал: «Концепция широкой социальной политики не оправдала себя. Она не способна обеспечить равновесие и не подходит для внуков». (Биденкопф, 2006, 185). Тезис об «эксплуатации внуков» [сегодняшним поколением], который представлял Биденкопф и другие представители консервативного лагеря, не встречает – и это необходимо постоянно подчеркивать – поддержки и отклика в общественном сознании. Он был и остается идеологией высших слоев.

Одновременно для систем обеспечения по старости возникали и новые требования, среди которых «демографические изменения», т.е. увеличение продолжительности жизни, были лишь одним из элементов. Характер возраста и старения менялся. Он утвердился как равноправная фаза жизни с соответствующими правами и проблемами. В центр внимания все чаще выдвигался вопрос о возможности жизни с самоопределением и самоутверждением и в старости. По-новому стали обсуждаться такие проблемы, как справедливость в отношении полов и в плане пенсий и условий жизни в старости, рост числа одиноких людей, уход за тяжелыми больными, инвалидность в старости, специфические аспекты пола в ходе старения, возраст мигрантов или наркотики и старость.

Реформа пенсионной системы, принятая в 1989 г. и вступившая в силу в 1992 г., должна была обеспечить будущее пенсионной системы на основе постепенного изменения взносов в систему страхования и гарантированных дотаций из феде-

рального бюджета. В восточноевропейских странах, вступивших в это время в ЕС, в это время преимущественно продвигалось расширение частной системы обеспечения в старости и сокращение пенсий, финансируемых государством. Это укрепило в академических и политических силах Германии идею о сокращении пенсии из системы социального страхования до уровня базового обеспечения при одновременном значительном укреплении системы частного обеспечения.

Выражением такой тенденции стало создание «Комиссии по устойчивости финансирования систем социального страхования – Комиссии Рюрупа», представившей в 2003 г. свой доклад о реформировании систем социального страхования. (Комиссия Рюрупа, 2003 г.). Состав комиссии отражал изменение приоритетов в германских элитах:

– 8 профессоров вузов,
– 3 чиновника,
– 2 консультанта фирм,
– 5 представителей крупных страховых компаний, химической промышленности и автомобилестроения,
– 2 представителя профсоюзов,
– 1 благотворительная организация
– 1 объединение предпринимателей,
– 1 больничная касса,
– 1 центр защиты потребителей, Федеральное объединение,
– 1 Союз германских городов,
– 1 Объединение компаний пенсионного страхования.

Страхователи практически не были представлены, причем необходимо учитывать, что система обязательного пенсионного страхования формально все еще является самоуправляющейся организацией.

Результаты работы этой комиссии отражали интересы большинства ее членов. На основе рекомендаций комиссии законом

в 2007 г. (вступление в силу 1.1.2008 г.) пенсионный возраст был повышен с 65 до 67 лет с переходным периодом с 2012 до 2029 г.[1], а в расчет размера пенсии был введен «фактор устойчивости». Этот фактор должен удерживать ставку взносов в систему ниже 22%, что может включать в себя возможность понижения уровня пенсий. Возникающие вследствие этого убытки должны были компенсироваться частной системой пенсионного страхования с государственной поддержкой (пенсия Ристера). Она была создана еще в ходе реформирования пенсионной системы в 2000/2001 гг., когда было принято решение о сокращении размера пенсии с 70 до 67% заработка. Реформы, связанные с именами Ристера и Рюрупа, запустили принципиальную смену системы обеспечения по старости. Примечательно, что Вернер Ристер начал свой путь в политику в качестве профсоюзного функционера, где проработал много лет. Намеченный поворот в пенсионной политике он начал в составе правительства СДПГ (1998-2002 гг.) в качестве министра труда и социальных вопросов. Он и тогдашний председатель комиссии Бернд Рюруп по-прежнему находятся под огнем критики из-за своих тесных связей с финансовыми учреждениями.

Уже в период мирового экономического кризиса 2007-2010 гг. стало очевидно, что, как и ожидалось, надежды на стабильность обеспечения по старости за счет доходов с капитала обманчивы. В США пенсионные фонды (неолиберальная модель обеспечения по старости) столкнулись с большими трудностями и своей политикой еще больше обострили кризис. Уже в начале 2000-х годов Доклад Римского клуба «Пределы приватизации» отмечал риски, присущие подобным моделям, зависящим от колебаний рынка (см. Кляйн, 2005).

[1] При создании обязательного пенсионного страхования в 1889 г. пенсионный возраст составлял 70 лет, с 1911 до 2012 г. – 65 лет. Начиная с 1957 г. женщины, а с 1972 г. и тяжелые инвалиды могли выходить на пенсию в 60 лет, получая сокращенную пенсию. (http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/rentenpolitik/223218/die-entwicklung-der-altersgrenze). В ГДР пенсионный возраст составлял для мужчин 65 лет, для женщин – 60 лет.

Основным результатом такого реформирования стала глубокая неуверенность в перспективах жизни в старости. В течение 20 лет в Германии полностью изменился характер обеспечения по старости. При этом трансформация обеспечения по старости теснейшим образом связана с другими общественными процессами. Конечно «демографические изменения» играли главную роль в обосновании сокращения государственных выплат на начальном этапе, но никогда не были основной проблемой. В действительности оказывается, что для поколений, сегодня достигающих пенсионного возраста, основную проблему представляет прерывность периода экономической активности.

Это подтверждается для всех стран ЕС и в последнем докладе Pension Adequacy Report (см. Европейская Комиссия, 2018,140).

Таким образом, бедность в старости вновь стала для Германии актуальной темой. Сегодня 1,1 млн. человек в возрасте 65 лет и старше продолжают работать, большая часть из них потому, что вынуждены это делать. Доля бедных среди пенсионеров по старости выросла с 10,7% в 2005 г. до 15,9% в 2015 г. и таким образом немного превышает общий уровень бедности (15,7%). (См. Германское паритетное благотворительное объединение, 2017 г., 4).

Исследования положения престарелых людей, разработанные на муниципальном уровне в ходе подготовки отчетов о социальных проблемах, четко подтверждают данную тенденцию. Седьмой доклад Федерального правительства о положении престарелых[2] подтверждает, что муниципалитеты вследствие бюджетных ограничений утрачивают возможность создания

[2] С 1992 г. Федеральное правительство в течение каждого созыва обязано давать поручение независимой организации о разработке такого доклада. Его рекомендации не обязательны. Кроме того, ежегодно выпускается доклад пенсионного страхования. (Федеральное министерство труда и социальных вопросов, 2018 г.). На муниципальном уровне, например, составлением собственных планов возрастного планирования и разработкой анализа положения престарелых людей (Доклад о положении престарелых людей) предпринимаются попытки в заданных границах формировать собственную политику в соответствии с требованиями престарелых людей.

условий, позволяющих обеспечить достойную жизнь людей в старости (см. Федеральное правительство, 2016 г.).

Политика нерешительно реагирует на накопление таких проблем. Буржуазные партии не хотят терять электорат старшего поколения и одновременно, учитывая конкурентоспособность Германии и сдвиги в распределении доходов и имущества, не намерены менять курс бюджетной и социальной политики.

Конечно, необходимость увязки пенсионной политики с мерами политики рынка труда, образовательной политики и политики в области здравоохранения известна, но вытекающие из такого положения требования перераспределения рассматриваются односторонне как проблема лиц наемного труда. На этой основе возникает постоянное противоречие между заявлениями о надежности пенсий, создании условий для учебы в течение всей жизни и возможностей и в старости оставаться здоровым и быть экономически активным и реальностью. Поэтому значительный отпечаток на дискуссии о будущем обеспечения в старости накладывают идеологические шаблоны.

На этих днях в Бундестаге было принято решение о том, что – грубо говоря – уровень пенсии «стандартного пенсионера» (45 лет трудового стажа со средним доходом) не должен быть ниже 48% среднего дохода. (Федеральное правительство, 2018). Для сравнения: в 1999 г. уровень пенсии составлял 71,6%. (Беккер и др. 2000, 278). Не говоря уже о том, что такая сумма не обеспечивает существования, возрастает количество тех, кто не достигнет даже этого предела. Идея о закрытии этого разрыва с доходом, обеспечивающим жизненный уровень, за счет доходов с капитала и имущества, просто иллюзорна. Опасность этих проблем сегодня вынуждены констатировать даже поборники сокращения социальных выплат:

«Наконец, в последние 15 лет мир значительно изменился – например, вследствие длительной фазы низких процентных ставок. «Ожидания, которые мы еще 10 лет назад связывали

с рынком частного капитала, отступили перед реальностью», - говорит Штефан Штракке, политик, занимающийся социальными вопросами, представляющий ХСС в этом органе. Нужно «еще раз по-новому рассмотреть» с данной точки зрения модель трех опор». (Ойбель/Ворачка, 2018).

В мае 2018 г. была создана еще одна комиссия под названием «Надежный договор поколений», которая до начала 2020 г. должна представить предложения на период после 2025 г. (см. Комиссия «Надежный договор поколений, 2018а).

При этом предпринимается попытка вовлечь в процесс нахождения решений и другие группы общества. Примечательно, что в ходе первого диалога с молодежными организациями и организациями престарелых развитие и укрепление установленной законодательно пенсии рассматривалось их участниками в качестве приоритета. (см. Комиссия «Надежный договор поколений», 2018б). Такое положение совпадает с точкой зрения значительного большинства населения в Германии, выступающего за пенсию, гарантирующую существование и финансируемую из стабильной системы социального страхования.

Собственные альтернативы предлагают социальные организации, партия Левые, профсоюзы, часть СДПГ, а также «Зеленых». В частности, речь идет о расширении базы финансирования обязательного пенсионного страхования за счет включения в нее чиновников и других групп населения (общегражданское страхование), а также о федеральных дотациях соразмерного объема. С этой целью необходимо увеличить налоговые поступления за счет изменения подоходного налога, налогов с предприятий и введения налога на имущество. (см. Бирквальд/Риксингер, 2017). Материальную базу для этого должны создать инвестиционные программы. (см., например, Цвинер, 2018).

Подытоживая можно констатировать, что множество комиссий и реформ последних 20 лет в Германии, а также мас-

штабные действия ЕС с целью стабилизации условий жизни в старости лишь обострили и продолжают обострять основные проблемы. Причина лежит в исходной посылке реформ: попытке «разгрузить» предприятия и лиц с высокими доходами и одновременно сократить государственный долг, вытолкнув наемных работников в условиях нарастания неуверенности трудовых отношений в системы частного пенсионного страхования. С точки зрения экономики и социальной политики это попытка решить квадратуру круга.

В таком случае в ближайшие годы в Германии можно ожидать дальнейшего обострения противоборства. Эти дискуссию будут обостряться еще и тем, что в других государствах-членах ЕС (например, Австрии или Нидерландах) уровень обеспечения в старости значительно выше, чем в Германии. Стратегия, проводимая в ЕС, позволяет предположить, что и здесь борьба будет обостряться, (см. Европейская Комиссия, 2010).

Литература:

1. Bäcker, Gerhard/Bispinck, Reinhard/Hofemann, Klaus/Naegele, Gerhard (2000). Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. 2: Gesundheit und Gesundheitssystem, Familie, Alter, soziale Dienste 3., grundlegend überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

2. Biedenkopf, Kurt H. (2006). Die Ausbeutung der Enkel: Plädoyer für die Rückkehr zur Vernunft, Berlin: Propyläen

3. Birkwald, Matthias/Riexinger, Bernd (2017). Solidarische Mindestrente statt Altersarmut. Das Rentenkonzept der Partei und der Bundestagsfraktion Die Linke. Supplement zur Zeitschrift Sozialismus 11/2015 2. Aufl., Hamburg: VSA Verlag, abrufbar unter: https://www.matthias-w-birkwald.de/de/article/1167.solidarische-mindestsrente-statt-altersarmut.html

4. BMAS (2018). Rentenversicherungsbericht, in: Rente, abrufbar unter: https://www.bmas.de/DE/Themen/Rente/

Rentenversicherungsbericht/rentenversicherungsbericht.html (letzter Zugriff: 8.10.2018)

5. Bundesregierung (2018). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes über Leistungsverbesserungen und Stabilisierung in der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz) Drucksache 19/4668, abrufbar unter: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/046/1904668.pdf

6. Bundesregierung (2016). Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, Berlin, abrufbar unter: https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf bzw. https://www.siebter-altenbericht.de/fileadmin/altenbericht/pdf/Broschuere_Siebter_Altenbericht_EN.pdf (letzter Zugriff: 8.10.2018)

7. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V. (Hrsg.) (2017). Mut zur Korrektur: Ein alterssicherungspolitischer Auftrag., Berlin, abrufbar unter: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/170905_mut-zur-korrektur-rente.pdf (letzter Zugriff: 8.10.2018)

8. Eubel, Cordula/Woratschka, Rainer (2018). Die Babyboomer im Nacken, in: Tagesspiegel vom 24.07.2018, abrufbar unter: https://www.matthias-w-birkwald.de/de/article/1773.die-babyboomer-im-nacken.html

9. European Commission (Hrsg.) (2018). The 2018 Pension Adequacy Report: current and future income adequacy in old age in the EU. Volume I, Brussels: Publications Office of the European Union, abrufbar unter: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8084&furtherPubs=yes

10. European Commission (2010). Towards adequate, sustainable and safe European pension systems. Green paper, Luxembourg: Publications Office of the European Union,

abrufbar unter: http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=5654&langId=en (letzter Zugriff: 8.10.2018)

11. Klein, Beate (2005). A weak spot in the US private pension system, in: Weizsäcker, Ernst U. von/Young, Oran R./Finger, Matthias/Club of Rome (Hrsg.): Limits to privatization: how to avoid too much of a good thing: a report to the Club of Rome, London ; Sterling, VA: Earthscan, 156–159

12. Kommission Verlässlicher Generationenvertrag (2018a). Einsetzungsbeschluß des Kabinetts, in: Kommission Verlässlicher Generationenvertrag, abrufbar unter: https://www.verlaesslicher-generationenvertrag.de/aktuelles/2018-09-05-kommission-verlaesslicher-generationenvertrag-im-generationendialog-mit-jugend-und-seniorenorganisationen/ (letzter Zugriff: 9.10.2018)

13. Kommission Verlässlicher Generationenvertrag (2018b). Kommission Verlässlicher Generationenvertrag im Generationendialog mit Jugend- und Seniorenorganisationen, in: Kommission Verlässlicher Generationenvertrag, abrufbar unter: https://www.verlaesslicher-generationenvertrag.de/aktuelles/2018-09-05-kommission-verlaesslicher-generationenvertrag-im-generationendialog-mit-jugend-und-seniorenorganisationen/ (letzter Zugriff: 9.10.2018)

14. Rürup-Kommission (2003). Achieving financial sustainability for the social security systems. Report by the commission BMAS (Hrsg.):, Berlin: BMAS, abrufbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/c318-kurzfassung-englisch.pdf?__blob=publicationFile&v=2

15. Zwiener, Rudolf (2018). Mehr und besser bezahlte Arbeit statt „Rente mit 70“. Modellsimulation einer erfolgreichen Wachstums- und Beschäftigungspolitik zur Bewältigung des demografischen Wandels, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, abrufbar unter: https://www.boeckler.de/imk_5264.htm?produkt=HBS-006894&chunk=1&jahr=

Повышение пенсионного возраста и переход от неолиберализма к новому меркантилизму в Евразии

Колташов В.Г.

В 2018 году в России состоялись президентские выборы. После них был сформирован кабинет министров во главе с непопулярным в обществе Дмитрием Медведевым. И хотя из него были удалены некоторые одиозные либералы, такие как Игорь Шувалов и Аркадий Дворкович, а бывший министр экономического развития Алексей Улюкаев к тому времени переселился в тюрьму (отвечать за провал в экономике), летом, используя чемпионат мира по футболу, проходивший в России, Медведев объявил о новой пенсионной реформе. Было предложено повышение возраста выхода на пенсию. Оно было настолько значительным, что сразу породило негативную реакцию в обществе и заставило аналитиков задуматься, почему эта мера была «незаметно» предложена именно в тот момент, что она несет обществу, какое значение имеет и какими будут ее последствия.

Реформа была замечена немедленно, а главное, выделена людьми как еще один этап непрерывной пенсионной реформы в России. Возможно, само повышение пенсионного возраста прошло бы без столь сильного возмущения россиян, если бы оно имело место в рамках реального оформления новой пенсионной системы. Однако проблема пенсионной реформы в России состояла в том, что она непрерывно шла с 2002 года. То провозглашалось, что солидарность поколений надо заменить на накопительную практику, то накопления замораживались, а в расчетах будущей пенсии россиянам предлагалось опереться на баллы, суть которых и подсчет в которых был непонятен людям. Либералы во власти словно бы играли в игру под названием реформа без начала и конца. При этом никто не пытался создать Пенсионному фон-

ду России (ПФР) рентную базу, санировать его или хотя бы проверить. На протяжении более чем 15 лет люди слышали от властей упреки: они всякий раз оказывались виновны в неэффективности пенсионной системы. То они имели низкую производительность труда, то работали неформально, то соглашались на минимальную ставку (основные деньги получали в конверте), то имели слишком мало потомства, из-за чего пропорции работоспособных граждан и пенсионеров вызывали недовольство министров и ПФР.

Если либеральные реформаторы и имели какой-то план конечной реформы, то мировой кризис его сломал. В 2008-2009 годах рынки рухнули. С падением мировых цен на нефть, казалось, будет вскоре сломана и неолиберальная модель капитализма. Но на первой фазе глобального кризиса США получили поддержку властей других государств. Это помогло стабилизировать рынки. «Вашингтонский консенсус» был сохранен и все ожидали продолжения экономического подъема в мире, пусть он и был бы слабым, что прогнозировали многие экономисты. Последовало оживление экономики и рост; оно должно было закончиться новым падением, так как кризис не решил всего множества задача[3]. В этой ситуации, неолиберализм, как отмечает Р.С. Дзарасов, вновь предстал как мировое явление[4]. Его установление запустило трансформацию капитализма, особенно усилив финансовый сектор[5]. Однако в 2014-2016 годах Вторая волна кризиса больно ударила по экономике России и выявила проблемы пенсионной системы, такие как необходимость постоянно дотировать ее из федерального бюджета.

[3] Доклад Института Глобализации и Социальных Движений (ИГСО) «Кризис глобальной экономики и Россия» // Институт глобализации и социальных движений. – URL: http://igso.ru/world_crisis_and_russia/ (дата публикации: 09.06.2008; дата обращения: 28.10.2018).

[4] Дзарасов Р.С. Неолиберализм и Россия (2016) // Дзарасов Р.С., Кагарлицкий Б.Ю., Очкина А.В. (ред.). Политэкономия кризиса. От неолиберальной экономической модели к новому социальному государству. М. ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова». С. 41-42.

[5] Мудрова С.В. «Трансформация структуры участников финансового рынка.» ЦИТИСЭ №1, 2016

В этой ситуации и стал зреть план такой реформы, что прикрыла бы все прежние неудачи и дала бы больше денег ПФР. Одновременно началась вынужденная трансформация российского капитализма, которая иначе поставила вопрос о пенсионном возрасте.

В 2000-2008 годах руководство России не пошло на повышение пенсионного возраста, как это советовали международные либеральные структуры. Во-первых, считалось, что доходы от экспорта сырье позволяют проводить неолиберальную политику ограниченно, стараясь не раздражать население. Во-вторых, отмена льгот для пенсионеров, их монетизация, вызвала сильные протесты в начале 2005 года. Власти вынуждены были отыграть назад и сохранить для многих пожилых людей бесплатный проезд в транспорте. В третьих, считалось, что уровень жизни еще настолько низок, что повышения пенсионного возраста усилит конкуренцию на рынке труда и будет раздражать молодых и зрелых работников.

Ситуацию изменил мировой кризис, а точнее его Вторая волна. Отношения с Западом были испорчены, но надежды части правящих кругов на замирение не были потеряны.

Повышение пенсионного возраста долго лоббировали системные либералы, выражая интерес ориентированных на внешние рынки производителей. Здесь не раз отметился и бывший министр финансов Алексей Кудрин как представитель этой партии. При этом, повышение пенсионного возраста – это неолиберальная политика, принятая в ЕС, и продвигаемая МВФ. Она является сигналом «Я свой!», который российские правящие круги подавали западным, особенно европейским. В этом вопросе власти следовали советам МВФ и доморощенных либеральных экономистов, провалившихся в 2008-2009 и 2014-2016 годах, когда они дважды пропустили признаки надвигавшегося кризиса. С точки зрения удовлетворения Запада повышение пенсионного воз-

раста, предложенное как неизбежная мера летом 2018 года, могло выглядеть логичным ходом, но цена его для общества была слишком велика. Впрочем, никакого влияние на санкционную политику США и ЕС оно не возымело. Зато были задеты многие избиратели Владимира Путина, открыто заговорившие о предательстве.

Один из главных критиков пенсионной реформы депутат Государственной Думы Олег Шеин отмечал: «В 2018 году доля работающих людей в России составляет 55%, спустя 20 лет эта доля будет составлять 54%. То есть разницы практически нет. Мы хорошо знаем, что не сильно выросла и продолжительность жизни. По сравнению с Союзом — на три года, однако при этом предлагается поднять пенсионный возраст на 5 и 8 лет»[6]. Было очевидно: повышение пенсионного возраста принудит тех, кто занимается внуками отправиться на работу, что ухудшит положение молодых семей, а люди старшего возраста не станут от этого более привлекательными для работодателей. Их и так старались не нанимать, так как они «отягощены семьями», что, по мнению менеджмента, очень плохо, а из молодых можно выжать все соки, принуждая к переработкам и сверхурочным без оплаты. Да и пережившая Вторую волну кризиса экономика едва ли была готова дать всем рабочие места. Реформа создавала угрозу роста безработицы. И хотя многие пенсионеры работали, лишение их пенсий грозило резко ухудшить их материальное положение.

За критикой последовали протесты. Несогласие с новым законом выразили сразу несколько структур. Профсоюзы и думские фракции выражали традиционную оборонительную социальную позицию. Либеральная, так называемая внесистемная оппозиция и некоторые левые группы составили

[6] Олег Шеин — о повышении пенсионного возраста и законе о языках // idelreal.org. – URL: https://www.idelreal.org/a/29393597.html (дата публикации: 27.07.2018; дата обращения: 28.10.2018).

еще одну часть протеста. Либералы поражали своим цинизмом: они вдруг стали противниками повышения пенсионного возраста, тогда как всегда говорили, что Россия должна равняться на «мировые стандарты», на «мудрые рекомендации» МВФ и ВБ. А ведь эти рекомендации привели бы к еще более жесткой реформе, каковой, естественно, обществу было совершенно не нужно, поскольку повышение возраста выхода на пенсию - международная либеральная практика. В ЕС эта мера проводилась абсолютно без оглядки на разные затруднения людей и особенно молодежи (в некоторых странах безработица тут была 50-70%). Это нисколько не смущало Навального и его либеральных собратьев, восхвалявших «западный опыт» и «правильный капитализм». Но стоило правительству объявить о своих планах повысить пенсионный возраст, либеральная оппозиция принялась негодовать.

Проблема других потенциальных организаторов протеста состояла в их слабости или в интересе скорее изобразить протест. Возможно, главной ошибкой протеста было нежелание выдвинуть требование президенту о наложении вето на закон, с которым не было согласно большинство граждан. Это теоретически могло вовлечь в дело многих его избирателей. Однако значение имело и нечто совершенно иное. Реформа должна была покрыть и устранить кризис пенсионной системы, на деле же она только показала кризис политики перманентной реформы и усилила у немалой части населения неверие в получение хорошей пенсии или пенсии вообще. Личное накопление с инвестированием в недвижимость обещало больший доход. Средняя пенсия в 2018 году составила чуть более 13300 рублей, тогда как сдача в аренду небольшой квартиры в крупном городе давала 15 тысяч рублей, а в городе с населением более миллиона человек — уже больше. В пригородах Москвы квартира приносила собственнику 25-30 тысяч рублей. Эти расчеты не были сакральной тайной

экономистов. Не доверяя государству, люди искали способы так вложить свои средства, чтобы иметь материальное имущество, и получать с него неплохой доход.

Естественно, эти выводы касались не всех, и даже не всего постсоветского поколения. Но они демонстрировали недоверие к пенсионной политике государства, которое много лет не могло закончить реформу. Отсутствие дискуссии по вопросу нового изменения пенсионной системы лишь усилило недоверие. В итоге же президент вынужден был объявить о более мягком варианте реформы, обещав работникам предпенсионного возраста защиту рабочих мест. План либералов сбросить все проблемы (вызванные их же политикой перманентной пенсионной реформы) на плечи работника явно провалился. Общественное брожение оказалось сильнее протеста, так как показало, что пострадавшее от кризиса население не простит новой жесткой реформы. Вопрос о создании устойчивой, понятной и приемлемой для населения пенсионной системы остался открытым. Неумные действия кабинета Медведева, а также заверения ряда чиновников и «экспертов», что это еще минимальный - якобы самый мягкий вариант реформы, только усилили слухи о том, что целью реформаторов является полное уничтожение пенсионной системы и присвоение пенсионных денег. Это никак нельзя назвать частью искомой экономической стратегии, ответом на поставленный временем вопрос[7].

Власти вышли из кампании за реформу с серьезными репутационными потерями. Они были лишь отчасти сглажены поправками президента. Это отыгрывание назад стало результатом смещения общественной повестки дня влево, что произошло как раз в ходе президентской избирательной кам-

[7] Гостиева Н.К. Выбор приоритетов инновационной стратегии в России и передовых зарубежных странах, СОВРЕМЕННОЕ НАУЧНОЕ ЗНАНИЕ: ТЕОРИЯ, МЕТОДОЛОГИЯ, ПРАКТИКА Сборник научных статей по материалам V Международной научно-практической конференции: В 2-х частях., Ч 2., г. Смоленск, 2018. 176 с.

пании 2017-2018 годов. В свой черед этот факт последовал за изменением экономической ситуации. Вторая волна кризиса, последовательная враждебность США и ЕС, падение мировых цен на нефть (2014-2016 годы) показали, что экономическая модель не может оставаться прежней.

Неолиберальная эпоха была вынужденно завершена, началось время нового меркантилизма - расчетливой протекционистской политики с острой борьбой за рынки. В ее рамках увеличение численности формально трудоспособного населения (учитывая провал курса в системе образования и нехватку ряда специалистов) выглядела логичной, но необходимым было и сохранение внутреннего политического консенсуса, так чтобы в конфликте с внешней силой власти могли опереться на общественную солидарность.

В ходе пенсионных протестов либеральная оппозиция не нашла искомой поддержки в обществе. Причиной тому было недоверие, которое в свою очередь базировалось на новой градации экономических партий. Они яснее выделились в результате изменений в экономике. Новая реальность создала четыре условных (местами смыкающихся) партии: 1) крупного производственного капитала, расширяющего свои инвестиционные проекты в России, и получающего опеку высшей бюрократии, отчасти принуждающей его к новым порядкам; 2) среднего промышленного капитала, который борется за дешевый кредит и заказы, защиту от конкурентов и кое-чего добивается (например, выпуск и продажи комбайнов); 3) региональных бизнес-бюрократов, самых радикальных по социальной риторике, но с задачей монопольного использования ресурсов своих областей (в борьбе с этой средой Кремль меняет губернаторов); 4) маленького человека - потребителя, работника, самозанятого и мелкого предпринимателя. Последняя партия является особенно условной, и в немалой мере по экономическим и политическим итогам

«Революции достоинства» на Украине она не склонна воспринимать либеральные лозунги, хотя приемлет навальнинскую критику бюрократии и большого бизнеса. В сущности же эта масса оставалась в 2016-2018 годах разрозненной и малосознательной. Она лишь в потенциале может стать общественной силой. Социологи нередко именуют ее спящей или просыпающейся, но не могут отрицать после 2014 года присущего большинству ее представителей патриотизма.

Вторая волна кризиса изменила российское общество и понимание высшей бюрократией исторической ситуации. Это стало основной причиной частичного отступления властей после попытки в 2018 году провести крайне непопулярную пенсионную реформу в полном виде, доказав, что она якобы является умеренным и необходимым самим людям шагом. В результате пенсионная система России не преодолела кризиса, причиной которого была перманентная реформа и вызванное ею недоверие общества. Страна начала трансформацию экономической модели, что потребует немало времени и пенсионной политики другого типа. Это также породит новую политическую ситуацию, которая будет в свой черед работать на усиление протекционистской политики в экономики, развитие производства и расширение потребления. Процесс этот, как показал пенсионный эксперимент 2018 года, будет носить сложный и противоречивый характер, где будут пересекаться старые и новые тенденции, но в конечном результате побеждать будут новое.

Литература:

1. Доклад Института Глобализации и Социальных Движений (ИГСО) «Кризис глобальной экономики и Россия» // Институт глобализации и социальных движений. – URL: http://igso.ru/world_crisis_and_russia/ (дата публикации: 09.06.2008; дата обращения: 28.10.2018).

2. Дзарасов Р.С. Неолиберализм и Россия (2016) // Дзарасов Р.С., Кагарлицкий Б.Ю., Очкина А.В. (ред.). Политэкономия кризиса. От неолиберальной экономической модели к новому социальному государству. М. ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова». С. 41-42.

3. Мудрова С.В. Трансформация структуры участников финансового рынка. ЦИТИСЭ №1, 2016

4. Олег Шеин. О повышении пенсионного возраста и законе о языках // idelreal.org. – URL: https://www.idelreal.org/a/29393597.html (дата публикации: 27.07.2018; дата обращения: 28.10.2018).

5. Гостиева Н.К. Выбор приоритетов инновационной стратегии в России и передовых зарубежных странах, современное научное знание: теория, методология, практика Сборник научных статей по материалам V Международной научно-практической конференции: В 2-х частях., Ч 2., г. Смоленск, 2018. 176 с.

К оценке влияния процесса сокращения социальной ответственности государства на постсоветском пространстве на положение людей старших возрастных категорий (тезисы выступления)

Парамонов В.В.

Прошло уже более четверти века с момента распада СССР. Уже давно нет той страны, на которую работали и которой себя «отдали» люди старших возрастных категорий. Именно эта страна по идее и должна была заботиться о них: по мере выхода на пенсию, переходу в некие группы риска (по тому же состоянию здоровья, да и многим другим моментам). Это им обещали, на это они надеялись. Вот заголовок недавней публикации одного из СМИ: «Безысходность вынуждает молодых к миграции». Но сразу возникает вопрос применительно к нашей теме: а к чему вынуждает безысходность людей старшего поколения? К вымиранию что-ли?

Высокая смертность, особенно в 90-е годы, на мой взгляд, обяъсняется не только тем, что эти годы в каких-то странах были “лихими”, криминальными и даже не только тем, что на эти годы пришелся наиболее болезненный период “реформ”, а где-то - период наглого и хищнического разграбления наследия СССР, сформированного в муках, боли и на крови... Не менее важно и то, что перестала существовать та идеологическая система, основанная на принципах социальной справедливости, в которую большая часть рассматриваемой нами категории граждан слепо верила и в с гибелью которой так и не смогла смириться... Думаю, что это важный аспект...

И если наиболее динамично, резко и быстро дезинтеграция постсоветского пространства затронула политическую и экономическую сферы, а также сферу безопасности, то социальная сфера разрушалась и сокращалась, скорее всего,

в целом более медленно, как будто в силу некой инерции... Хотя, конечно, в каких-то странах более медленно, а в каких-то быстрее и даже стремительно.

В этом плане необходимо отдать должное первому президенту Узбекистана: он в целом пытался как-то замедлить процесс разрушения социальной сферы в нашей стране, в каком-то смысле пытался «плыть против течения» - работать против набирающих обороты негативных процессов и тенденций. К тому же ситуация в социальной сфере таких республик как Узбекистан долгое время была лучше в силу глубины традиции и культуры отношений в семье, по месту жительства и в обществе в целом.

Объективно и то, что важным фактором в отличие от других стран является то, что население Узбекистана (а это более 33 млн. человек) очень молодое. То есть доля лиц старших возрастных категорий хотя и увеличивается постепенно, тем не менее все еще не так значительна (в процентном соотношении) по сравнению с другими странами (как, например, в РФ). В итоге нагрузка на экономику по обслуживанию тех же пенсий, по идее не так высока.

Однако, значительная часть населения Узбекистана – дети, а работоспособного населения (молодого и относительно молодого) находится вне страны, на заработках. Это тоже надо признать и учтывать. И эта часть не участвует в экономическом развитии своей страны напрямую, а лишь косвенно - в виде материальной поддержки своих семей, в том числе родителей – рассматриваемой нами категории.

Тем не менее, вступив или оступившись на “тропу” либеральных преобразований, реформ (можно и в кавычках назвать эти реформы и преобразования) Узбекистан безусловно присоединится к растущей группе других постовестских стран, где социальная ответственность государства продолжает сокращаться. Население таких стран как Россия, Казахстан, Кыргызстан

это поняло давно, и где то приняло как данность, а вот населению Узбекистана еще предстоит только понять и осмыслить...

В своих интервью местным СМИ - обьяснениях простому обывателю из Узбекистана того, что происходит с социальной сферой я обычно стараюсь говорить простым языком: добро пожаловать в мир капитализма, в тот мир, в который мы (все страны бывшего СССР) были катапультированы в 1991 году! Что это означает с точки зрения экономики? А это означает устойчивую тенденцию сокращения всех (еще раз сделаю акцент – всех!) социальных дотаций, льгот и благ, достигнутых в период так называемого развитого социализма... и соответственно снижения социальной роли государства.

Это и постепенное увеличение пенсионного возраста и сокращение пенсий в соотношении с реальными ценами, а не с теми, которые видятся чиновникам из окон их кабинетов и служебных машин. Это и сокращение доступа к бесплатному образованию на всех его этапах: от дошкольного до высшего, где сужается ниша для молодых, и где никакой ниши для старшего поколения нет вообще. Это и собственно трансформация образования в услугу, хотя на самом деле образование должно являться социальным благом, то есть в должно быть бесплатным! Это и падение качества массового (малооплачиваемого) образования. Это и сокращение доступа к бесплатной медицинской помощи, как и ухудшение ее качества. Это и превращение самой медицины во все более дорогую услугу. И многое, многое другое.

Проще говоря, именно так работают принципы капитализма и рынка, где в рамках их наиболее примитивных моделей (а мы как раз и «развиваемся», плывем, дрейфуем, а лучше сказать - падаем в рамках таких вот моделей) – так вот в рамках таких моделей сокращаются или ликвидируются все ненужные расходы (а это, прежде всего, социальные расходы) в целях максимизации прибыли, снижения издержек.

Понятно, что все это наблюдается и в других постсоветских странах, не только в Узбекистане. Та же Россия уже давно нам подает очень яркий пример всего этого ... В самом же Узбекистане темпы и масштабы сокращения социальных дотаций, льгот и благ долгое время сдерживались. Но видимо социальные ресурсы – ресурс прочности, заложенный еще в период СССР, уже давно исчерпан или в Узбекистане больше нет желания поддерживать и развивать этот вот ресурс. Тем более, что многочиленные усилия международных финансовых структур, их советы, выделяемые кредиты как раз и обусловлены требованиями по «реформированию» очень многих секторов, снижению дотаций, повышению тарифов и т.п.

В целом, спасибо за возможность задуматься над поднятыми вопросами, высказать свои соображения и выслушать мнения коллег.

Проблемы и перспективы деятельности ЕНПФ Казахстана в контексте обеспечения качества жизни пожилых людей

Додонов В.Ю.

Качество жизни пожилых людей в значительной мере определяется уровнем их благосостояния, которое обеспечивается прежде всего размером пенсионных выплат. Пенсионная система Казахстана, представляющая собой комбинацию солидарных и накопительных выплат, и пережившая реформирование одной из первых в странах СНГ в 1998 году, в настоящее время имеет определенные проблемы, которыми диктуются продолжающиеся реформы пенсионного обеспечения, включая повышение возраста выхода на пенсию женщин до 63 лет, введение обязательных профессиональных пенсионных взносов и др.

Количественное выражение проблем в пенсионной системе Казахстана в последние годы находило отражение и в показателях доходности пенсионных активов, и в размере пенсионных выплат, и в приросте среднего размера назначенных пенсий. Так, рассматривая динамику среднего размера назначенной пенсии в Казахстане в сопоставлении с другими странами СНГ в долларовом выражении (рис.1), можно отметить, что, если в начале века казахстанский показатель существенно превышал средний уровень пенсий по СНГ (в 1,72 раза), то к концу 2015 года он практически сравнялся с этим уровнем, превосходя его всего в 1,22 раза.

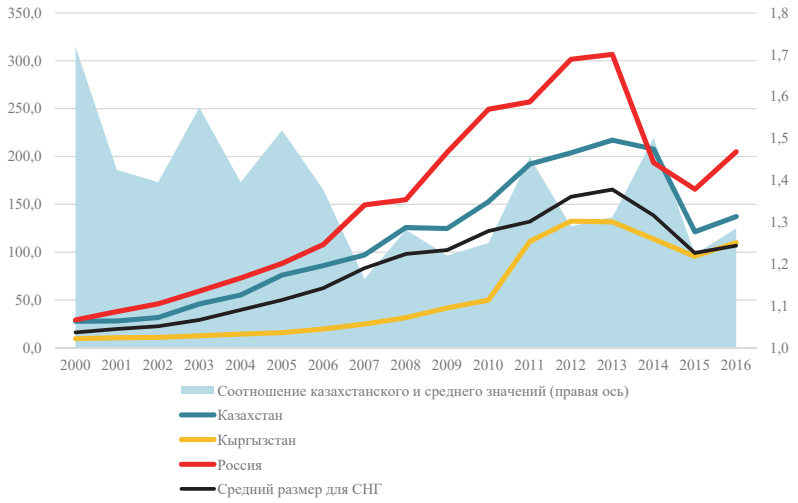


Рисунок 1. Долларовый эквивалент среднего размера пенсии в Казахстане в сопоставлении с другими странами СНГ и средним уровнем, долл., на декабрь соответствующего года.[8]

Сравнение динамики среднего размера казахстанской пенсии с аналогичными показателями соседних стран – партнеров по ЕАЭС (Россия и Кыргызстан) - также не в пользу Казахстана. Если в 2000 году долларовый эквивалент среднего размера пенсии в Казахстане был практически равен российскому и превосходил показатель Кыргызстана почти трехкратно, то к концу 2016 года российская средняя пенсия превосходила казахстанскую в 1,5 раза, а превосходство над кыргызстанским показателем сократилось до символических 25%. Это стало следствием невысоких темпов роста среднего размера начисленной пенсии в Казахстане в период 2000 – 2016 годов, которые были ниже средних по СНГ, ниже, чем у соседних стран, и у почти всех государств Содружества, за исключением Украины (рис.2).

[8] Рассчитано по данным статистического комитета СНГ: [1].

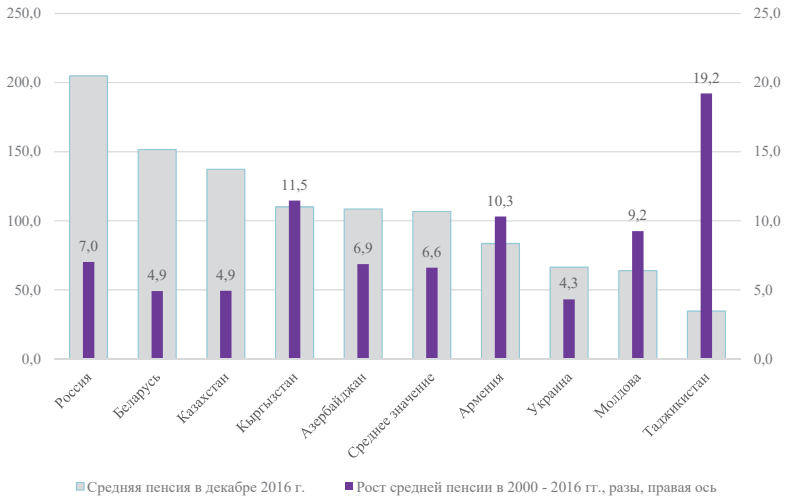


Рисунок 2. Средний размер долларового эквивалента пенсии в странах СНГ в декабре 2016 года и его рост в 2000-2016 годах.[9]

Несмотря на весьма умеренную динамику роста, абсолютный размер средней пенсии в Казахстане пока что относительно высок в масштабах СНГ, хотя и сильно сократился относительно пиковой величины 2013 года. Это сокращение обусловлено макроэкономическими проблемами, возникшими в экономике после 2014 года из-за обвала нефтяных цен, за которым последовало падение курса тенге, что в значительной мере обусловило ухудшение позиций Казахстана при международных сопоставлениях, производящихся в долларовом эквиваленте.

Однако проблемы с пенсионной системой проявляются не только в связи с изменившимися валютными курсами, но имеют более глубокий и многогранный характер – от старения населения до усиления напряженности в бюджетном

[9] Рассчитано по данным статистического комитета СНГ: [1]

процессе. Так, в течение текущего десятилетия значительно возросла численность получателей пенсий – с 1695 тыс. чел. в 2010 году до 2148 тыс. чел. в 2017 году, или на 27%. Кроме того, вырос и удельный вес получателей пенсий в населении – с 10,3% до 11,8%. Очевидно, что рост числа пенсионеров не мог не сказаться на расходах бюджета на выплату пенсий, тенденция к росту которых наблюдается в течение длительного времени (рис.3), причем не только в абсолютном выражении, но и в части увеличения их удельного веса в расходах республиканского бюджета, который по итогам 1 полугодия 2018 года достиг почти 20%, удвоившись относительно показателя 10-летней давности.

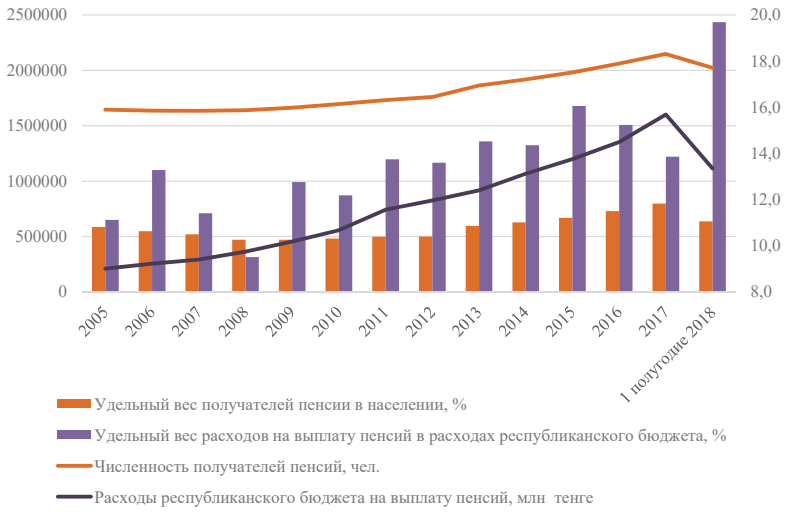


Рисунок 3. Динамика количества получателей пенсии и расходов республиканского бюджета на выплату пенсий в 2005-2018 гг.[10]

[10] Составлено по данным из следующих источников: [2], [3]; [4].

Таким образом, пенсионная система Казахстана сталкивается с фундаментальными вызовами и, в свою очередь, сама становится вызовом для государственного бюджетного процесса. В этих условиях особую актуальность приобретает эффективность функционирования накопительного компонента пенсионной системы, на который будет приходиться все большая нагрузка по пенсионным выплатам по мере увеличения числа людей, выходящих на пенсию в рамках накопительной модели. Между тем, эта эффективность накопительной пенсионной системы ставилась под вопрос на всем протяжении ее существования, а сама она пережила несколько существенных реформ, в результате наиболее радикальной из которых в 2013 году на рынке обязательных пенсионных взносов остался только один участник – государственный Единый накопительный пенсионный фонд (ЕНПФ). При этом реформы системы продолжаются, а эффективность управления сосредоточенными в ЕНПФ активами, которое осуществляет Национальный банк, также периодически ставится под вопрос.

Пристальное внимание к деятельности по управлению пенсионными активами обусловлено не только высокой социальной значимостью соответствующей проблематики, но и колоссальным объемом сосредоточенных в ЕНПФ средств, объем которых превысил 8,5 трлн. тенге, что соответствует почти 15% ВВП Казахстана. Большие и постоянно растущие накопления в ЕНПФ, а также вовлеченность большинства населения в накопительную пенсионную систему (количество счетов вкладчиков по обязательным пенсионным отчислениям составляет около 9,5 млн.) обеспечивают и рост веса активов ЕНПФ в экономике Казахстана, выражающийся в увеличении соотношения объема этих активов и ВВП (рис.3).

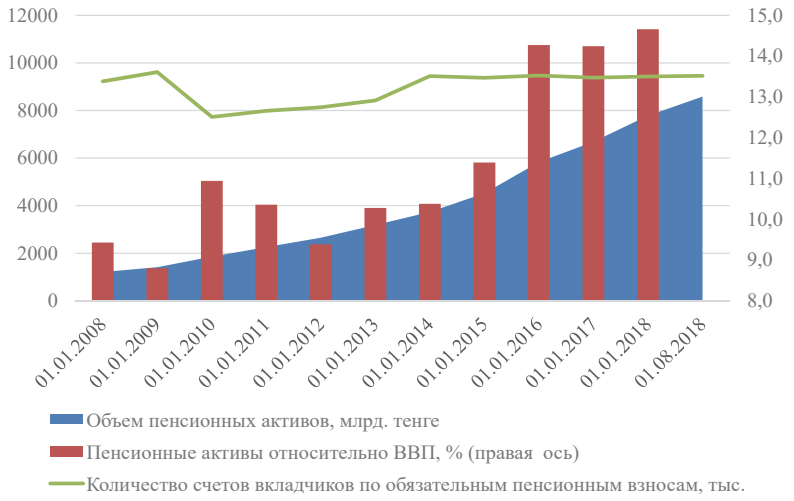


Рисунок 4. Основные параметры накопительной пенсионной системы Казахстана.[11]

Пристальное внимание общественности и экспертного сообщества к управлению активами ЕНПФ также вызвано тем, что пенсионные накопления регулярно используются в качестве источника финансирования различных проблем – как в финансовом секторе (предоставление ликвидности банкам), так и в программах экономического развития. Такого рода финансирование, наряду с примерами неудачных инвестиций в ценные бумаги эмитентов, объявлявших дефолт, актуализирует вопросы об эффективности управления пенсионными накоплениями граждан, будущее благосостояние которых в период жизни на пенсии напрямую зависит от квалификации портфельных менеджеров.

Данный вопрос также актуализируется в связи с тем, что по мере роста количества выходящих на пенсию граждан растут и

[11] Составлено по данным из следующих источников: [3], [5].

выплаты из ЕНПФ. Если в первые годы функционирования в Казахстане накопительной пенсионной системы приток средств в пенсионные фонды шел на фоне практически отсутствовавших выплат для состоявшихся пенсионеров, то теперь ситуация меняется. По мере старения вкладчиков накопительной пенсионной системы (которой уже исполнилось 20 лет) быстро растет количество выходящих на пенсию граждан и, как следствие – растут и объемы пенсионных выплат из ЕНПФ. При этом рост выплат происходит опережающими темпами по сравнению с ростом взносов (рис.5). За четыре полных года функционирования ЕНПФ в качестве монополиста накопительной пенсионной системы годовой объем пенсионных взносов увеличился всего на 15%, тогда как объем пенсионных выплат – в два раза, а соотношение выплат и взносов быстро растет, превысив 30%.

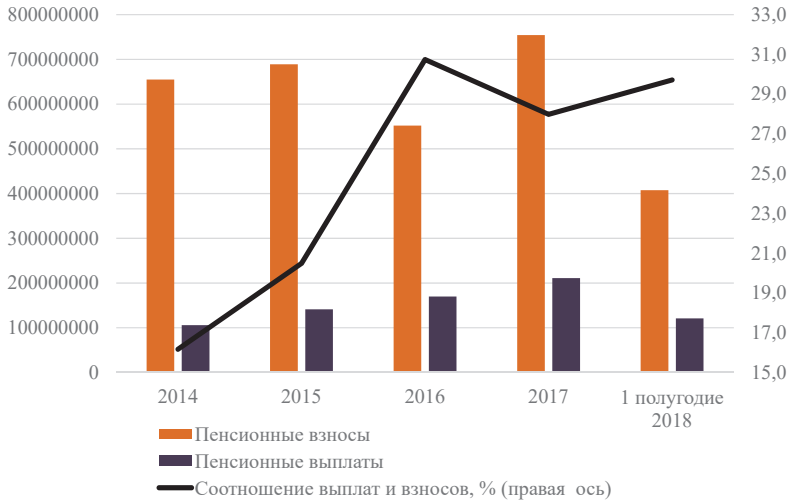


Рисунок 5. Динамика объема взносов в ЕНПФ и выплат из него, тыс. тенге, если не указано иное.[12]

[12] Рассчитано по данным Национального банка РК: [5].

При сохранении даже такой динамики роста выплат (а она может увеличиться по мере роста числа выходящих на пенсию граждан) объем выплат и объем взносов сравняются примерно через 15 лет и тогда встанет вопрос о состоятельности существующей модели пенсионного обеспечения, которым, очевидно, во многом определяются предпринимаемые в настоящее время реформы, включая увеличение пенсионного возраста женщин и введение обязательных профессиональных пенсионных взносов. Определенный ресурс прочности в ситуации равного объема взносов и выплат создает инвестиционный доход и накопленные ранее за счет этого дохода средства, но эта часть пенсионных активов напрямую зависит от эффективности управления активами, то есть, от того, насколько доходными были вложения пенсионных накоплений в те или иные финансовые инструменты. На протяжении большей части 20-летней истории казахстанской накопительной пенсионной системы эти вложения были не очень эффективными, что подтверждалось также и снижением доли чистого инвестиционного дохода в пенсионных накоплениях (рис.6). На начало 2015 года эта доля составляла 22% против 27,1% на начало 2002 года, однако затем произошел резкий всплеск как объема инвестиционного дохода, так и его доли в пенсионных накоплениях.

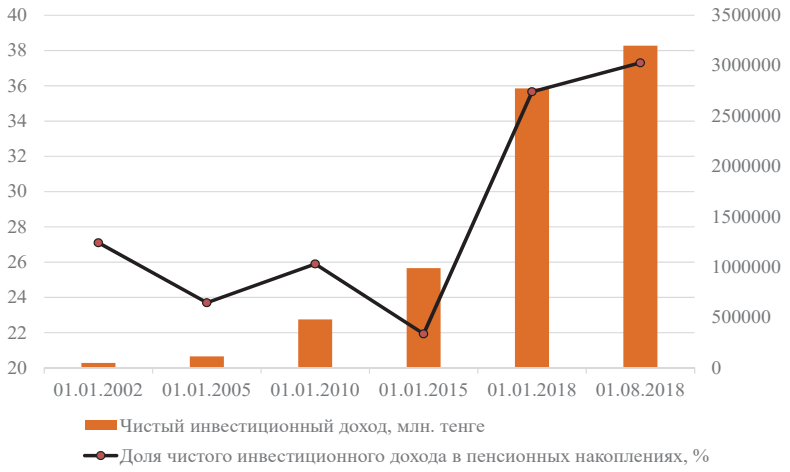


Рисунок 6. Динамика чистого инвестиционного дохода накопительной пенсионной системы Казахстана и его доли в пенсионных накоплениях.[13]

Данная ситуация непосредственно связана с изменением уровня доходности, который обеспечивали пенсионные фонды Казахстана. Исторически доходность накопительной пенсионной системы страны была очень низка, хронически отставая от уровня инфляции (иногда – в разы), исключения наблюдались в отдельные годы, но они не меняли общей картины. Проблема была настолько остра, что в 2012 году было введено разделение портфелей НПФ на консервативный и умеренный, которое предполагало большие возможности инвестирования в более доходные, но и рисковые финансовые инструменты для умеренного портфеля. Однако даже это новшество не позволило инвестиционным менеджерам НПФ догнать доходностью инфляцию, отставание от которой было непреодолимым даже для умеренных портфелей (рис. 7).

[13] Рассчитано по данным Национального банка РК: [6].

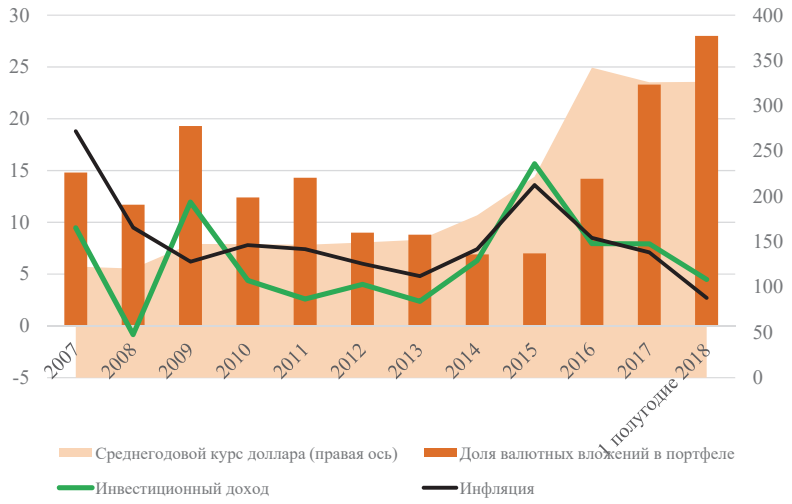


Рисунок 7. Сравнительная динамика доходности пенсионных активов с инфляцией и валютными факторами инвестиционного портфеля пенсионной системы, % если не указано иное.[14]

Однако после сосредоточения всех обязательных пенсионных взносов и накопленных пенсионных активов в ЕНПФ ситуация изменилась в лучшую сторону – в 2014 году разрыв между доходностью пенсионных накоплений и инфляцией сократился до минимума, а в последующие годы он либо опережал ее, либо (в 2016 г.) отставал от нее совсем немного. Причины же этого улучшения доходности пенсионных вложений иллюстрируют два других графика, представленных на рисунке 7 – доли валютных вложений ЕНПФ и курса доллара к тенге.

С 2015 года, как известно, происходит девальвация тенге, которая означает, применительно к инвестиционному портфелю ЕНПФ, рост стоимости активов, деноминиро-

[14] Рассчитано по данным из следующих источников: [3], [7], [8].

ванных в иностранных валютах за счет их переоценки. С 2016 года началось быстрое увеличение доли валютных вложений в активах ЕНПФ, то есть, пенсионные накопления во все возрастающих объемах стали вкладываться Национальным банком, который осуществляет инвестиционное управление активами ЕНПФ, в зарубежные ценные бумаги, а также в еврооблигации казахстанского Министерства финансов. С 2015 года по первое полугодие 2018 года доля валютных активов в портфеле ЕНПФ выросла в четыре раза – с 7 до 28%. В этот же период происходила девальвация тенге и в этот же период доходность пенсионных вложений стала выше уровня инфляции.

Таким образом, положительное для вкладчиков явление роста доходности пенсионных активов ЕНПФ стало следствием отрицательных для экономики процессов – девальвации национальной валюты и ускорения оттока капитала за рубеж, осуществляемого национальным регулятором, управляющим активами ЕНПФ. Иллюстрацией значения факторов роста валютных вложений и роста курса иностранных валют к тенге может быть структура инвестиционного дохода ЕНПФ в течение первых восьми месяцев 2018 года (рис.8), в которой 39% приходится на переоценку иностранной валюты. В этот период курс доллара США вырос к тенге на 10% (с 330 до 365) и, учитывая высокую долю в портфеле активов, деноминированных в валюте (28%), очевидно, что именно фактор переоценки этих активов в тенге стал решающим в том, что инвестиционный доход ЕНПФ уверенно превзошел уровень инфляции.

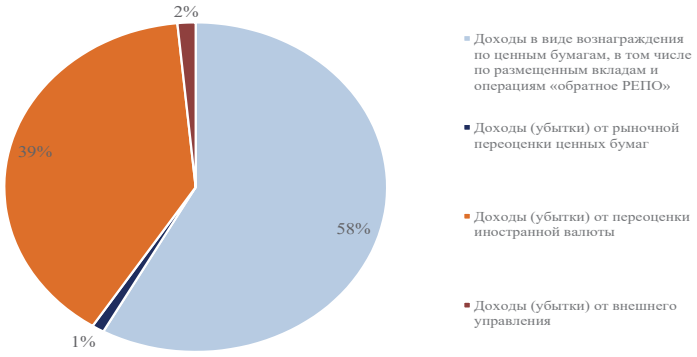


Рисунок 8. Структура инвестиционного дохода, полученного по пенсионным активам ЕНПФ за январь-август 2018 г.[15]

Парадоксальный характер роста доходности пенсионных активов в последние годы за счет организуемого Национальным банком оттока капитала (в виде пенсионных накоплений, размещением которых он управляет) за пределы Казахстана и за счет девальвации тенге является интересным феноменом, хотя и позволил решить проблему доходности пенсионных активов, хронически присущую накопительной пенсионной системе. В то же время, у этого метода решения проблемы есть ряд очевидных изъянов. Около 7 млрд. долл. пенсионных активов, работающих не в Казахстане, в целях модернизации экономики и социального развития, а на зарубежных финансовых рынках, свидетельствуют об отсутствии в стране объектов приложения длинных финансовых ресурсов, нехватка которых традиционно называется причиной невозможности реализации долгосрочных масштабных модернизационных проектов. Вывод таких значительных средств за рубеж оказывает мощное давление на курс национальной валюты и провоцирует девальвацию, ухудшающую как деловой климат, так и социальное самочувствие в Казахстане. Более того, высокий объем средств в валютных

[15] [9].

активах (речь в данном случае не только о пенсионных накоплениях, но и о средствах Национального фонда и резервах Национального банка) создают ситуацию, когда эффективность этих вложений является заложником курса, и у регулятора возникает необходимость его искусственного снижения для обеспечения доходности данных вложений. Наконец, зарубежные инвестиции не решают проблему доходности системно, лишь маскируя ее при помощи переоценки валютных вложений, тогда как эффективность собственно управления портфелем ценных бумаг остается по-прежнему низкой (что видно из 1-процентной доли доходов от рыночной переоценки ценных бумаг на рисунке 8).

Таким образом, текущая ситуация с управлением пенсионными активами, закрывая один вопрос – об уровне их доходности – ставит ряд новых, еще более серьезных – об оттоке капитала из Казахстана, осуществляемом центральным банком, об отсутствии объектов приложения длинных инвестиционных денег, о манипулировании конъюнктурой валютного рынка и пр. В контексте решения проблем обеспечения качества жизни пожилых людей эти вопросы представляются значительно более острыми по сравнению с проблемой недостаточной эффективности пенсионных вложений и их низкой доходностью.

Литература:

1. Средний размер пенсии (за декабрь). Межгосударственный статистический комитет Содружества независимых государств. URL: http://www.cisstat.com

2. Статистический бюллетень Министерства финансов Республики Казахстан за 2008-2018 гг. URL: http://www.minfin.gov.kz/irj/portal/anonymous?NavigationTarget=ROLES://portal_content/mf/kz.ecc.roles/kz.ecc.anonymous/kz.ecc.anonymous/kz.ecc.anonym_budgeting/budgeting/reports_fldr (дата обращения: 1.10.2018).

3. Основные социально-экономические показатели Республики Казахстан. Комитет по статистике Ми-

нистерства национальной экономики Республики Казахстан. URL: http://stat.gov.kz/faces/homePage/homeDinamika.pokazateli?_afrLoop=3232310400825106#%40%3F_afrLoop%3D3232310400825106%26_adf.ctrl-state%3D17qm728jge_37 (дата обращения: 1.10.2018).

4. Численность получателей пенсий. Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан. URL: http://stat.gov.kz/faces/wcnav_externalId/homeNumbersSocialPolicy?_afrLoop=3232403426690655#%40%3F_afrLoop%3D3232403426690655%26_adf.ctrl-state%3D17qm728jge_63 (дата обращения: 1.10.2018).

5. Сведения по пенсионным накоплениям и количеству пенсионных счетов вкладчиков. Национальный банк Республики Казахстан. Официальный интернет-ресурс. URL: http://www.nationalbank.kz/?docid=1118&switch=russian (дата обращения: 2.102018.

6. Текущее состояние накопительной пенсионной системы. Национальный банк Республики Казахстан. Официальный интернет-ресурс. URL: http://www.nationalbank.kz/?docid=1126&switch=russian

7. Сведения о коэффициенте номинального дохода НПФ. Финансовые показатели. Национальный банк Республики Казахстан. Официальный интернет-ресурс. URL: http://www.nationalbank.kz/?docid=1118&switch=russian (дата обращения: 3.10.2018).

8. Инвестиционная структура портфеля. Финансовые показатели. Национальный банк Республики Казахстан. Официальный интернет-ресурс. URL: http://www.nationalbank.kz/?docid=1118&switch=russian (дата обращения: 3.10.2018).

9. Информация по инвестиционному управлению пенсионными активами АО «ЕНПФ». Сайт АО «ЕНПФ». URL: https://www.enpf.kz/upload/medialibrary/c70/c70d7ff5aece20f4cdb5e1fff3d19362.pdf

СЕКЦИЯ II
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ЕВРАЗИИ

Биоритм и долголетие

Тулеуханов С.Т.

Любой человек мечтает прожить долгую, активную и счастливую жизнь. Это естественно. Продолжительность жизни человека зависит от многих факторов, то есть является многокомпонентным процессом. Она зависит от образа жизни, от наличия или отсутствия вредных привычек, от социальных условий, от экологии и от генетики человека. Все эти факторы в той или иной степени влияют на продолжительность жизни человека. Из вышеперечисленных факторов доминирующим фактором влияющим на долголетие человека является образ жизни. Говоря об образе жизни человека, мы априори предполагаем или говорим об алгоритме жизни, то есть о порядке организации образа жизни во времени.

В данной статье мы будем говорить о влиянии временной организации биосистем, то есть биоритмов организма, на долголетие человека.

Современный этап развития биомедицины знаменателен тем, что одними из бурно развивающихся направлений являются хронобиология и хрономедицина.

Так, группа ученых Холл, Янг и Росбаш за цикл работ по теме «Исследование механизмов суточной динамики организма» в 2017 году были удостоены Нобелевской премии в области физиологии и медицины. Данный факт свидетельствует о безоговорочном признании достижений хронобиологии и хрономедицины и о фундаментальном значении этих

исследований. Также данный факт свидетельствует о том, что наряду с исследованием пространственной организации живых систем интенсивно познается их временная организация. Исследование временной структуры живых систем требует изучения биообъектов в течение времени. Время, как и качество жизни (здоровье), является важнейшим богатством человека и одновременно самой большой проблемой. Время, по существу, - это сама жизнь, ее суть, так как развитие в онтогенезе, так и в филогенезе происходит во времени. Если овладеть основным принципом управления биологическим временем, знать законы пространственно-временной организации живых систем, то можно будет значительно продвинуться в понимании сущности гомеостаза, составляющего основу здоровья и долголетия человека. В биомедицинской науке признание обьективной реальности биологических ритмов шло очень медленно, а в этой области господствовало статическое мышление и подход к пониманию сущности живых организмов. Сегодня уже можно утверждать, что ритмы являются законом природы и живых систем. В настоящее время окончательно решен вопрос о генетическом механизме биологических ритмов, стало быть, они являются основными маркерными величинами функциональных показателей биологических процессов и явлений.

В свете вышесказанного мне хотелось бы показать содержание общей структуры временной организации живых систем, как открытых термодинамических систем. Вообще, временная организация - это не просто комплекс биологических ритмов организма, она, кроме того, характеризуется механизмами регуляции, связями с внешней средой, взаимодействиями между ритмами и т.д. В целом, каждый из уровней структурной организации (надорганизменный, организменный, органно-системный, клеточный, субклеточный, молекулярный) должен рассматриваться в четырех направлениях, которыми являются время, энергия, структура и ин-

формация. Общая структура временной организации живых систем включает следующие части:

1) Внешняя среда (гемогеофизические и социальные факторы, негэнтропия); 2) Другие биосистемы (живые организмы: люди, животные, насекомые, растения, микроорганизмы); 3) Часть, связывающая временную организацию биосистемы с внешней средой и другими биосистемами (различные органы чувств, через которые преломляется действие датчиков времени); 4) Часть, регуляций временной организации (генераторы, водители, пейсмейкеры, хрононы биологических ритмов, они носят управляющий характер); 4) Часть, воспринимающая сигналы регуляции (это обширная область биологичесикх рецепторов, в том числе циторецепции) и 6) Часть, рабочая (эффекторная) часть временной организации (это собственно, многочисленные биологические ритмы). Между этими частями существует прямая и обратная связь.

Таким образом мы видим, что биологическая система является сложной временной организацией, открытой и нейрокибернетической структурой. Не учитывать эти особенности организма при оценке качества жизни и долголетия просто невозможно. Обязательно должны учитывать особенности взаимосвязи этих частей временной организации биосистем между собой и чем выше устойчивость, упорядоченность этих частей, тем выше качество жизни и естественно будет шанс на долгую жизнь.

В сложном многоклеточном организме организация функций во времени гораздо более сложна, чем эти модели, так как регулируется нейроэндокринной системой, которая, модифицируя клеточные тканевые и органные ритмы, синхронизирует их. В нормальных условиях «биочасы» пейсмейкера генерируют суточные ритмы, передают их нервным или гуморальным путем синапсам, где в рецепторах индуцируется ритмическая продукция цАМФа и некоторых других веществ. Последние,

в свою очередь, регулируют нейротрансмиссию, поддерживающую суточный порядок в физиологических процессах. Если представить общую схему нейрогуморальных механизмов регуляции и контроля суточный периодики физиологических функций организма, то следует выделить следующие основные структуры центральной нервной системы: супрохиазматические ядра (СХЯ); гипоталамус (ГИПО); ретикулярная фармация (Р.Ф.); и эпифиз (ЭП). Деятельность всех указанных центров оказывает влияние на тропные гормоны и через них на функциональные показатели органов–мишеней (сердце, желудок, печень и др.). Таким образом, функция и деятельность биоритмов является сложной нейрогуморальной системой, состояние которой обязательно будет отражаться на функциональных показателях органов и организма в целом, что будет влиять на продолжительность жизни человека.

Наиболее существенным фактором для живых систем на Земле является смена дня и ночи, света и темноты. Вращение ее вокруг своей оси и одновременно вокруг Солнца отмеряет сутки, сезоны и годы нашей жизни. Все больше сведений накапливается о роли эпифиза (шишковидной железы), как ведущего ритмоводителя функции живых организмов. Эпифиз наряду с супрахиазматическим ядром (СХЯ) гиполамуса входит в систему, так называемых, часов организма, играющих основную и ключевую роль в механизмах «счета внутреннего времени» и старения. СХЯ гипоталамуса играет роль центрального осциллятора (супервизора), регулирующего подстройку ритмов обмена веществ и энергии к ритмам освещенности, как внешнему источнику энергии.

Способность нейроэндокринной и гормональной систем к генерации различных динамических (временных) процессов - ритмов, циклов разной длительности – указывает на наличие у них временной структуры.

Несколько слов касательно тех механизмов, которые поддерживают ритм организма.

Так, осцилляторы ритма представляют собой колебательную систему, самостоятельно поддерживающую эндогенный ритм, благодаря замкнутой внутри нее короткой петле обратной связи, свойствами осциллятора обладают тканевые водители ритма, некоторые метаболические реакции, кинетика продукции некоторых гормонов и другие процессы. Кроме центрального осциллятора, в поддержании ритмов организма существенную роль играют перифирические осцилляторы, в качестве которых выступают, так называемые, часовые гены. А совокупность осцилляторов всех структурных уровней, входящих в ту или иную физиологическую систему, образуют таймер такой системы обладающий сетевыми свойствами. В силу этого таймеры обладают способностью генерировать макроритмы с большими, чем у осцилляторов, значениями периода и амплитуды. Также известно, что наиболее значимой функцией гормонального таймера является регуляция продолжительности жизни клетки и организма в целом. Кроме того, он запускает долгосрочные программы, характерные для определенных этапов онтогенеза, т.е. формирует вектор времени жизни. Установление ритмов активности иммунной и нервной систем свидетельствует об их вовлеченности наряду с эндокринной системой во временную структуру организма.

Физиологический контроль эндокринной функции эпифиза осуществляется в значительной мере световым режимом. Световая информация, воспринимаемая глазами, передается в эпифиз по нейронам СХЯ гипоталамуса через ствол верхней грудной части спинного мозга и симпатические нейроны верхнего шейнего ганглия. А в темное время суток сигналы от СХЯ вызывают увеличение синтеза и высвобождение норадреналина из симпатических окончаний. Этот нейроме-

диатор возбуждает рецепторы, расположенные на мембране пинеалоцитов, стимулируя, таким образом, синтез мелатонина. А свет, наоборот, угнетает продукцию и секрецию мелатонина. Поэтому можно заключить, что максимальный уровень мелатонина в эпифизе и крови человека наблюдается в ночные часы, а минимальный уровень - в утренние и дневные часы суток.

Образно говоря, если эпифиз уподобить биологическим часам организма, то мелатонин можно уподобить маятнику, который обеспечивает ход этих часов, т.е. является дирижером данного ансамбля. Снижение амплитуды его колебаний приводит к их остановке. При этом очень важным моментом является то, что мелатонин имеет четко выраженный суточный ритм, т.е. единицей его измерения является хронологический метроном - суточное вращение Земли вокруг своей оси.

Также известно, что мелатонин является производным биогенного амино- серотонина, который, в свою очередь, синтезируется из аминокислоты триптофана, поступающего с пищей. Активность ферментов, участвующих в превращении серотонина в мелатонин, подавляется освещением, вот почему биосинтез этого гормона происходит в тёмное время суток.

Доказано что удаление эпифиза приводит к практически полному исчезновению мелатонина из кровеносного русла. У эпифизэктомированных животных ускоряется половое созревание, ускоряется рост тела, наблюдается различные суточные ритмы и другие изменения. Также показано, что основными функциями эпифиза в организме являются: регуляция репродуктивных функций; антиоксидантная защита организма. Есть основание говорить, что эпифиз является «солнечными часами старения».

Известно, что все биоритмы находятся в строгой подчиненности основному водителю ритмов, расположенному в

супрохиазматических ядрах гипоталамуса, а гормоном посредником, доносящим командные сигналы до органов и тканей, собственно, и является мелатонин. При этом характер ответа регулируется не только уровнем гормона крови, но и продолжительностью его ночной секреции. Также мелатонин обеспечивает адаптацию эндогенных биоритмов к постоянно меняющимся условиям внешней среды. Регулирующая роль мелатонина универсальна для всех биообъектов, о чем свидетельствует присутствие этого гормона и четкая ритмичность его продукции у всех живых организмов, начиная с одноклеточных. Мелатонин поддерживает цикл сна - бодрствования, суточные ритмы двигательный активности и температуру тела. Любое воздействие на эти ритмы и приводящие к их изменению сопровождается множеством серьезных расстройств поведения и состояния здоровья, включая сердечно-сосудистые заболевания и рак. Также следует, что воздействие света в ночные часы нарушает эндогенный суточный ритм, подавляет ночную секрецию мелатонина, что приводит к снижению его концентрации в крови. Также важно отметить, что старые люди более чувствительны к изменениям фотопериода, чем молодые. Выявлено, что женщины более чувствительны к подавляющим эффектам ночного света на продукцию мелатонина, чем мужчины.

На сегодня доказано, что днем уровень мелатонина в сыворотке крови понижается у здоровых людей, начиная с раннего детского возрасте (с годовалого возраста) и до глубокой старости (до 100 лет). Ночной подъем мелатонина в крови у лиц пожилого возраста менее выражен, чем у молодых людей. Установлено, что с возрастом снижается как концентрация в ночные часы в крови мелатонина, так и экскреция с мочой его основного метаболита 6-сульфатокси-мелатонина. Уровень мелатонина в плазме крови у 84-летних мужчин был в 1,7-2 раза меньше, чем у молодых 27-летних.

Установлено, у 53% пожилых лиц в возрасте 80 и более лет дневной уровень мелатонина в крови был низким ≈018нМ, а у 75% из лиц с низким уровнем мелатонина его концентрация не достигала и 0,12 нМ. По-видимому, постепенное снижение содержания мелатонина при старении организма не вызвано кальцификацией железы, а является следствием уменьшения адренергической иннервации и количества β-адренергических рецепторов на поверхности пинеалоцитов, что и снижает их общее число и метаболическую активность. У пожилых людей с болезнью Альцгеймера в возрасте выше 55 лет было отмечено существенное снижение ночного уровня мелатонина в крови по сравнению со здоровыми лицами такого же возраста, при этом был отмечен сдвиг ночной фазы (акрофазы) его секреции по шкале времени, а дневной уровень был увеличен. А при изучении возрастной динамики концентрации мелатонина в крови и слюне здоровых людей в возрасте от 25 до 100 лет было выявлено достоверное снижение ночного уровня мелатонина у лиц преклонного возраста. Экскреция 6-сульфатоксимелатонина с мочой также снижалась с возрастом. Также установлено, что у большинства пожилых людей (≈70%) функциональная активность пинеальной железы снижена, тогда как у одной трети пожилых имеет место достаточно высокий уровень мелатонина в крови и высокая амплитуда его суточного ритма. Все эти факты свидетельствует о том, что пожилые здоровые люди с сохраненной мелатонинобразующей функцией эпифиза имеют более высокие функциональные возможности организма и более низкие показатели биологического возраста, т.е. паспортный возраст будет выше чем биологический возраст. Говоря о причинах снижения мелатонина у пожилых людей можно сказать следующее, определенную роль в возрастном снижении продукции мелатонина могут играть сигналы от супрохиазматического ядра, (СХЯ), через которые опосреду-

ется влияние внешних факторов, в частности света, на функцию эпифиза.

По мере старения человека суточная временная система прогрессивно нарушается, о чем свидетельствует уменьшение амплитуды и длины периодов суточных ритмов, а также возрастающая тенденция к внутренней десинхронизации. Первые нарушения в суточной временной системе при старении могут проявляться патологией (десинхронизацией) сна -пробуждения. В связи с вышеизложенным, необходимо соблюсти устойчивость суточных ритмов организма, что естественно будет отражаться на здоровье организма и долголетии.

На многочисленных опытах и наблюдениях было доказано, что свет подавляет продукцию мелатонина эпифизом, стимулирует преждевременное старение и развитие рака. Теперь давайте посмотрим на вопрос, как действует на эти процессы темнота. Было установлено, что ослепленные животные живут дольше зрячих. Содержание животных в постоянной темноте замедляло возрастные изменения эстральной функции. Имеются еще очень много фактов говорящих в его пользу. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что эпифиз и система генерации и регуляции суточных ритмов в целом играют важную роль в механизмах гомеостаза и старения. Угнетение функции эпифиза, достигаемое эпифизэктомией и содержанием в условиях постоянного освещения, приводит к десинхронизации суточных ритмов многих физиологических функций организма, ускоренному старению ряда функциональных систем, развитию ряда ассоциированных с возрастом патологических процессов, включая злокачественные новообразования, и в конечном счете уменьшению продолжительности жизни организма. Световая депривация, стимулирующая функцию эпифиза, оказывает противоположный геропротекторный эффект. Мелатонин является потенциальным геропротектором.

Также установлено, что стрессовые факторы (гипоксия, шум, вибрация, гипокинезия) и патология оказывают влияния на устойчивость биологических ритмов и на хроноструктурные параметры (период, ортофаза, мезор, акрофаза, амплитуда) ритмов.

Таким образом, любое нарушение структуры временной организации живых систем приводит к патологическим процессам и к сокращению продолжительности жизни.

Литература:

1. Тулеуханов С.Т., Кольцов П.П., Калдияров Д.А., Дюсембаев А.Е. Оценка состояний биокибернетических систем по биоритмологическим показателям на принципах распознавания образов. - М.: Институт космических исследований. - 1994. -121с.

2. Тулеуханов С.Т., Ефимов М.Л. Хронобиология и хрономедицина. – Алматы: КазНУ им. аль-Фараби. -1996. -203с.

3. Тулеуханов С.Т., Ефимов М.Л. Ритм, здоровье, жизнь (Книга о биоритмах человека). - Алматы: «Қазақ университеті» -1998. -245с.

4. Тулеуханов С.Т. Временная организация биологических систем. -Алматы: «Қазақ университеті» -1999. -157с.

5. Тулеуханов С.Т. Хронобиология и хрономедицина в аспекте новейшего времени. // Вестн.КазГУ. Серия информационная. -2000.- № 2(5). - с. 22-25.

6. Тулеуханов С.Т. Хронобиология: теория и практика. // Вестник КазГУ. Серия биологическая.-2000.- № 2(10). -с. 3-7.

7. Тулеуханов С.Т. Биологические ритмы – фундаментальный закон живой природы. //Известия НАН РК. Серия биологическая и медицинская.-Алматы, 2002. № 6 (234). – с. 3-16.

8. Тулеуханов С.Т. Хронофизиология: достижения и перспективы развития // Вестник КазНУ. Серия биологическая. - 2002. -№ 1(16). - с. 94-101.

9. Анисимов В.Н. Молекулярные физиологические механизмы старения. – В 2-х томах.- СПб: Наука, 2008. -Т.1.- 481 с.; Т. 2. -434с.

10. Анисимов В.Н. Физиологические фунцкии эпифиза (геронтологический аспект).- //Рос.физиол.жур. им. И.М.Сеченова. -1997. -Т. 83. -с.1-13.

11. Кветная Т.В., Князькин И.В., Кветной И.М. Мелатонин-нейроэндокринный маркер возрастной патологии. СПб.: ДЕАН. -2005. -144 с.

12. Reinberg A., Vfrvieux B., Haus S. Body weight6 duration of shift work exposure and age // The third international congress of applied chronobiology and chronomedicine. -2009. –p. 21

13. Yrossman E.,Yandon M., Yalcin R. et.al. Melatonin reduces night blood pressuer in patients with nocturnal hypertension. // Amer.Y.Med.-2006.- Vol.119, № 10. -pp. 898-902.

14. Jeon J., Acuna – Casroviejo D., Sainz B.M. et al. Melatonin and mitochondrial function. // Yife Sci. - 2004.- Vol.75.- № 7.- pp.765-790.

15. Sewerynek E. Melatonin and the cardioascular system. // Nenzo Endocrinal. Jett. -2002. - Vol.1- pp.79-83.

Медицинские и социально-организационные основы продления жизни и качество жизни

Даленов Е.Д.

Экспертами ООН Казахстан отнесен к государствам с ускоренными темпами старения, поскольку доля пожилого населения превысила порог в 7% и сегодня составляет более 10%. Нарастающий с каждым годом демографический дисбаланс формирует новые миграционные волны и усиливает социальную напряженность по всему миру, что, по мнению Президента страны Н.А. Назарбаева, занимает второе место в ряду глобальных вызовов XXI века.

В этом плане понятие **«качественное долголетие»** приобретает особую роль и значимость для разработки модели антистарения по увеличению ожидаемой продолжительности жизни и по продлению качественных лет наших граждан, **эффективность которых должна быть определена** с использованием метода оценки качества жизни и формирования научных основ данной проблемы.

Решение данного вопроса определило цель настоящего исследования «Разработать систему научных основ медико–организационных мероприятий для качественного долголетия лиц пожилого и старческого возраста».

Нами было проведено обсервационное – описательное – одномоментное поперечное исследование. Исходная выборка составила 611 респондентов в возрасте 60-89 лет с учетом их генеральной совокупности, где из них было обследовано – 420 респондентов.

Исследование проводилось по следующим методам: социологические, медико – биологические и математико – статистические методы.

Анализ распространенности общей и первичной заболеваемости населения геронтологической группы показал,

что уровень общей заболеваемости за последние 6 лет имеет тенденцию к снижению с **29,54±7,43$^0/_{000}$** в 2011 году до **23,41±5,11$^0/_{000}$** в 2016 году. Хотя резкое снижение уровня общей заболеваемости до 19,70±4,230/000 отмечается в 2013 году, с последующим переходом на очередное повышение его значения.

Также наблюдалось снижение первичной заболеваемости лиц старше 60 лет с **7,00±1,47$^0/_{000}$** в 2011 году до **3,84±0,56$^0/_{000}$** в 2016 году, хотя, в 2015 году отмечался рост данного показателя к значению **6,77±1,47$^0/_{000}$**. Отмечается, увеличение показателей общей и первичной заболеваемости среди женщин на 1,5-2 раза по сравнению с мужчинами, где четко прослеживается рост как общей, так и первичной заболеваемости среди обоих полов в 2011 и 2015 годы. Промежуток времени с 2012 по 2014 гг. явился периодом спада общей и первичной заболеваемости среди населения, кроме показателей общей заболеваемости мужчин, который сохранял высокие позиции.

Поэтому для формирования более полноценной картины по заболеваемости населения геронтологической группы, мы изучили структуру заболеваемости у данной категории лиц.

При рейтинговой оценке заболеваемости населения геронтологической группы установлено, что за период с 2011 по 2016 гг. первое место у лиц старшей группы стабильно занимали БСК, второе место – болезни глаза и его придаточного аппарата. Однако за 2014 год эта патология сместилась на 5-е ранговое место, и болезни органов дыхания перешли на второе место. Третье место в 2012, 2013, 2015 и 2016 годы принадлежало эндокринным болезням, расстройствам питания и обмена веществ, когда как в 2014 году эту позицию заняли болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, четвертое место неустойчиво варьировало между болезнями органов пищеварения в 2011 г., болезнями костно

– мышечной системы в 2012 и 2016 гг., болезнями органов дыхания в 2013 и 2015 гг., пятое место с 2011 по 2015 гг. принадлежало болезням мочеполовой системы, когда как в 2016 году его занимают – болезни органов дыхания.

Структура заболеваемости в разрезе пола показала, где у женщин наблюдается большая предрасположенность к эндокринным заболеваниям, расстройствам питания и обмена веществ, болезням костно – мышечной, мочеполовой и нервной систем.

В структуре общей **заболеваемости в разрезе возраста,** можно отметить, что у людей возраста 60-69 лет преобладают БСК (2014-2016 гг.), на втором месте болезни глаза и его придаточного аппарата (2014-2016 гг.), на третьем месте - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена (2014-2016 гг.). В возрастной категории 70 лет и старше на первом месте – болезни глаза и его придаточного аппарата (2014-2016 гг.), на втором месте – БСК (2014-2016 гг.), на третьем месте - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена(2014-2016 гг.).

Средние показатели качества жизни в разрезе пола в зависимости от медико – социальных факторов, таких как образование, семейное положение, жилищные условия, где наиболее высокие показатели качества жизни (КЖ) наблюдаются у замужних женщин имеющих незаконченное высшее образование проживающих в удовлетворительных жилищных условиях, и у женатых мужчин с высшим образованием и проживающих в хороших жилищных условиях.

Наиболее высокие показатели КЖ отмечены у мужчин и женщин с высоким доходом, замедленными темпами старения с постуральной стабильностью.

Анализ корреляционной зависимости между каждым показателем качества жизни и медико-социальными факторами показали подавляющее большинство социальных факторов

принадлежит БСК, уровню образования, семейному положению и психическому здоровью.

Обратная сильная связь установлена по показателям психического здоровье, жизненной активности, ролевого и физического функционирования, которые достоверно снижаются, по мере увеличения биологического возраста респондентов.

Маркеры биологического возраста (БВ), где мы наблюдаем отклонение полученных результатов от средней величины, которое проявляется рассогласованием календарного возраста (КВ) и БВ респондентов и определяет их темпы старения.

Значение БВ и КВ, где определённые отличия между БВ и КВ респондентов свидетельствовали о разных уровнях их функционального состояния, поэтому вся когорта была разделена на замедленно и ускоренно стареющих.

Установлено, что у 94 респондентов БВ опережал долженствующий БВ в среднем на 4,15±0,36 года, а у 326 отставал от него на 14,34±0,27 лет.

Так, среди женщин наблюдается наибольшая разница между биологическим возрастом и популяционным стандартом темпа старения, как при замедленном (-15,54±0,49 лет), так и при ускоренном старении (7,69±1,17 лет). Согласно литературным данным, снижение БВ от его должной величины на 6 лет является критическим уровнем между нормой и патологией, где дальнейшее снижение БВ характеризует патологическое состояние организма, независимо от нозологической формы.

Биологический возраст, являясь к тому же взаимообусловленным отражением сложных социально-экономических процессов происходящих в обществе, вытекает из потребности общества выявить особенности их питания, образа жизни, психологического благополучия и социальной активности для формирования медико-организационных основ ка-

чественного долголетия, где **представлен пищевой статус респондентов по макронутриентному уровню.**

Несбалансированность рационов питания больше проявлялась у населения **с ускоренными темпами старения,** и характеризовалось недостатком белков животного происхождения, пищевых волокон и избытком насыщенных жирных кислот и легкоусвояемых углеводов.

По микронутриентному составу можно отметить дефицит всех витаминов у лиц с ускоренными темпами старения, кроме витамина В 6 и В12. Также у них можно отметить **недостаточное поступление йода** и **селена.** Учитывая **достоверный дефицит витамина D** и **кальция** среди обеих групп интерес представил изучение состояния костной ткани респондентов.

По результатам УЗИ-денситометрии пяточной кости распространенность НКМ среди жителей г.Астана составляет **67,3%, ОП - 18,8%, ОПН - 48,5%,** что в целом ниже данных по стандартизированным показателям в соответствии с половозрастной структурой населения Казахстана в возрасте 60 лет и старше.

Были установлены достоверные различия ($p<0,001$) между показателями индекса массы тела в зависимости от состояния костной ткани и пола респондентов, где у женщин ИМТ во всех группах был выше, по сравнению с мужчинами, также в обеих группах сохранялась тенденция к уменьшению ИМТ у респондентов с ОП. Где, что по результатам анализа по Хи-квадрат мы отвергаем нулевую гипотезу и принимаем альтернативную: что **с увеличением показателя ИМТ выявляемость ОП снижалась.** Соответственно с увеличением показателя ИМТ **выявляемость нарушений прочностных свойств костной ткани тоже снижается** ($p<0,05$).

Характеристика образа жизни респондентов, по распространенности потребления алкоголя среди респондентов в зависимости от их пола, возраста и темпов старения, где

мужчины по сравнению с женщинами, в возрасте 60-74 лет с ускоренными темпами старения чаще употребляют алкогольные напитки. Что касается вида потребляемой алкогольной продукции, то большинство респондентов предпочтение отдавали крепким спиртным напиткам, таким как водка, далее широко распространена практика употребления вина и коньяка.

Геронтологическая группа населения имеет низкий уровень физической активности и инертна во время досуга, физическая активность носит лишь вынужденный характер в рабочее время и во время исполнения домашних обязанностей.

Хотя, при исследовании респондентов **у пожилых женщин отмечается высокий уровень физического состояния,** а у женщин старческого возраста как выше среднего, когда как уровень **ИФС у мужчин** пожилого и старческого возраста соответствует **среднему уровню** физического состояния

У всех исследуемых респондентов отмечается **III группа здоровья,** наблюдаются выраженные нарушения процессов адаптации (АП выше 3,10 баллов – неудовлетворительная адаптация).

Оценка функциональных возможностей организма **по индексу Скибинской** в зависимости от пола и возраста респондентов **отражает низкий (плохой) резерв дыхательной и сердечно-сосудистой систем,** кроме мужчин пожилого возраста, у которых ИС соответствует нижнему порогу удовлетворительной величины.

Одним из ранних биомаркеров старения, повышающих риск сердечно-сосудистых заболеваний являются изменения липидного обмена веществ, которые оценивали у 68 респондентов *(энзиматическим и колориметрическим методом).*

В результате анализа результатов биохимических исследований было выявлено достоверное изменение ($p<0,05$) липидного обмена у группы лиц с замедленными темпами старения по сравнению с ускоренно стареющими лицами по

следующим показателям: **холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП и коэффициент атерогенности.**

По самооценке здоровья **люди пожилого возраста** по сравнению с людьми старше 75 лет **наиболее приближены к психологическому благополучию при старении,** которое **ярче** проявляется **у мужчин,** нежели у женщин. К тому же респонденты старческого возраста **с ускоренными темпами старения** чаще сообщали **о посредственном и плохом здоровье,** чем о хорошем или отличном соответственно.

Результаты нашей работы были внедрены в ОО «Организация ветеранов» Управления внутренней политики г. Астаны в период с октября 2017 года по март 2018 года. В группу наблюдения вошли – 30 респондентов в возрасте 60-89 лет. По результатам проведенной работы можно отметить заметный прогресс в использовании потенциала людей пожилого и старческого возраста для улучшения показателей их качества жизни.

Например, правильная информация по применению геропротекторов и организация двигательной активности способствовали улучшению **показателя жизненной активности на 35%,** где в конце исследования только 20% респондентов отмечали ежедневную **утомляемость.** В то время как, **повышение социальной активности в обществе** повысило их значимость и мотивировало респондентов на изменения их образа жизни, что повлияло на показатель **ролевого функционирования** качества жизни, где 36% респондентов перестали испытывать затруднения при выполнении своих повседневных обязанностей. **Изменение психоэмоционального статуса** повлияло на показатель **психического здоровья,** где у 28% респондентов улучшился сон и уменьшились тревоги, поэтому в конце исследования бессонница беспокоила только 18% респондентов.

Также **путем оптимизации геронтологических маркеров,** показатель интенсивности боли был снижен на 13,7% и составил 26,3% в конце исследования.

Таким образом, при анализе профиля и темпов старения был определены пусковое механизмы ускоряющие процесс старения, обусловленные возрастными, анатомо-физиологическими и психосоциологическими изменениями их потребностей, в купе раскрывающие некоторые механизмы старения, которые возникают вследствие воздействия основных проблем на человека (физиологические, социологические, психологические), проходят на всех уровнях жизнедеятельности в котором принимают участие гемодинамический, алиментарный, психоэмоциональный, костно-мышечный типы старения., что **в конечном итоге приводит к результату обусловленному качественными переменами в организме,** связанные с изменениями реактивности и функциональных резервов, темпов старения и качества жизни населения геронтологической группы.

По полученным результатам нашей работы мы предлагаем медико – организационные основы КЖ, которые **позволяют решать многие проблемы** связанные **с образом и условиями жизни, состоянием здоровья и социальной активностью** пожилых, ведь понижение их КЖ обусловлено не только состоянием здоровья, но и влиянием многих медико - социальных факторов, восприятием респондентом жизненных изменений, в свою очередь возможно, ускоряющее процесс их старения.

Исходя из триады научных основ качественного долголетия «старость – старение – антистарение» предлагаем нижеследующие мероприятия по увеличению продолжительности жизни и сохранению ее качества:

– ***Экогормезис*** *– оздоровление окружающей среды* (оздоровление направленное на улучшение качества экосистемы, блокируя влияние вредных внешних факторов на организм человека).

– ***Психосамоционис*** *– психологическое оздоровление* (оздоровление направленное на формирование позитивного

стереотипа мышления, предупреждая депрессии, конфликты, беспокойства связанные с выходом на пенсию, одиночеством, страхом «постели» и чувством безнадежности).

– ***Циркуляционис*** – *оздоровление, направленное на улучшение функций кардиореспираторной системы* (оздоровление направленное на улучшение циркуляции жидкости в организме (кровь-лимфа-плазмообращение) через активацию адаптивных механизмов кардиореспираторной системы путем физических нагрузок и аэробных упражнений).

– ***Ассимиляционис*** – *оздоровление через принципы правильного питания* (оздоровление направленное на формирование принципов рационального и сбалансированного питания).

– ***Элиминационис*** – *оздоровление, направленное на правильный выбор лечения* (оздоровление направленное на улучшение элиминации, то есть выведение конечных продуктов метаболизма через желудочно-кишечный тракт, мочевыводящие пути, кожу, легкие, печень и т.д.).

– ***Релаксационис*** – *оздоровление, направленное на улучшение функций вегетативно – нервной системы* (оздоровление направленное на повышение стрессоустойчивости, путем релаксации организма, снятия напряжения и полноценного отдыха).

– ***Гомеостазис*** – *оздоровление эндо-экзо баланса* (оздоровление направленное на поддержку эндо-экзо баланса здоровья и психо-эмоциональной деятельности организма, что требует определения рисков угрозы через поведенческие и средовые детерминанты процесса старения).

Оказание неотложной и профилактической помощи в гериатрической практике

Байсултанова А.Ш., Турсынмуратова Б.Е., Жармухамедов Е.А.

Термином «пожилой и старческий возраст», согласно классификации ВОЗ, определяют большой промежуток жизни (более 30 лет, от 60 лет и старше). Чем старше больной, тем чаще симптомы болезни будут «смазаны» из-за «полиморбидности», то есть наличия нескольких заболеваний у одного человека.

Многие острые заболевания, встречающиеся в пожилом и старческом возрасте, имеют особенности течения болезни. Например, болевая чувствительность у пожилых людей снижена, поэтому инфаркт миокарда и острая хирургическая патология органов брюшной полости могут протекать с незначительным болевым синдромом или вообще без болей, что, разумеется, затрудняет и задерживает диагностику и начало патогенетического лечения.

При оказании неотложной помощи больным пожилого и старческого возраста врачу надо учитывать ряд особенностей. У людей пожилого и старческого возраста чаще возникают предагональный, агональный период и клиническая смерть. Предагональный период характеризуется крайне тяжелым состоянием больного, грубыми нарушениями дыхания, кровообращения и других жизненно важных функций. Реанимационные мероприятия у лиц старших возрастов надо начинать уже в предагональном или агональном состоянии, не дожидаясь клинической смерти, так как необратимые явления в головном мозге у пожилых лиц происходят быстрее.

При проведении искусственной вентиляции легких не забывать удалять из ротовой полости зубные протезы, ис-

пользовать воздуховоды, так как западение языка у пожилых людей происходит чаще, чем у лиц молодого возраста. При проведении непрямого массажа сердца надо учитывать возрастные особенности реберных хрящей грудной клетки, поэтому давление надо проводить более мягко, чтобы не вызвать переломов ребер.

Источником острых расстройств жизнедеятельности у пожилых людей нередко являются неблагополучные социально-бытовые условия, поэтому часто медицинской помощи им бывает недостаточно, важную роль играет социально-бытовая помощь или адекватное отношение окружающих к людям преклонного возраста.

У больных пожилого возраста нарушаются механизмы гомеостаза, иногда возможны нарушения терморегуляции, лекарственные вещества метаболизируются и выделяются гораздо медленнее, чем в норме. При многих заболеваниях у лиц пожилого и старческого возраста быстро развивается дегидратация с повышением уровня мочевины в крови. Фоном многих неотложных состояний у лиц пожилого и старческого возраста служат нарушения поведения. Их можно рассматривать с позиций церебральной недостаточности, по аналогии с другими формами недостаточности органов сердечно - сосудистой и дыхательной системы.

Острая церебральная недостаточность может возникнуть на фоне совершенно нормальной психической деятельности, но чаще она развивается у больных на фоне острых или хронических, психических заболевании.

Причин, провоцирующих острую церебральную недостаточность огромное, например, незнакомое окружение, депрессия, дискомфорт, соматическое состояние пожилого человека (задержка мочи или запоры). Острая церебральная недостаточность может быть вызвана любым вышеуказанным состоянием, аноксией мозга, дыхательной или сердечной недостаточностью.

Острые инфекции, особенно пневмонии и заболевания мочевыводящих путей, также вызывают острую церебральную недостаточность, причинами ее могут быть хирургические операции, переломы и черепно-мозговые травмы.

Наиболее частой и тяжелой причиной ограничения подвижности у больных пожилого возраста является острое нарушение мозгового кровообращения. Инфаркт мозга в зоне вертебрально-базилярной системы сопровождается не только обмороком, падением и потерей равновесия, но и головокружением, тошнотой, рвотой, диплопией, дизартрией, дисфагией. Нарушение кровоснабжения в зоне сонных артерий проявляется гемипарезом, который часто сопровождается гемианопсией и различной степени потерей чувствительности. При поражении доминирующего полушария возможна дисфазия. При поражениях недоминирующего полушария часто встречаются различные виды агнозии и нарушения пространственного восприятия.

У многих больных с нарушением мозгового кровообращения возможна потеря сознания. Чем больше больной находится без сознания, тем меньше вероятность его восстановления. Средняя летальность при этой патологии у престарелых пациентов составляет около 50%. Если больной выживает, его следует вести так, чтобы облегчить и обеспечить последующую реабилитацию, в специализированных гериатрических отделениях или в БСУ.

Также, среди часто встречающихся заболеваний в гериатрической практике является травматизм. Неосторожности любого движения приводят к падению. Нарушения равновесия нарастают с возрастом и более выражены у женщин, чем у мужчин. Одна треть всех престарелых людей падает хотя бы один раз в год. Таким образом за год в Англии умирает приблизительно до 4000 пожилых людей.

В Казахстане по числу заболеваний у лиц старшего возраста травматизм занимает 2 место, умирают от осложнений

и последствий падения до 4,4 %. Очень многие случаи падений бывают беспричинными, человек просто оступается, однако чем старше больной, тем больше вероятность того, что падение служит симптомом заболевания. Очень часто таким заболеванием является вертебрально-базилярная недостаточность, инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения, бронхопневмонии. Иногда причиной падения являются лекарственные вещества.

В пожилом возрасте необходимо обратить внимание вопросам терморегуляции организма. Гипотермия относится к острым состояниям, нарушающим как поведение, так и подвижность больного. Гипотермия у больных преклонного возраста, хотя ее часто называют случайной, далеко не всегда вызывается действием очень низкой температуры. Она может развиваться и в достаточно теплой атмосфере. Организм пожилого больного теряет способность сохранять тепло из-за нарушений терморегуляции. Если живот и подмышки у пожилого пациента на ощупь холодные (у обычных у людей они теплые), то следует заподозрить гипотермию. Диагноз переохлаждения подтверждается после измерения ректальной температуры. Иногда гипотермия бывает вызвана гипотиреозом, определение уровня тироксина в крови может подтвердить у таких больных диагноз гипотиреоза.

Температуру больного следует повышать медленно, искусственно согревать тело больного нельзя, но температура в помещении должна быть около 27,0 С, воздух подогревается электрокамином или кондиционерам . Летальность при переохлаждении очень высокая, однако, следует помнить, что гипотермия часто сопровождает терминальные стадии тяжелых общих заболеваний: инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения, и тяжелых инфекционных заболеваний.

Насколько активным должно быть лечение и неотложная помощь в гериатрической практике . Термином «неотложное

состояние» обычно называют заболевание или травму, несущие непосредственную угрозу жизни больного, однако у пожилых в дополнение к этому неотложным состоянием следует считать любое заболевание, угрожающее ограничением независимости больного. У пожилого и старческого возраста может развиваться симптоматика крайне тяжелого состояния на почве совершенно излечимого несложного заболевания. Неожиданное выздоровление в преклонном возрасте наблюдается уже редко.

Гериатрическая фармакотерапия требует особого внимания и осторожности. Главное правило гериатрической фармакотерапии — более осторожное применение медикаментозных средств, чем при лечении молодых людей. В гериатрической практике большое значение имеет тот факт, что лекарственные препараты не только лечат, но и могут быть причиной развития заболеваний, иногда тяжелых нарушений функций стареющего организма.

При долговременном медикаментозном лечении необходимо периодически пересматривать схему фармакотерапии с целью уменьшения количества назначенных препаратов. Необходимо учитывать повышенную чувствительность пожилых и старых людей к тем или иным препаратам (особенно к гипотензивным и сердечным гликозидам, транквилизаторам и др.). Способ приема лекарства должен быть как можно более простым. По возможности следует избегать назначения жидких лекарственных форм, так как из-за плохого зрения и дрожания рук больные испытывают затруднения в их дозировке.

Таким образом, первым шагом должно быть установление точного диагноза и общая оценка ситуации больного. Решения об объеме лечения следует принимать исходя не из хронологического возраста больного, а из качества его жизни. Если заболевание обратимо и до болезни функции организма

были относительно компенсированы на удовлетворительном уровне, то необходимо дифференцированное лечение, не в полном объеме, а методом дробных доз, как в педиатрической практике , под контролем объективных и клинических данных исследований. Особое внимание медицинским и социальным работником должно быть уделено контролю за своевременным приемом назначенных лекарственных средств, так как пожилые и особенно старые люди нередко забывают принять лекарство вовремя или, наоборот, принимают его повторно, не дожидаясь назначенного времени.

В основе профилактических и лечебных мероприятий в гериатрии лежит принцип поддержки и развития процессов компенсации и адаптации стареющего организма. В их мобилизации большое значение имеет влияние трудовых процессов, рациональный режим, специальная тренировка, методы психотерапии.

Литература:

1. Кушкин А.А.«Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции» М.,2008;

2. АнисимовВ.Н: «Молекулярные и физиологические механизмы старения»1-2 том,С-П..,2011;

3. Шелудко Б.: «Стандарты диагностики внутренних болезней», С.-П., 2008г.;

4. Поздняков Ю.М.: «Амбулаторное лечение основных заболеваний внутренних органов», М., 2008г.

5. Мухин Н.А.: «Внутренние болезни» в 2 томах, М., 2008 г.;

6. Моисеев В.С.: «Внутренние болезни с основами доказательной медицины и клинической фармакологией», М., 2008г.

7. Г.И.Сторожаков, И.И.Чукаева, А.А.Александров «Поликлиническая терапия» Гэотар-медиа. 2009.

8. Сумин Г.О., Неотложные состояния, М., 2005.

Возрастные особенности ВИЧ-инфекции у пожилых людей

Байсеркин Б.С., Ахметова Г.М.

Сегодня мы имеем достаточно исследований, которые показывают, что продолжительность жизни людей с ВИЧ неуклонно растет. Это означает, что ВИЧ-инфекция становится обычным хроническим заболеванием, с которым вы можете прожить до глубокой старости. Это связано с использованием антиретровирусной терапии, на фоне приема которой, продолжительность жизни ВИЧ-положительного человека становится сравнима с таковой у человека без ВИЧ. И это хорошие новости.

Но у всего хорошего бывает и обратная сторона — исследования показывают: заболевания, связанные с возрастом, которые обычно возникают у ВИЧ-отрицательных людей после 60-лет, у ВИЧ-положительных могут появляться на 10 лет раньше. Один из самых главных вопросов, оставшийся без ответа, – почему так происходит. Заболевания ли это сердечнососудистой системы, остеопороз, болезни ли почек или онкологические заболевания, показатели по этим заболеваниям среди ВИЧ-положительных людей несколько выше, чем в общей популяции. Неясно, сколько привносит в развитие этих заболеваний сам ВИЧ, а сколько можно объяснить другими факторами, например, курением, самой АРТ или сопутствующими инфекциями. Необходимо понять, за счет каких механизмов происходит старение.

Распространенность ВИЧ-инфекции в Казахстане 124,2 на 100 тыс населения. ВИЧ – инфекция зарегистрирована во всех регионах Республики Казахстан. В стране наблюдается неравномерное распределение. Наибольшее количество лиц, живущих с ВИЧ выявлено в Карагандинской области (5 387 человека), Восточно-Казахстанской (3 715 человек), в Павло-

дарской (2 831 человек) и в г. Алматы (5 830 человек). Распространенность ВИЧ-инфекции в этих областях выше 151 на 100 тыс. населения.

В пределах уровня распространенности от 85-150 на 100 тысяч населения находится Костанайская, Алматинская, Северо-Казахстанская области и г. Астана.

От 25 до 84 на 100 тыс. населения распространенность в 5 областях: в Акмолинской, Актюбинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской и Южно-Казахстанской областях.

Самые низкие показатели распространенности в 3 областях: Кызылординской, Атырауской и Мангистауской областях.

Ежегодно среди выявленных ВИЧ-инфицированных растет абсолютное число и удельный вес людей 50 лет и старше, число выявляемых ЛЖВ старше 50 лет выросло за последние 6 лет в 2 раза, удельный вес возрос с 5% в 2011 году до 13% в 2018 году (рисунлк 1).

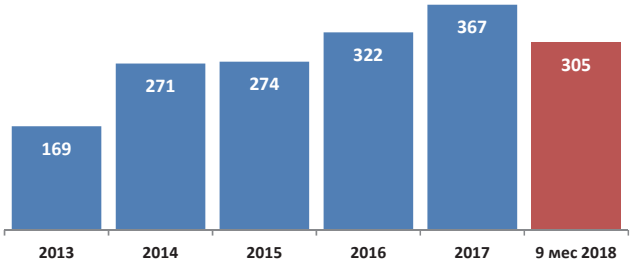


Рисунок 1. Число пациентов с ВИЧ, старше 50 лет, выявленных в 2013-2018 годах.

83% выявленных пациентов 50 лет и старше заразились ВИЧ половым гетеросексуальным путем, 12% получили ВИЧ при употреблении наркотиков, 2% относятся к группе мужчин, практикующих секс с мужчинами, у 3% путь заражения не установлен (рисунок 2).

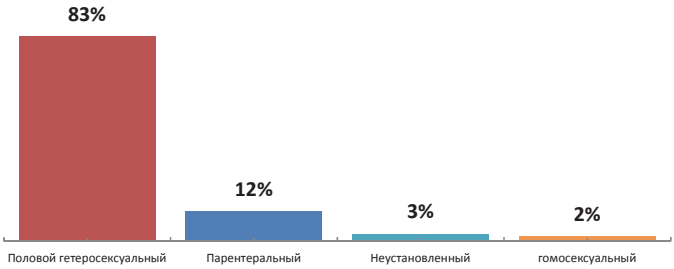


Рисунок 2. Распределение пациентов с ВИЧ, старше 50 лет, по путям передачи ВИЧ.

Максимальный возраст на момент выявления ВИЧ 91 год у мужчин, 82 года у женщин. Распределение по полу - 57% мужчин, 43% женщин. 25% среди выявленных сельские, 75% - городские жители.

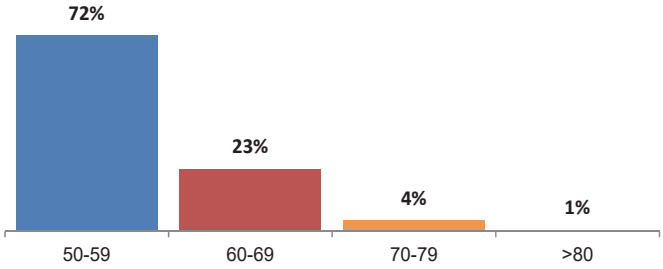


Рисунок 3. Возраст пациентов, выявленных с ВИЧ, выявленных в 2017 году.

У трети выявленных ЛЖВ старше 50 лет поводом обследования на ВИЧ были клинические показания (перечень иммунодефицитных состояний и заболеваний), 13% обследовались по эпидемиологическим показаниям (контактные лица

– повой контакт или совместное употребление наркотиков). У 7% людей старше 50 лет ВИЧ выявлен при обследовании перед оперативным вмешательством. Также причинами обследования были желание стать донором, реципиенты перед переливанием крови, нахождение в местах лишения свободы, а также заболевания ИППП (рисунок 4).

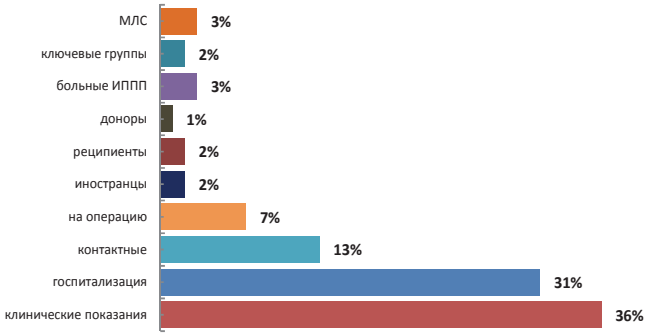


Рисунок 4. Поводы обследования на ВИЧ пациентов старше 50 лет.

Таким образом, портрет ВИЧ-положительного человека 50 лет и старше выглядит следующим образом:

– Мужчина (57%)
– 57 лет (медиана)
– Инфицирован при гетеросексуальном половом контакте (83%)
– Женат, имеет взрослых детей (62%)
– Житель города (75%)
– Проживает на юге Казахстана (40%)
– Работает (48%)
– Обследован по клиническим показаниям (31%).

ВИЧ-инфекция среди людей 50 лет выявляется во всех регионах. Но профилактическая работа среди данной категории населения, к сожалению, практически не проводится. Исследования показывают, что люди старшего возраста меньше осведомлены о путях передачи ВИЧ, профилактических мерах, важности своевременного тестирования. С одной стороны медицинские работники не консультируют пациентов в возрасте по вопросам профилактики ИППП и ВИЧ, с другой стороны сами клиенты не обсуждают свое рискованное поведение с врачами.

Всего по РК на сегодня состоит на Д-учете 2 367 ЛЖВ старше 50 лет. Наибольшее число ЛЖВ старше 50 лет состоит на учете в городе Алматы – 455 человек. Удельный вес ЛЖВ старше 50 лет от общей диспансерной группы составляет 12%. 58% от диспансерной группы мужчины, 42% – женщины. 32% относятся к группе ЛУИН, 4% находятся в МЛС. Среди пациентов с ВИЧ старше 50 лет выше удельный вес людей в клинически продвинутых стадиях – 68% (в группе пациентов моложе 50 лет – 58%).

Особенности ВИЧ-инфекции у пациентов старше 50 лет:

– Это мужчина (58%)

– Около 60 лет (медиана)

– Длительность ВИЧ-инфекции более 6 лет (от 18 лет до 1 года)

– 3 клиническая стадия (32%)

– Получает АРТ, высокая приверженность лечению (82%)

– Уровень СД4 клеток менее 350 (73%)

– Не имеет отношения к ключевым группам населения, социально активен

– Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, ИБС, нарушение толерантности к глюкозе.

Отличие ВИЧ-инфекции от многих других болезней состоит в том, что у подавляющего большинства ВИЧ-положительных людей иммунная система не может полностью подавить размножение вируса. Из-за этой непрекращающейся войны, когда вирус размножается, а организм борется против него, иммунная система постоянно находится в состоянии повышенной боевой готовности. Ученые назвали это состояние «иммунной активацией». Иммунная активация проявляется постоянным присутствием хронического воспалительного процесса.
Не вызывает сомнений, что некоторые заболевания, связанные со старением, у ВИЧ-положительных пациентов развиваются чаще и в более раннем возрасте. Это: повышение хрупкости костей – остеопения и остеопороз, перераспределение подкожно-жировой клетчатки, сердечнососудистые заболевания, заболевания печени, заболевания почек. Пациенты принимают АРВ-препараты, некоторые из которых могут способствовать развитию остеопороза, повреждению почек, перераспределению подкожно-жировой клетчатки, повышению уровня холестерина и триглицеридов, повышению уровня сахара крови.

Далее представлены некоторые результаты исследования, проведенного на базе Центра по профилактике и борьбе со СПИД города Алматы научным коллективом КазНМУ под руководством профессора Нугмановой Ж.С. «Роль хронического воспаления и альтерации адаптивного иммунитета в патогенезе ускоренного старения при ВИЧ-инфекции». Цель исследования: изучения синдрома хрупкости среди ЛЖВ.

Материалы и методы: в исследовании участвовали 100 пациентов, им проводился ряд клинико-лабораторных исследований, инструментальные исследования плотности костей, субдоменов «сила» и «перемещение».

Средний возраст 53,4 года, средняя длительность ВИЧ-инфекции 5,8 лет, 58% в 3-4 клинических стадиях, у 60% уровень СД4 ниже 350 кл\мл, 94% на АРТ, у 46% сопутству-

ющий вирусный гепатит С, 25% перенесли туберкулез, 17% имели сифилис.

Полученные данные подтверждают, что синдром хрупкости (СХ) был весьма выражен у обследованных ЛЖВ. Оценка состояния моторного домена, определенного по скорости перемещения и силе мышц, свидетельствовала о снижении моторной функции и, следовательно, о сниженном статусе физического здоровья, что отражается на каждодневном функционировании и качестве жизни ЛЖВ. Более того, около 30% обследованных ЛЖВ имели избыточную массу тела (ИМТ более 25) и почти у 50% ВИЧ-инфицированных женщин объем талии превышал 88 см, что свидетельствует об отложении висцерального жира - фактора, ускоряющего старение. Несмотря на то, что 93 ЛЖВ получали АРТ, у 57 из них определялась 3 и 4 клинические стадии ВИЧ- инфекции и у такого же количества ЛЖВ число СД4 клеток было ниже 350 в 1 мкл крови.

Более высокая распространенность хрупкости у людей с ВИЧ по сравнению с ВИЧ-отрицательными контрольными группами, сопоставимыми по возрасту и полу, диктует необходимость «рассматривать ВИЧ инфекцию и ее лечение, как сложное хроническое состояние, взаимодействующее с возрастными изменениями, имеющимися сопутствующими состояниями и лечением этих состояний, не следует руководствоваться только такими специфическими показателями, как вирусная нагрузка и количество CD4 Т-лимфоцитов хэлперов». Необходимо учитывать также эти современные тенденции развития эпидемии при планировании медико-социальной помощи ЛЖВ.

Таким образом, проблема ВИЧ-инфекции у пожилых людей нуждается в дальнейшем исследовании и анализе для адекватного реагирования и планирования медико-социальной помощи при ВИЧ-инфекции по следующим вопросам:

1) Адекватное проведение профилактических мероприятий среди людей старшего возраста;

2) Расширение тестирования на ВИЧ среди людей старше 40 лет, в том числе по инициативе медицинских работников;

3) Расширение доступа ЛЖВ к безопасным антиретровирусным препаратам, совместимым с препаратами для лечения сопутствующих заболеваний;

4) Расширенное диспансерное наблюдение ЛЖВ старше 40 лет с вовлечением кардиолога, эндокринолога, травматолога и др. с профилактикой основных ВИЧ-несвязанных заболеваний.

Актуальные вопросы интегрированной паллиативной помощи в гериатрической практике

Абдирова Т.М.

Материал и методы. Для анализа текущей ситуации по проблеме информационный поиск проведен с использованием библиографических данных, таких как Pubmed, Medline, библиотечные каталоги и базы данных книг, Национальная академическая библиотека Республики Казахстана.

Методы исследования: 1) информационно-аналитический; 2) контент-анализ.

Объекты исследования: 1) отечественная и зарубежная медицинская литература; 2) информационные источники; 3) нормативно-правовые акты;

Результаты. В Казахстане потребность в долговременных формах помощи на дому достоверно растет с увеличением возраста (с 2 % в возрасте 60-69 лет до 28 % после 80 лет). По усредненным данным в постоянной ежедневной медицинской и социально-бытовой помощи в полном объеме (паллиативной помощи) нуждаются 4,77% людей старше 60 лет, а среди 80+ лет – каждый третий (29,3%). Среди людей в возрасте 80+ лет 62,3 % нуждаются в психологической и психотерапевтической поддержке, более 82% - постоянно принимают медикаментозные средства и нуждаются в периодической их коррекции и контроле [16, 19].

Заключение. Обзор показал, что задачи и принимаемые меры правительства Казахстана по решению проблем паллиативной медицины направлены на осуществление ряда новых экономических, социальных, медицинских, юридических и других мероприятий. Однако, в Казахстане, как и во многих центрально-азиатских странах службы по уходу за больными на дому не в полной мере интегрированы в систе-

му медицинского и социального обеспечения населения [19]. Вследствие недостаточной кооперации медицинской и социальной систем необходимые сферы деятельности в предоставлении услуг на дому развиваются независимо друг от друга.

Актуальность

Значимость исследуемой проблемы в национальном масштабе обусловлена изменениями современной демографической ситуации в РК, связанными в первую очередь с выраженными процессами старения населения. В настоящее время доля людей 65 лет и старше в нашей стране превысила 7 %, тем самым определив вхождение её в группу «стареющих» стран мира.

Демографическое старение населения в Казахстане приводит к увеличению потребности в уходе за пожилыми людьми и обеспечении их достойными условиями, продлевающими качественный период в конце жизни. В результате увеличения количества пожилых пациентов, одиноких и неизлечимо больных; постоянного роста людей с хроническими заболеваниями и когнитивными расстройствами; ограниченной возможности оказания помощи в больницах и организациях, следует ожидать значительного роста потребности в медицинской помощи, медицинском уходе, а также в социальной поддержке [1-4].

Цель и задачи исследования. Анализ текущей ситуации по оказанию паллиативной помощи в гериатрической практике в Республике Казахстан и г.Алматы

Материалы и методы исследования

Дизайн исследования. Проведен информационный поиск с использованием библиографических данных, таких как Pubmed,

Medline, библиотечные каталоги и базы данных книг, Национальная академическая библиотека Республики Казахстана.

Методы исследования:

Информационно-аналитический –для проведения: анализа проблемы по данным отечественной и зарубежной литературы; анализа нормативных актов по проблеме; анализа функционирования системы паллиативной помощи больным в гериатрической практике, анализа механизмов взаимосвязи участников оказания услуг (государственных и частных).

Контент-анализ – для анализа нормативных актов по проблеме.

Результаты и обсуждение

На сегодняшний день в стране на 17 млн. населения действует 11 различных служб паллиативной помощи, 1 самостоятельный центр паллиативной помощи, 1 больница сестринского ухода [7, 11].

Оказание паллиативной помощи отрегулировано законодательно. В Кодексе Республики Казахстан (статья 53) дается определение паллиативной помощи, разработан и утвержден порядок оказания паллиативной помощи и сестринского ухода, утвержден перечень категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу.

Нормативно-правовая база службы паллиативной помощи в Республике Казахстан представлена следующими документами:

1. Кодекс РК от 18.09.2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения» (ст. 32; 34; 53)

2. Постановление Правительства РК от 26.11.2009 г. № 1938 «Об утверждении перечня категории населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу»

3. Приказ МЗ РК от 02.11.2009 г. № 632 «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода»

4. Приказ МЗ РК от 07.04.2010 г. № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»

5. Постановление Правительства РК №366 от 29.03.2012г. утверждена Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016г.

6. Постановление Правительства РК №1222 от 20.10.2011г «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения».

7.Указ Президента РК от 29.11.2010 г. №1113 «Об утверждении государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011-2015гг», где написано:

– Совершенствование системы паллиативной помощи: создание сети организаций паллиативной помощи и сестринского ухода в том числе за счет перепрофилизации части работающих стационаров и санаторно-курортных организаций;

– Расширение сети дневных стационаров и стационаров на дому, оказывающих восстановительное лечение, медицинскую реабилитацию и паллиативную помощь;

– Пересмотр штатных нормативов организаций поэтапного восстановительного лечения, медицинской реабилитации и паллиативной помощи;

– Разработка программ обучения медицинского персонала по вопросам оказания паллиативной помощи;

– Укомплектование организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода квалифицированными кадрами;

– Разработка и внедрение в деятельность организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода протоколов ведения больных и стандартов оказания медицинской помощи;

– Создание системы целевых показателей работы организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации, паллиативной помощи и сестринского ухода, отражающих качество медицинской помощи [11, 12].

Следует отметить, что паллиативной помощи в Казахстане свой вклад вносят также и неправительственные организации как ОФ Амансаулык, ОО «Кредо». Они ежегодно выполняют социальные гранты по поддержке и развитию паллиативной помощи в РК. С 2008 года Фонд Сорос–Казахстан (ФСК) поддерживает развитие паллиативной помощи в Казахстане, финансируя проекты, нацеленные на повышение квалификации врачей и медсестер, работающих в области паллиативной медицины. Кроме того, есть Казахстанская ассоциация паллиативной помощи (с 2013 года), целью которой является консолидация усилий по:

– продвижению идеологии паллиативной помощи на всех уровнях казахстанского общества.

– разработке национального плана действий по развитию паллиативной помощи.

– участию в совершенствовании законодательства.

– содействию внедрению стандартов и медицинских протоколов.

– созданию базы данных для научно-исследовательской деятельности.

– созданию информационно-методической ресурсной базы

– представлению интересов Казахстана на международном уровне.

В то же время, следует отметить отсутствие системного подхода к организации оказания паллиативной помощи в целом и необходимость обеспечения межведомственного сотрудничества и межсекторальных программ в этой сфере с учетом всех основных потребностей паллиативного паци-

ента. Основными потребностями пожилого паллиативного пациента являются:

1. Потребность в медицинской помощи - уменьшение страданий путем эффективного обезболивания, лечения симптомов заболеваний и расстройств функций органов и систем с применением медикаментозной терапии, хирургических и других методов лечения, квалифицированного медицинского ухода в условиях, когда возможности специализированного лечения основной болезни ограничены или, с точки зрения современных научных представлений, бесперспективны.

2. Потребность в комплексе социальных услуг - социально-бытовых, психологических, социально-педагогических, социально-медицинских, юридических.

Следует отметить, что система здравоохранения в Казахстане не имеет статистических официальных данных о потребности населения в паллиативной помощи. По расчетам рабочей группы Республиканского Центра Развития Здравоохранения МЗ РК в Казахстане должно быть создано от 1250 до 4225 паллиативных коек против 349 существующих [7, 13].

Анализ общедоступных данных показал, что на сегодня основной удельный вес среди пожилых пациентов, получивших паллиативную помощь (около 80%), занимают онкологические больные. Согласно рекомендациям ВОЗ, 60 - 80% больных пожилого возраста, утративших способность к самообслуживанию, нуждаются в паллиативной помощи. Если в Казахстане ежегодно регистрируется 30 тысяч больных раком, на учете состоит около 130 тысяч больных, из которых 75 % - это люди старше 60 лет [11]. Кроме этого, по данным Всемирного банка, в ближайшие 10 - 15 лет будет наблюдаться рост потребности в паллиативной помощи еще на 20%, так же увеличится и потребность в предоставлении паллиативной помощи по месту пребывания пациента (в частности, дома) [1].

По данным Управления занятости и социальных программ города Алматы в городе Алматы проживают 221,7 тыс. людей пожилого возраста, из них: женщин – 158,1 тыс., мужчин – 63,6 тыс. Пенсионеров старше 75 лет – 57,4 тыс. чел (дорожная карта поддержки пожилого населения г.Алматы, 2018 год).

Таблица доли активных пенсионеров стран ОЭСР и продолжительности их жизни.

Страна	**Казахстан**	**Россия**	**США**	**Германия**
Город	Алматы	Москва	Нью-Йорк	Берлин
Население	1,8 млн.	11,9 млн.	8,6 млн.	3,5 млн.
Пенсионеров	0,22 млн. *(12,5%)*	3 млн. *(25%)*	0,94 млн. *(11%)*	0,64 млн. *(18,2)*
Продолжительность жизни	75,9 *(69,4)*	73,1 *(70,1)*	78,7 *(79,1)*	82,3 *(80,9)*
% активных пенсионеров	6% *(13 тыс.)*	5,2% *(156 тыс.)*	12% *(119 тыс.)*	18% *(114 тыс.)*
Средняя пенсия в USD*	219	268	1100	948**

Информация взята из официальных и открытых источников

**данные из расчета актуального среднего валютного курса на 3 марта 2018 года.*

***средняя пенсия мужчин (1206) и женщин (750)*

Общеизвестно, что меры по решению задачи по обеспечению адекватного уровня предоставления медицинских и социальных услуг связаны с анализом потребности населения пожилого возраста в различных видах помощи и их экономической затратностью, организационными моментами системности, взаимосвязи и преемственности в работе ме-

дицинских и социальных структур по оказанию услуг людям пожилого возраста, расширению видов гериатрических услуг, в том числе долговременного ухода и надомной помощи.

Большинство людей (9 из 10 опрошенных жителей Казахстана) предпочитают уход на дому, чем длительное пребывание в учреждении [16]. Уход за больными дома может поддержать и дополнить лечение, а также - при квалифицированной работе по уходу - осуществлять профилактику и реабилитацию.

Опрос проведенный в 2016 году пожилых жителей г.Алматы показал, что на вопрос «Какую форму медико-социальной помощи вы считаете для себя наиболее желательной?», 67,3% респондентов ответили «Помощь на дому» ([17]

С возрастом увеличивается количество лиц, которые пользуются медицинской помощью исключительно дома. Основными причинами, формирующими потребность такой помощи, являются физические возможности, возраст и одиночество пациента. Причем сельские жители значительно хуже обеспечены медицинской помощью на дому, чем городские, соответственно количество посещений их врачом в 3,4 раза ниже [18].

К числу надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

– организация питания, включая доставку продуктов на дом;

– помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;

– содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские учреждения;

– поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;

– содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;

– содействие в организации ритуальных услуг;

– другие надомные социальные услуги.

При обслуживании на дому социальный работник призван восполнить недостающие социальные связи и нередко становится основным, если не единственным, человеком, с которым можно поговорить по душам, обсудить интересующие вопросы. Нередко сам контакт социального работника с пожилым человеком имеет психотерапевтический подход, а направленная беседа, обсуждение наболевших вопросов имеют силу разговорной терапии.

Основными задачами социальной поддержки лиц старшего возраста являются обеспечение необходимых условий для экономического и психического благополучия, которые должны быть основаны на защите прав и повышении их материального уровня.

По данным исследований, проведенных в 2014 году в Казахстане потребность в долговременных формах помощи на дому достоверно растет с увеличением возраста (с 2 % в возрасте 60-69 лет до 28 % после 80 лет). По усредненным данным в постоянной ежедневной медицинской и социально-бытовой помощи в полном объеме (паллиативной помощи) нуждаются 4,77% людей старше 60 лет, а среди 80+ лет – каждый третий (29,3%). Среди людей в возрасте 80+ лет 62,3 % нуждаются в психологической и психотерапевтической поддержке, более 82% - постоянно принимают медикаментозные средства и нуждаются в периодической их коррекции и контроле [16, 19].

В Казахстане в 2013г., по данным ООН, относительное число самостоятельно проживающих женщин в возрасте 60 и более лет составляло 43%, а мужчин – 51% . По этим показателям Казахстан занимал промежуточное положение между европейскими и азиатскими странами СНГ+ и существенно отличался от западно-европейских стран, где почти 90% и женщин, и мужчин в возрасте 60+ лет проживали самостоятельно [1, 19].

Известно, что супруги являются первыми и главными «поставщиками» взаимных услуг по уходу. Относительное число пожилых (60+), состоящих в браке, в Казахстане мало отличается от соответствующего показателя в других странах СНГ+, а также в странах Западной Европы [21]. При этом, женщины в Казахстане, как, впрочем, и в большинстве других стран мира, несут основную нагрузку по выполнению семейных обязанностей, в том числе по уходу за членами семьи, нуждающимися в таком уходе.

Считается, что компенсировать возможный дефицит традиционного семейного ухода за нуждающимися в помощи могут формальные системы ухода. Министерством здравоохранения и социального развития Казахстана разработаны и утверждены стандарты оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения [17]. Утверждённые стандарты регламентируют оказание социальных услуг в условиях стационара, полустационара и на дому как государственными, так и негосударственными организациями.

В городе Алматы открыты несколько социальных территориальных центров. Территориальные центры социального обслуживания лиц старшего возраста – это учреждения медико-социальной помощи, с условиями временного и постоянного проживания, дневного пребывания престарелых и инвалидов, а также для обслуживания на дому одиноких престарелых.

Основными задачами территориального центра являются создание для обслуживаемых лиц благоприятных условий жизни, приближенных к домашним, предоставление социальных услуг в соответствии с государственными стандартами социального обслуживания и проведение реабилитационных мероприятий. Оказание одиноким престарелым и нетрудоспособным гражданам помощи на дому выполняют социальные работники центра. Однако удовлетворить реаль-

ную потребность территориальные центры не могут, так как число нуждающихся лиц старшего возраста в защите и помощи быстро возрастает. Следует отметить, что благодаря такой форме социальной помощи решаются две насущные проблемы: во-первых –уменьшается потребность в определении нуждающихся в дома-интернаты, мест в которых не достает, во-вторых – одинокие и старые люди не расстаются со своим домом, что имеет большое значение в поддержании их психологического состояния. Предоставляемая социальная помощь имеет разнообразный характер: организовывается оплата коммунальных услуг, обеспечивается доставка необходимых продуктов питания, а также оказывается помощь в организации необходимой медицинской помощи [19].

Обсуждение. Данный обзор показал, что задачи и принимаемые меры правительства Казахстана по решению проблем паллиативной медицины направлены на осуществление ряда новых экономических, социальных, медицинских, юридических и других мероприятий. Однако, в Казахстане, как и во многих центрально-азиатских странах службы по уходу за больными на дому не в полной мере интегрированы в систему медицинского и социального обеспечения населения [19]. Вследствие недостаточной кооперации медицинской и социальной систем необходимые сферы деятельности в предоставлении услуг на дому развиваются независимо друг от друга. Например, дефицит услуг по уходу дома отражает система подготовки медицинских сестер: их квалификация ориентирована на обслуживание больных в больницах. Вообще нет такой профессии «специалист по уходу», и не формируется система оказания услуг по уходу. Профилактические и терапевтические концепции по уходу не развиты и не практикуются, или только начинают реализовываться. Консультирование по поддержанию здоровья, информирование о действиях и проблемах ухода не в полной мере от-

носятся к основным задачам «медицинских сестер». Также у населения отсутствуют необходимые знания и навыки для активного ухода [20]. Институциональный уход за больными на дому связан с решением задач медицинской, образовательной и социальной сфер. Особенно при длительном уходе пациенты испытывают потребность в комплексной помощи. Необходимо совершенствовать вопросы взаимодействия на уровне различных ведомств и негосударственных структур, совершенствование стандартов, нормативно-правовых актов, проблем подготовки кадров для мультидисциплинарной командной формы обслуживания пожилых пациентов дома [24].

Выводы

Таким образом, совершенствование паллиативной помощи, оказываемой людям пожилого возраста, предполагает комплексное решение медико-биологических, социальных, психологических аспектов пожилого возраста, включающее:

– разработку стандартов и протоколов лечения больных, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу, в соответствии с международными требованиями;

– разработку и совершенствование протоколов диагностики, лечения и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста на основе доказательной медицины;

– разработку квалификационных стандартов, нормативов нагрузки на медицинский персонал, в том числе для социальных работников с учетом уровня организаций;

– разработку и внедрение системы оценки (индикаторов) эффективности геронтологической и гериатрической помощи;

– разработку и внедрение программы обучения по паллиативной помощи для врачей, среднего медицинского персонала и социальных работников (мультидисциплинарной команды оказания паллиативной помощи).

Литература:

1. Сидоренко А.В., Ешманова А.К., Абикулова А.К. Старение населения в Республике Казахстан. 2. Меры государственной политики. //Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. №5. С.644-651.

2. Отчёт о человеческом развитии. Старшее поколение в Казахстане: взгляд в будущее. Программа развития ООН, 2005.

3. Кульжанов М.К. //Здравоохранение Республики Казахстан в свете проводимых реформ /Openmedicalchannel.- 2006.- № 4. - 11-12с

4. SidorenkoA.Adjustingtopopulationageing:evidenceforpolicy action// PopulationHorizons. 2015. Vol.12.№ 2. P.50–61.

5. Н.А. Мовчун, В.В. Чайковская, А.К. Ешманова // Актуал. пробл. теоретич. и клинич. медицины. – 2015. – № 1 – 2. – С. 35 – 40.

6. В.В. Чайковська, Т.І. Вялих, Д.Р. Чайківська. Допомогавдома особам похилоговіку: форми і методи (оглядлітератури)./ Проблемы старения и долголетия №1-1. Том 26.2017. С.72-105.

7. Егорова Л.В., Чайковская В.В., Величко Н.Н., Вялых Т.И. Анализ потребностей и организация медико-социальной помощи людям пожилого возраста (аналитический обзор).– 2015. – № 1 – 2. – С. 41 – 49.

8. Healthata Glance 2015: OECD Indicators.Paris:OECD Publishing, 2015. Retrievedfrom: http://dx.doi.org/10.1787/health_ glance-2015-en

9. Казахстан в 2015 году. Статистический ежегодник. Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан. Астана, 2016.

10. Beyond Transition. Towards Inclusive Societies. Regional Human Development Report. Bratislava: United Nations Development Programme. Regional Bureau for Europe and CIS, 2011.

11. Козаченко Н.В. Оказание паллиативной помощи на дому / Н.В. Козаченко, Г.Ж. Кунирова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. – № 3. – С. 9 – 11.

12. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан». Режим доступа: https://strategy2050.kz/ru/page/gosprog1/.

13. KazakhstanCountryProgramEvaluation 2015, FY04–13. WorldBank, 2015.Retrievedfrom: https://open knowledge. worldbank.org/bitstream/handle/10986/23824/Kazakhstan000C0dependent0evaluation.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Республике Казахстан/ Под ред. Хакимжановой Г.Д., -Алматы, 2013, с.88..

15. World Population Prospects: The 2015 Revision, customdataacquiredviawebsite.// New York: 23United Nations. Retrieved from: http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/

16. Аканов А., Тулебаев К., Ешманова А., Чайковская В. и др. Анализ состояния и перспективы развития гериатрической помощи населению Казахстана. // Успехи геронтологии. 2014. Т. 27. №3. С. 589.

17. Ешманова А.К., Измухамбетов Т.А., Ерназарова Ж.Ш. и др. Результаты социологического опроса лиц старше 60 лет, проживающих в Медеуском районе г.Алматы. Вестник КазНМУ Т12.2016.

18. Маншарипова А.Т., Ким З.Г., Ахмад Н. Садырова Г.А., Ешманова А., Уалиева И.М. Демографические индикаторы для реабилитации возрастзависимых заболеваний. // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. –2014.-№1. –С.4-7.

19. Ешманова А.К., Абдирова Т.М. Радиационная медицина, экология и реабилитология №4 (5) 2017. С.52-57.

20. Турдалиева Б.С., Игисенова А.И., Абикулова А.К., Ешманова А.К. Егде және қарт жастағы адамдардың

қажеттілігінің медициналық – әлеуметтік мәселелері». Вестник Казахского национального медицинского университета, № 4. – Алматы, 2016. – С. 406-409. ISSN 9965-01-300-4.

21. Profiles of Ageing,2013.United Nations.http://esa.un.org/unpd/popdev/AgingProfiles2013/default.aspx

22. BussoloM., KoettlJ., SinnottE. Golden Aging. Prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia. International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 2015.

23. World Population Prospects: The 2015 Revision, custom data acquired via website.// New York: United Nations. Retrieved from: http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/ Assessed 04.10.2016.

24. J.Notter, V.Chaykovska, L.Stadnyuk. Care for older people: An International Perspective. // Adding Years. Supporting and Strenghtening Community Care for older People in the Ukraine. MATRA Project UA-NL 15174. Publishing SaxionEnschede, Deventer 2010. – P.5-10.

СЕКЦИЯ III
АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ КАК ОТВЕТ СОЦИАЛЬНЫМ КОНСТРУКТАМ СТАРОСТИ

Социальные конструкты старости. Навязанные стратегии и Модели старения: Существует ли концепция качества жизни пожилых казахстанцев?

Булуктаев Ю.О.

Социальный стереотип – относительно устойчивый и упрощенный образ социального объекта *(группы, человека, события, явления и т.п.),* складывающийся в условиях дефицита информации как результат обобщения личного опыта индивида и нередко предвзятых представлений, принятых в обществе.

Стереотип старости, сформировавшийся в том или ином обществе, является отражением положения старых *(пожилых)* людей, которые в этом обществе живут. То есть каждое общество в целом создает свой ***конструкт*** *(стереотип)* старого *(пожилого)* человека, черты которого экстраполирует затем на всю категорию пожилого и старческого населения.

Выделим два типа таких конструктов.

А) *Позитивный стереотип.* В его основе лежат ценность жизненного опыта и мудрости старых людей, потребность в уважении к ним и соответствующей опеке.

Б) *Негативный стереотип.* На старого человека смотрят как на ненужного, лишнего, бесполезного, «нахлебника», а его опыт расценивают как устаревший и неприменимый в настоящий момент.

В современном обществе, ориентированном на молодежную культуру, понятие «старость» зачастую позициони-

руется как синоним неудачи, неуспеха, потери, отсталости, консерватизма, из-за чего нередко наблюдаются негативные стереотипы отношения к пожилым. ***Старость воспринимается как непосредственная близость к смерти. Старость — завершающий этап жизни.***

Подобные социальные конструкты и стереотипы являются основой для эйджизма – дискриминации по возрасту. Эйджизм — это искусственная социальная конструкция, которая создается властными элитами в тот или иной период развития государства и общества для решения определенных задач.

Отношение к пожилым гражданам варьируется от ***безразличного к негативному.*** К примеру, в казахстанских СМИ можно встретить объявления о приеме на работу лиц не старше -35; -40; -50 лет. Многие работодатели по достижению своими работниками пенсионного возраста тут же их увольняют.

Иногда пожилых людей общество рассматривает как особую группу меньшинства в населении, имеющую более низкий социально-экономический статус, подвергающуюся различным формам дискриминации, являющуюся объектом предубеждения других слоев населения.

Парадокс сегодняшнего стереотипа пожилого человека заключается в том, что его считают достаточно старым, чтобы прекратить активную трудовую и социальную деятельность, но в то же время достаточно молодым, чтобы все свои проблемы решать самостоятельно, без помощи общества.

О Стратегиях и Моделях старения.

В современной политике в качестве наиболее адекватной **стратегии** в отношении пожилых граждан международным сообществом рассматривается *активное старение.*

Активное старение определяется Всемирной организацией здравоохранения как процесс оптимизации возможностей для физического, социального и умственного благополучия на протяжении всей жизни с целью распространения продолжительности здоровой жизни, производительности и высокого жизненного уровня на период пожилого возраста.

На наш взгляд, термин *активное старение* абсолютно некорректен, ведь никто не желает *активно стареть, в большинстве своем* пожилые люди желают долго и активно жить… поэтому здесь наиболее адекватно и продуктивно словосочетание активное долголетие, а не старение.

Именно ***активное долголетие*** может быть *(и должно быть!)* ответом на социальные конструкты *(стереотипы)* старости, ответом на вопрос *«Ожидает ли нас здоровое долголетие или, напротив, ускоренное старение?».*

Концепция ***активного долголетия*** заложена в основу Мадридского плана в 2002 году. Ведь в старении страшен не сам процесс, а то, что оно сопровождается болезнями. Ещё в прошлом веке учёные установили, что 85 из 100 пожилых умирают от десяти одних и тех же болезней. Это в первую очередь ожирение, атеросклероз, гипертония, сахарный диабет, гиперадаптоз, психическая депрессия, метаболическая иммунодепрессия, рак, климакс и аутоиммунные заболевания. А концепция активного долголетия подразумевает оздоровление пожилых граждан, их, условно говоря, санацию. И Мадридский план предусматривает именно такие мероприятия.

Можно ли «отодвинуть» старение? Сегодня ученые бьются не над проблемой бессмертия *(это невозможно)*, а прежде всего над проблемой ***активного*** долголетия.

По данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека *(равно как и продолжительность жизни)* зависит от следующих факторов:

– *наследственность – 20%,*
– *состояние окружающей среды – 20%,*
– *уровень развития медицины – 10%,*
– ***образ жизни – 50%.***

Как видим, здоровье человека на 50% зависит от его образа жизни. Таким образом, прав французский ученый А. Дастр, который писал: ***«Искусство продления жизни – это искусство не сокращать ее».***

Некоторые ученые считают, что здесь важен психологический аспект старения. В «активном долголетии» можно выделить 5 видов активности: Трудовая, Социальная, Физическая, Культурная, Досуговая.

Доказано, что пожилые люди, интегрированные в общество и чувствующие свою «нужность», доживают до 90 и выше. Люди на востоке живут дольше, потому что сильно заняты в воспитании детей и в целом социально активны. В Японии, например, нет домов престарелых. В восточной культуре возраст – это достижение.

Согласно исследованиям, активная умственная деятельность также продлевает жизнь – среди нобелевских лауреатов 16,67% старше 90 лет, среди академиков РАН (Российской Академии наук) – 7,51% 90-летних, а среди обычных американцев таковых всего 0, 15%. В группу долгожителей попадают и дирижеры – 12,12%. (2).

Достижимость долголетия определяется целой совокупностью факторов. Это материальная обеспеченность, состояние здоровья, личный потенциал, благоприятная среда, обладающие при этом собственными показателями (индикаторами).

В зависимости от условий для активного долголетия, существующих в каждой стране, формируется и тип **стратегии (модели)** старения:

– продолжение допенсионного образа жизни с сохранением установок активного трудоспособного возраста;

– доживание, связанное со спадом активности во всех (или, как минимум, общественно значимых) сферах жизни, отсутствием новых перспектив, часто – общим падением интереса к жизни, переориентацией внимания на текущие вопросы жизнеобеспечения и поддержания здоровья и/или на интересы детей и внуков;

– переориентация на социальную и личностную реализацию в новых сферах жизни.

Для Казахстана разработка политики по созданию условий для активного долголетия – это важная составляющая стратегии будущего страны. В июне 2017 года в Астане на II Евразийском съезде геронтологов было объявлено, что средняя продолжительность жизни в Казахстане превысила 72 года. Государственный секретарь Республики Казахстан Гульшара Абдыкаликова подчеркнула, что Нурсултан Назарбаев назвал этот достигнутый уровень продолжительности жизни нашим главным достижением. Она же отметила, что в Казахстане за период с 2012 по 2016 годы удельный вес населения старше 60-ти лет увеличился с менее чем 7%, до почти 12%. (1).

За годы независимости в некоторых городах республики отмечались интересные инициативы и начинания по оздоровлению населения, появляются ресурсные площадки для продвижения концепта активного долголетия. Например, по г.Алматы можно привести различные примеры актуализации темы старения населения, которые можно найти в деятельности *«Совета ветеранов ВОВ, тружеников тыла и детей войны», «Центра оказания специальных социальных услуг №1», «Социального жилого дома для одиноких пенсионеров, инвалидов, одиноких супружеских и семейных пар пенсионного возраста», «Алматинского городского дома ветеранов»* и иных организаций.

Однако проблема заключается в том, что из-за отсутствия системной работы в этом направлении все инициативы, пла-

ны и мероприятия выглядят как неконсолидированные, разрозненные, автономные усилия заинтересованных сил, лиц и организаций. В большинстве своем они не фокусируются на проблемах пожилых людей, то есть вопросы старения заранее предписываются к разряду *«в том числе»*.

В целом, по состоянию на сегодняшний день в стране нет полноценной государственной политики в этих вопросах.

С точки зрения социальных выплат государство совершает определённые шаги, помогая старикам. Но проблема старения гораздо глубже, и кроется она в **отсутствии концепции** качества жизни пожилых казахстанцев.

Между тем, в этом вопросе не надо изобретать ничего нового: во всех цивилизованных странах принят Мадридский план. Данный документ представляет собой полную разработку и описание политики государства в отношении стареющего населения. Принятый в 2002 году Мадридский международный план действий по проблемам старения формулирует основную цель действий в области старения, и эта цель универсальна для любого общества, для любой страны: «гарантировать каждому пожилому человеку безопасную и достойную старость вместе с возможностью продолжать участвовать в жизни общества в качестве полноправного гражданина».

Попытки принять, или хотя бы одобрить Мадридский план в Казахстане предпринимались депутатами нижней палаты парламента РК, однако все осталось на уровне обсуждений. Дважды *(в 2005 году и в 2016 году)* материалы слушаний мажилисменами были приняты как бы *«к сведению»*.

Получается, что не только массовое, но и сознание казахстанской управленческой элиты, в условиях отсутствия соответствующего правового, информационного и воспитательного поля склонно пренебрегать возрастом. Причем парадокс в том, что те, кто им пренебрегает, через 20-30 лет будут так же пренебрегаемы.

Выводы: Каждое общество создает свой стереотип старости. Социальные стереотипы могут иметь как положительное, так и отрицательное значение. Они могут приводить к ошибочным знаниям и деформации межличностного взаимодействия. Чтобы не допустить этого, необходимо анализировать каждую конкретную ситуацию.

Сложившиеся стереотипы, в свою очередь, влияют на мироощущение пожилых людей: активная старость начинает восприниматься как исключение, пассивная и болезненная – как норма.

Несмотря на глобальность процесса старения, для решения новых задач необходимы новая политика, новые стратегии и новые подходы не только на национальном, но и на региональном уровне. ***Поддержка пожилых людей*** должна стать одним из активно развивающихся направлений социальной политики в Казахстане.

Возможности и способности пожилых людей приносить материальные и духовные блага обществу и тем более стать определенным фактором его развития зависят от того, готово ли общество изменить стереотипное отношение к пожилым людям и социально защитить их.

При соответствующем отношении к пожилым людям со стороны государства, общественных и других объединений и организаций, общества в целом их жизнь может быть достаточно полноценной.

1 октября в Международный день пожилых людей спецдокладчик ООН по правам пожилых людей Роза Корнфелд-Матте отметила: «Молодежь и те, кто сегодня находится у власти, должны помнить о том, что они тоже состарятся, сегодня в их силах создать такие условия жизни для пожилых людей, которые они желают для себя в будущем». (3).

Реагируя на новые вызовы времени, Правительству РК необходимо сформировать и реализовать ***Стратегию*** действий

в интересах граждан пожилого возраста, где будут сформулированы основные принципы и важнейшие направления государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения на период до 2025 *(к примеру)* года.

Литература:

1. «Ак Орда», 22 июня 2017.
2. http://vechnayamolodost.ru/articles/prodlenie-molodosti/starenie-mozhno-vyklyuchit/
3. КазТАГ. 1 октября 2018.

Общее состояние проблемы помощи пожилым в современном обществе и организация медико-социальной работы с лицами пожилого и старческого возраста в Республике Казахстан

Байсултанова А.Ш.

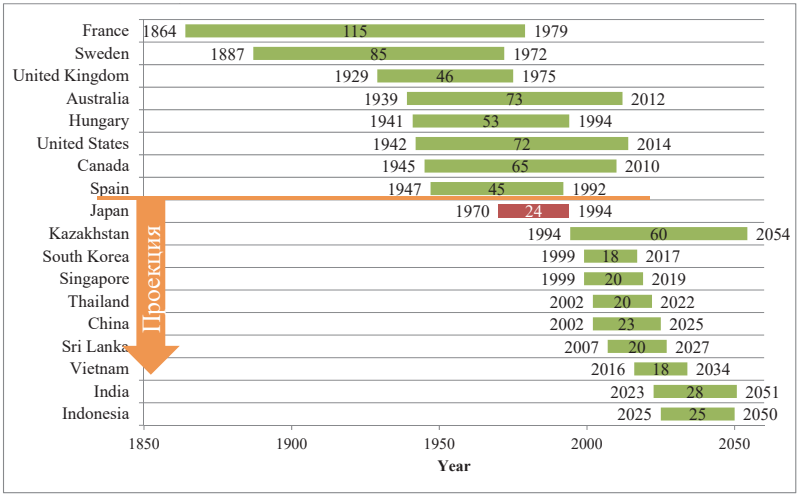
Увеличение продолжительности здоровой жизни населения является абсолютной необходимостью для благополучия современного государства. Как известно, по показателю средней продолжительности жизни Казахстан пока уступает многим странам мира. Современное состояние возрастной структуры населения Казахстана свидетельствует о том, что республика перешагнула порог старения, Казахстан относится к «старым» странам. Вхождение Казахстана в состав 50 развитых государств мира требует пересмотра существующего взгляда на проблему старения населения.

Согласно анализу, проведенному ООН, государство становится «старым», когда пропорция пожилого населения превышает 7%. По имеющимся прогнозам Агентства РК по статистике, доля пожилых людей в республике увеличится к 2020 году до 11,1–11,9 % процента, а к 2050 году может возрасти до 14 % процентов.

В период между 2000г. и 2050 г., доля населения мира в возрасте более 60 лет удвоится, - с 11% до 22%. Абсолютная численность лиц в возрасте 60 лет и старше увеличилась на 910 миллионов в 2017 году, к 2030 году - до 1,4 миллиарда, к 2050 году – до 2,1 миллиарда, и может достигнуть 3,2 миллиарда в 2100 году. К 2050 году в Европе будет проживать около 34% населения контингента в возрасте свыше 60 лет; в Латинской Америке, в странах Карибского бассейна и в Азии около 25%; и хотя в Африке проживает самая молодая часть населения из всех крупных районов, здесь также прогнози-

руется стремительное старение населения, когда процентная доля лиц в возрасте 60 лет или старше возрастет с 5% до 9% к 2050 году. Более того, пожилые люди будут во все большей степени сосредоточены в менее развитых в экономическом отношении регионах.

Таблица 1. Скорость старения (годы, показатели старения возросли с 7% до 14%).

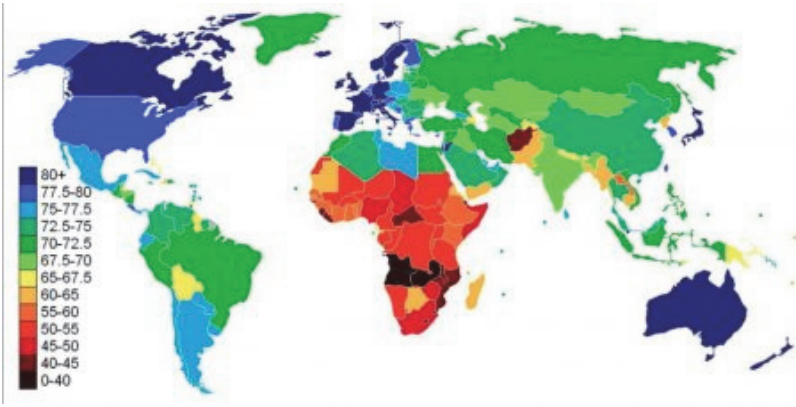


(Примечание: год слева от показателя обозначает год, в котором доля населения в возрасте 65 лет и старше (показатель старения) достиг 7%; число справа от показателя обозначает год, когда показатель старения достиг14%. Цифры на строке обозначают годы, необходимые для этого роста).

Продолжительность жизни в разных странах мира – это показатель развитости страны, её благосостояния и системы здравоохранения. Обычно государства с высокой продолжительностью жизни характеризуются хорошо поставленной системой социального обеспечения и страхования. В первую

очередь людям преклонного возраста требуется финансовая помощь государства, а развитые страны способны обеспечить более старшее поколение необходимыми пенсионными выплатами и дотациями. Также на среднюю продолжительность жизни влияет образ жизни людей, качество их питания и приверженность к здоровому образу жизни.

Таблица 2. Рейтинг государств с высокой продолжительностью жизни в мире в 2018 году:



1.Первенство в рейтинге принадлежит Гонконгу, продолжительность жизни людей 83,73 лет.

2.Второе место занимает Япония, продолжительность жизни 83,3 года.

3.Италия, продолжительность жизни 82,84 лет.

4.Швейцария, продолжительность жизни 82,66 года.

5.Сингапур, продолжительность жизни 82,64 года.

6.Исландия, продолжительность жизни 82,3 года.

7.Королевство Испания, продолжительность жизни 82, 27 года.

8.Австралия, продолжительность жизни 82,09 лет.

9.Израиль, продолжительность жизни 82,07 лет.

10. Швеция, продолжительность жизни 81,93 года.

Рейтинг стран с самой **низкой** продолжительностью жизни:

1. Первое место занимает Центральноафриканская Республика с показателем в 45 лет. В стране низкий уровень медицины, также большая часть жителей государства подвергаются таким болезням, как ВИЧ-инфекция и малярия.

2.Лесото, продолжительность жизни 46 лет.

3.Сьерра-Леоне, продолжительность жизни 46 лет.

5. Замбия, продолжительность жизни 46 лет.

6. Афганистан, продолжительность жизни 47 лет.

7. Свазиленд, продолжительность жизни 47 лет. Страна с 26% населения, заражённым ВИЧ-инфекцией, от этого недуга умирает большая часть жителей Свазиленда. Вторым смертельным заболеванием является туберкулез, который ежегодно забирает жизни 18% населения.

8. Конго, продолжительность жизни 47 лет.

9.Мозамбик, продолжительность жизни 48 лет.

10.Бурунди продолжительность жизни 48 лет.

Старение общества – это общемировая тенденция. Ожидаемая (при рождении) продолжительность жизни — один из основных индикаторов качества системы здравоохранения в критериях оценки Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Одной из задач ООН и ВОЗ является содействие разработке мероприятий по охране здоровья и социальной защите пожилых людей. Поэтому в ООН был организован отдел по старению, а в ВОЗ — отдел по старению и здоровью.

В Казахстане на сегодняшний день количество пожилых людей в Республике более 2 млн. человек. Средняя продолжительность жизни превысила 72,5 года.

Таблица 3. Прогнозная численность населения РК до 2030 года по отдельным возрастным группам (Источник: прогноз АО «ИЭИ»)

Годы	Численность населения, человек	В том числе			Доля в %		
		0-15 лет	16-62 (57) лет	63 (58) и старше	0-15 лет	16-62(57) лет	63(58) и старше
2020 г.	18596568	5601723	10791078	2203767	30,1%	58,0%	11,9%
2030 г.	20313981	5718428	11759485	2836068	28,2%	57,9%	14,0%

Таблица 4. Коэффициенты для анализа демографической ситуации

Годы	Коэффициент демографической нагрузки, в промиллях (на 1000 человек)	Коэффициент потенциального замещения, в промиллях (на 1000 человек)	Коэффициент пенсионной нагрузки, в промиллях (на 1000 человек)	Коэффициент пенсионной поддержки, в промиллях (на 1000 человек)
2012 г	579	420	160	6264
2018 г	690	499	191	5230
2024 г	756	530	227	4412
2030 г	727	486	241	4146

По прогнозам Агентства РК по статистике, к 2020 году численность населения увеличится до 18 596 568 человек, из них: количество населения в возрасте от 0-15 лет составит 5 601 723 чел., от 16-62 лет (работоспособного возраста) – 10 791 078 чел. К 2030 году численность населения увеличится до 20 313 981 человек, из них: количество населения в возрасте от 0-15 лет составит 5 718 428 чел., от 16-62 лет (работоспособного возраста) – 11 759 485 чел. Доля пожилых

людей увеличится к 2030 году до 13 % процента, а к 2050 году может возрасти до 14% процентов.

Таблица 5. Портрет пожилого казахстанца

Наименование	женщины	мужчины
Средняя продолжительность жизни по Казахстану	**75 лет**	**65 лет**
Средняя продолжительность жизни у городского населения	75 лет	65 лет
Средняя продолжительность жизни у сельского населения	74 года	66 лет
Общее количество пенсионеров в стране	1.2 млн.	503,3 тысяч
Количество казахстанцев «85+»	54,6 тысяч	17,7 тысяч
Самый благоприятный город (по показателям продолжительности жизни)	Алматы (77 лет)	Астана (70лет)

Старение населения порождает множество социально-экономических, медицинских и морально-этических проблем и требует структурных преобразований в здравоохранении.

Демографическое старение населения требует активной медико-социальной поддержки со стороны государства и общества, поэтому одной из стратегических задач для страны является необходимость создания устойчивой среды в современном обществе.

Для улучшения качества жизни пожилых людей, для продуктивного, качественного и активного долголетия необходимы: безбарьерная среда, доступность медицинской помощи, защита доходов.

Таблица 6. Улучшение качества жизни пожилых людей

Современные подходы к данной проблеме предусматривают полную реорганизацию и дальнейшее совершенствование службы на основе внедрения надлежащей методологии и надлежащего дизайна научных исследований в области старения и антистарения. Требуется создание Программы системных вмешательств в ключевых точках процессов старения и антистарения организма человека и возможной эффективной коррекции их течения, разработка интегральных биомаркеров качественного долголетия.

Необходима разработка и принятие Национального плана действий по вопросам старения и здоровья населения в РК, в рамках реализации Международного Мадридского плана действий по старению (принят в 2002 году). В качестве

одной из приоритетных задач Национального плана необходимо четко обозначить пути формирования современного общества, благоприятного для всех возрастов. Для реализации Стратегии следует привлекать бизнес-сообщество, совершенствовать информационное поле для информирования о проводимых мероприятиях и проектах. Приоритетным направлением должно быть: здоровое старение и активное долголетие; участие пожилых людей в общественной жизни и на рынке труда, поддержание и восстановление их ментального здоровья.

Литература:

1. Назарбаев Университет. Центр наук о жизни. Качество жизни здоровья и долголетия. Астана, 2011- 2008 с.

2. Кушкин А.А.«Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции» М., 2008;

3.АнисимовВ.Н. «Молекулярные и физиологические механизмы старения»,

1-2 том, С-П.,2011;

4. Всемирный доклад ВОЗ «О старении и здоровье населения мира». Женева, 2015г.

5. Congress:Aging Asiaand the Pacific Developing long-term care systems and effective Responses,Manila, Philippines, June 2017.

6. Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2019 годы».

Актуальные потребности современного пенсионера на примере города Алматы

Аканова А.А.

Согласно прогнозам ВОЗ, доля людей в возрасте 60 лет и старше в общей численности населения, увеличится с 11% в 2014 году до 25% в 2050 году [1]. Доля людей пожилого и старческого возраста в общей численности населения Казахстана постоянно возрастает на фоне выраженных миграционных процессов в более молодых возрастных группах [2]. Учитывая вышеобозначенные тенденции постарения населения, возникает необходимость в развитии качественной социальной поддержки пожилого населения. Социальная поддержка старшего поколения – одно из ведущих направлений повышения продолжительности жизни, а значит, и решения социально-демографических проблем.

Согласно официальной статистике, в Казахстане насчитывается 2 миллиона 140 тысяч 117 лиц пенсионного возраста [3]. В городе Алматы проживают 221,7 тыс. людей пожилого возраста, из них: женщин – 158,1 тыс., мужчин – 63,6 тыс. Пенсионеров старше 75 лет – 57,4 тыс. чел., участников ВОВ - 291 чел., инвалидов ВОВ – 117 чел. [3].

Известно, что изменение социального статуса, связанного с прекращением или ограничением трудовой и общественной деятельности, образа жизни и общения, появлением затруднений в социально-бытовой сфере, и возникновением необходимости психологической адаптации к новым условиям, порождает у пожилых серьезные проблемы [4]. После выхода на пенсию у старшего поколения наблюдается дефицит общения, утрата активных социальных связей, в то время как образовательные потребности в большинстве случаев не снижаются, а иногда и возрастают. Исходя из этого, фор-

мируется необходимость развития системы образовательной и социокультурной реабилитации граждан пожилого возраста через сохранение и развитие их физического, творческого, интеллектуального потенциала, позволяющей оказать пожилым людям психологическую поддержку, дать возможность почувствовать себя востребованными и активно вовлеченными в жизнь социума, таким образом улучшить качество жизни лиц пенсионного возраста.

В этих условиях становится значимой работа по повышению продолжительности фазы «активной старости», увеличению роли пожилых людей в общественной жизни. Одним из актуальных вопросов на сегодняшний день является доступность и качество социальных услуг для старшего поколения города Алматы. В городе Алматы проживает достаточное количество пожилых людей старше 60 лет, поэтому актуальным является организация мест для проведения их досуга. Решением этого вопроса может быть эффективная работа «Центра активного долголетия», который будет обладать достаточными ресурсами для активизации работы по привлечению пенсионеров к общественной деятельности, развитию познавательной и творческой активности, оздоровительным и спортивным занятиям. Деятельность Центра создаст условия для активного и качественного долголетия лиц пенсионного возраста.

В рамках выполнения Дорожной карты «Активное долголетие», Общественным Фондом «Kumis Khasyr» совместно с Управлением занятости и социальных программ города Алматы, был открыт «Центр активного долголетия», целью которого является создание инфраструктуры для системной культурно-досуговой работы, направленной на повышение качества жизни граждан старшего поколения г. Алматы, содействие их вовлечению в активную интеллектуальную, творческую, общественную деятельность.

Основные задачи проекта:

1) повышение доступности социальных услуг для граждан пожилого возраста;

2) повышение качества и расширение перечня предоставляемых социальных услуг социального обслуживания пожилых людей;

3) создание условий для активного долголетия, развитие различных форм клубной работы, социального туризма для пожилых граждан;

4) утверждение позитивного отношения к старости и пожилым людям как уважаемым и активным членам общества.

Этап разработки

Следует отметить, что данный проект является пилотным для Казахстана, поэтому на этапе дизайна был проведен предварительный анализ потребностей и интересов пенсионеров по 8 районам города Алматы.

Как видно из Рисунка 1, 66% респондентов отметили скандинавскую ходьбу, 25 % отметили лечебный массаж, 21 % отметили экологические туры по городу Алматы и 19% отметили желание заниматься адаптивной лечебной физической культурой. Следует отметить, что так называемые «Школы здоровья», направленные на увеличение уровня грамотности пожилого человека о здоровье, вызвали интерес лишь у 12%. Кроме того, диетотерапию и волонтерство среди пенсионеров отметили лишь 4% и 3% соответственно.

Рисунок 1. Результаты предварительного анализа потребностей пенсионеров по городу Алматы за период май-июнь по 8 районам города Алматы, общее количество человек-1000.

Таким образом, с учетом вышеописанных данных, ОФ «KUMIS KHASYR», т.е. команда, состоящая из врача-гериатра, медсестры, психолога, социального работника, юриста, культорганизатора, с целью оказания интегральной многокомпонентной социальной поддержки пожилого человека, разработала программу на основе мультидисциплинарного подхода.

К примеру, на базе Центра Активного Долголетия оказывается следующий пакет услуг:

– Социально-психологические.
– Социально-правовые.
– Социально-досуговые.

– Социально-педагогические и интеллектуальные.
– Социально-медицинские.
– Социально-бытовые.
– Социально-экономические.

Таким образом, услугополучатель, или пенсионер, получает такие услуги, как: «Организация социального сопровождения пожилого человека в целях защиты прав, законных интересов пожилых. Правовой блок»; «Краткосрочное кризисное консультирование пожилых людей. Психологический блок»; «Психологическо-педагогическое сопровождение пожилых в образовательном и социальном пространстве»; «Групповая психологическая работа с пожилыми, склонными к депрессии, агрессии (управление негативными эмоциями); «Социализация пожилых»; «Профилактика депрессий, ангедонии у пожилых»; «Социальные сети»; «Школа Полиглот»; «Қарттарым Алтын Қазынам»; «Антистресс»; «Здоровый образ жизни аксакала»; «Связь поколений»; «Школа Handmade»; «Мой активный досуг»; «Посиделки с рукоделием»; «Мир современной литературы и кино».

Результаты.

Так как на этапе разработки, основными критериями оценки эффективности реализации проекта были посещаемость Центра людьми пожилого возраста и их отзывы, мы проанализировали общий охват и посещаемость ЦАД за период с июля по сентябрь включительно. Как видно из Рисунка 2, за период с июля по сентябрь включительно было отмечено 4342 посещения по разным услугам. В соответствии с предварительными ожиданиями, социально-оздоровительные услуги, такие как скандинавская ходьба, йога, айкуне пользуются наиболее высоким спросом, 14,5%, 11,5% и 10,5% соответственно. Кроме того, 5,2% пенсионеров были вывезены в экскурсионные туры по городу Алматы. Занятия по адаптивной физкультуре, посетило всего 1,7% услугополучателей, хотя, согласно предвари-

тельному анализу, ожидалось большее количество пенсионеров. Как видно из рисунка 2, 9,2 % услугополучателям были оказаны психологические услуги, такие как индивидуальные и групповые тренинги (См. Рисунок 2).

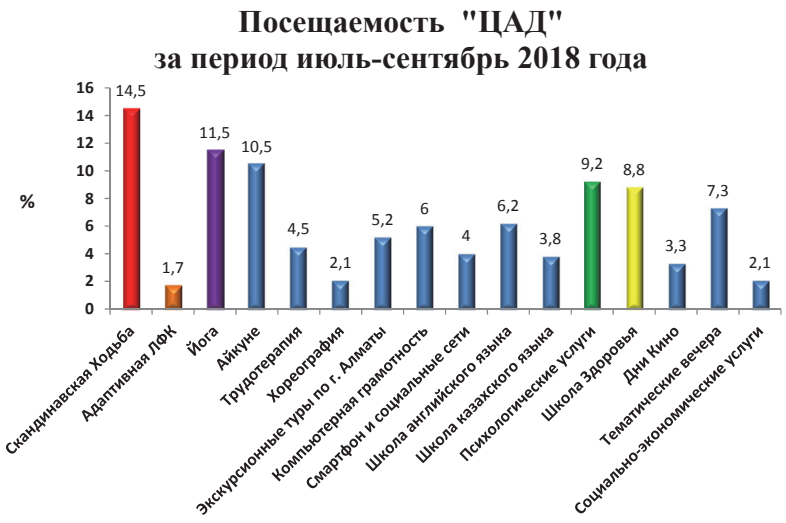


Рисунок 2. Анализ посещаемости ЦАД за период июль-сентябрь 2018 года. Общий охват 4242 посещения за вышеуказанный период времени

Кроме того, по результатам обратного анкетирования 500 человек было выявлено, что большинство респондентов отметило улучшение общего состояния здоровья. Как видно из рисунка 3, 80% респондентов отметило улучшение эмоционального фона. 76% пенсионеров отметило улучшение подвижности, 68% отметило улучшение общего состояния здоровья, 52% отметило уменьшение боли. Всего лишь 37% отметило увеличение уровня грамотности (обучение компьютерной грамотности), это мо-

жет быть связано с тем, что курсы обучения и оказания услуг длятся один месяц. 67% респондентов отметили в качестве одного из положительных пунктов улучшения качества жизни новые знакомства, что свидетельствует о том, что площадки типа ЦАД являются потенциальными платформами для ресоциализации пенсионеров и, соответственно, их вовлечения в активную жизнь (Смотреть Рисунок 3).

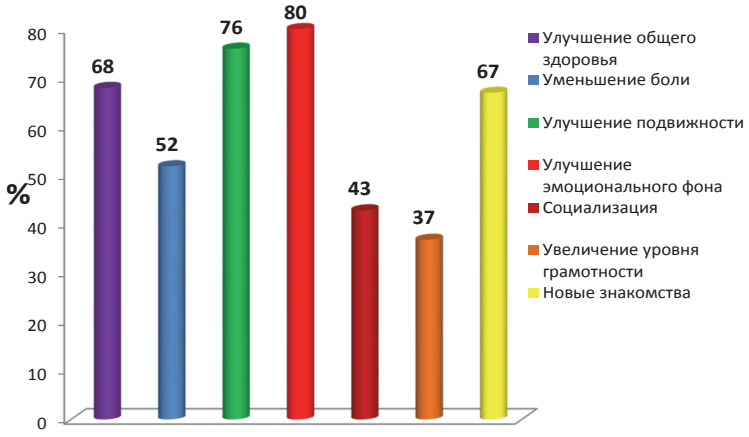


Рисунок 3. Результаты обратной связи с услугополучателями ЦАД. Общее количество респондентов- 500 человек.

Выводы.

Вышеприведенные данные свидетельствуют об актуальности и востребованности таких интерактивных площадок как ЦАД. Однако, учитывая пилотный характер проекта, возможно, имеет смысл увеличивать продолжительность периода получения услуг, или программ, до 2 или 3 месяцев при дальнейшей пролонгации проекта. Кроме того, по ожидаемым расчетам была запланирована пропускная способность центра на 75 человек в день, однако, согласно фактической

регистрации услугополучателей на мероприятия ЦАД, ежедневная посещаемость составила 120-150 человек в день. Это свидетельствует о том, что существует острая необходимость в дальнейшем внедрении таких программ на общегородском уровне.

Проведение работы, ориентированной на укрепление здоровья и продление активного долголетия людей преклонного возраста с использованием метода адаптивной лечебной физкультуры, скандинавской ходьбы; проведение курса лекций, направленных на пропаганду здорового образа жизни, повышению информированности о резервных возможностях организма и их использование, повышению сопротивляемости организма к стрессовым ситуациям и их снятие; консультации медицинского работника в пределах оказания доврачебной помощи, укрепление здоровья путем проведения оздоровительных немедикаментозных мероприятий, - способствует не только сохранению, но и продлению жизненно важных временных циклов активного долголетия.

Литература:

1. World Population Ageing 2015// United Nations, Department of Economic and

Social Affairs, Population Division - New York, 2015. - p.164

2. Bloom, D.E., E. Jimenez and L. Rosenberg (2011). Social protection of older people. Harvard Program on the Global Demography of Aging, Working Paper No. 83. - 2014

3. Демографическое развитие Казахстана: состояние и перспективы, Информационно-аналитический центр, Экспертная оценка, 23.02.2009

4. Genaro G. Ortiz, Elva D. Arias-Merino et al. Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in theMetropolitan Area of Guadalajara,Mexico. // Hindawi Publishing Corporation. Current Gerontology and Geriatrics Research.Volume 2012, Article ID 175019, 6 pages

Актуальные потребности современного пенсионера на примере города Алматы

Ешманова А.К.

Центр дневного пребывания для лиц пенсионного возраста был открыт на основе государственного заказа Управления занятости и социальных программ города Алматы в рамках реализации Дорожной карты «Активное долголетие». Исполнитель государственного заказа - Общественный Фонд «Kumis Khasyr» с мультидисциплинарной командой (врач, медсестра, психолог, социальный работник, юрист и др.) при взаимодействии с региональными Отделами труда и социальной защиты г.Алматы, государственными и негосударственными учреждениями, учреждениями образования.

Цель: Научить, показать, выработать навыки по поддержке активного состояния здоровья лиц пенсионного возраста г.Алматы, оказать содействие вовлечению граждан старшего поколения в активную интеллектуальную, творческую, общественную деятельность.

Задачи: Оказание услуг в условиях дневного пребывания: социально-медицинские, социально-психологические, социально-трудовые, социально-культурные, социально-правовые услуги; обеспечение полноценного питания, включая диетическое, в соответствии с нормами питания для пожилых людей, страдающих сахарным диабетом 2 типа в стадии компенсации и пожилых людей с легкими когнитивными нарушениями.

Основные целевые группы, на которые направлен проект:

Старшее поколение - Пожилые жители пенсионного возраста г. Алматы старше 60 лет, страдающие сахарным диабетом 2 типа в стадии компенсации, а также пожилые люди с легкими когнитивными нарушениями.

Программа социально-оздоровительных услуг включает укрепление здоровья людей преклонного возраста путем проведения оздоровительных немедикаментозных мероприятий с использованием метода адаптивной лечебной физкультуры, а также диетического питания в соответствии с нормами питания.

Социальные услуги включают проведение благотворительных акций, культурно-массовых мероприятий для пожилых людей и ветеранов, развитие как молодежного, так и пожилого Волонтерского корпуса в отношении людей пенсионного возраста г.Алматы, создание условий преемственности поколений на базе Центра, социальных клубов и молодежных учреждений путём совместной деятельности.

Социально-психологические услуги включают проведение социально-психологических тренингов для группы и индивидуальных консультаций, психологическое обследование личности, мастер-классы по геронтопсихологии.

Социально-правовые услуги включают консультации по правам пожилых людей.

Социально-досуговые услуги включают организацию досуга и праздников для услугополучателей, посещение музеев и других культурно-досуговых мероприятий, проведение познавательных экологических туров, трудотерапию.

Ожидаемые результаты:

Повышение уровня социальной интеграции пожилых людей в общество.

Привлечение внимания населения, социальных работников, государственных структур к проблемам пожилых людей.

Преемственность поколений, духовно-нравственное воспитание подрастающего поколения.

Удовлетворение познавательно-образовательных потребностей пенсионеров.

Развитие творческой активности пенсионеров.

Создание спортивных групп здорового образа жизни и активного долголетия пожилых людей, клубов, объединений для занятий творчеством.

Создание волонтёрских отрядов по оказанию помощи людям пожилого возраста.

Вовлечение государственных учреждений и предприятий, структур гражданского сектора и бизнес-среды в проведение мероприятий

Литература:

1. http://lenta.inform.kz/ru/poslanie-v-deystvii-kak-v-almaty-organizovali-dosug-dlya-pensionerov_a3437192
2. https://egemen.kz/article/176721-qarttardy-qoldaugha-arnalghan-ayryqsha-zhoba
3. https://egemen.kz/article/176721-qarttardy-qoldaugha-arnalghan-ayryqsha-zhoba

Особенности сестринского ухода за лицами пожилого и старшего возраста

Елемисова А.Н.

В целях реализации Указа Президента РК №176 от 15.01.2016 г. «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2019 годы» и Постановления правительства РК № 143 от 16.03.2016 года «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2019 годы», управлением здравоохранения разработан Региональный план реализации Госпрограммы «Денсаулык» на 2016-2019 годы по Западно-Казахстанской области.

Реализация плана мероприятий направлена на укрепление здоровья населения и обеспечение устойчивого социально-экономического развития региона с достижением ожидаемой продолжительности жизни населения к 2019 году - 73 лет. Роль здравоохранения в социальном благополучии общества сложно переоценить, поэтому этим вопросам постоянно уделяется пристальное внимание, где старение рассматривается как понятие «геронтология», которое характеризуется возрастными изменениями в организме человека, изменениями его функциональных возможностей.

В настоящее время в Западно-Казахстанской области лица пожилого возраста составляют 13% от количества всего населения, при этом по прогнозным оценкам, эта цифра увеличится к 2020 году до 14%. Численность населения в ЗКО – 649789 чел., количество пожилых людей - 86604, из них пожилые люди с 65-75 лет - 60623, лиц старческого возраста с 76-89 лет -24736, старше 90 лет (долгожители) -1243, участников ВОВ-92.

В целях реализации приказа МЗСР РК №822 от 23.10.2015г «Об утверждении Стандарта организации гериатрической и геронтологической помощи в Республике Казахстан» по ЗКО в 2016 году 9 человек прошли переподготовку врачей по циклу «Гериатрия». На сегодняшний день в 6-ти городских поликлиниках, Бурлинской и Зеленовской районных поликлиниках работают геронтологи, и при управлении здравоохранения работает областной геронтолог. Также при городских поликлиниках созданы кабинеты, которые осуществляют лечебно-консультативную помощь по медицинскому обслуживанию инвалидов и участников ВОВ.

В поликлиниках, согласно приказу МЗ РК № 630 « Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг области здравоохранения», с 2011 года работают социальные работники и психологи, которые оказывают социально - психологическую помощь больным с тяжелыми заболеваниями, имеющим ограничения в подвижности, и одиноким пожилым людям. На сегодняшний день в медицинских учреждениях ЗКО работают 196 социальных работников и 100 психологов, которые оказывают консультативную помощь пожилым гражданам. Осуществляется взаимодействие с органами и учреждениями социальной защиты по оказанию лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп и инвалидам.

Одним из методов оказания медицинской помощи пожилым людям является посещение ими школ пожилых людей, которые работают при поликлиниках города и районов, где проводятся лекции, беседы на медицинские темы врачами всех специальностей, а также психологические тренинги и занятия лечебной физкультуры. В поликлиниках работают 24 школы пожилых людей, за 9 месяцев текущего года посетили школу 13465 пожилых людей.

Для реабилитации пожилых людей в ЗКО функционируют: отделение сестринского ухода в Теректинской, Зеленовской, Сырымской центральных районных больницах, областной многопрофильной больнице, областном центре психического здоровья. В настоящее время по области работают 20 реабилитологов. С 2010 года функционирует реабилитационный центр в с. Жангала ГККП «Ауданарылық сауықтыру ауруханасы» оңалту орталығы» на 100 коек. Центр оснащен новым современным медицинским оборудованием и аппаратурой для коррекции нарушенных функций опорно-двигательной, неврологической и эндокринологической систем. Центр имеет следующие структурные подразделения: терапевтическое отделение, неврологическое отделение, физиотерапевтическое отделение (медицинская реабилитация, восстановительное лечение, ЛФК, мануальная терапия, массаж). Ежегодно в реабилитационном центре медицинскую реабилитацию получают 2250 человек. За 9 месяцев 2018г. прошли реабилитацию 1544 пациентов, из них пожилых людей - 862 чел.

Оснащенность Центра медицинским оборудованием: ЛФК, Кислородный коктейль, душ “Шарко”, Циркулярный душ, Солевая ванна, Грязелечение, Парафинотерапия, Солевая шахта, Аппарат для ультразвукового лечения; Аппарат диадинамические токи (ДДТ), Аппарат “Стимул”, Аппарат “Амплипульс”, Аппарат “Искра” ; Аппарат “Полюс”; ЭКГ 12 канальный; Многофункциональный тренажер для восстановительного лечения верхних конечностей; Тренажер ходьбы (беговая дорожка); Аппарат УЗИ; спирограф; Аппарат для лазеротерапии “Мильта” Ф-8-01″;Аппарат для электросон терапии “Радиус-01″; Аппарат для электростимуляции.

На основании приказов МЗ РК № 269 от 20.05.2014 г. «Об утверждении Стандарта организации оказания сестринского ухода населению Республики Казахстан» в марте 2010 г. в

Теректинской районной больнице, в апреле 2011 года в Зеленовской центральной районной больнице, в селе Переметное и Сырымской районной больнице были открыты отделения сестринского ухода на 20 коек. Эти отделения были созданы для пациентов, нуждающихся в постороннем обслуживании из-за отсутствия функций самообслуживания: одиноких пенсионеров, пожилых людей, инвалидов 1 и 2 групп, людей, которые перенесли операции.

Основной задачей Больничного Сестринского Ухода является предоставление пациентам медико-социальной помощи, включающей медицинское наблюдение и уход, комплекс симптоматической терапии и других мероприятий, направленных на поддержание их активной жизнедеятельности. Больничный сестринский уход в соответствии с возложенными на нее задачами выполняет следующие функции:

1) проведение симптоматической терапии;

2) проведение еженедельных осмотров пациентов медицинским работником больницы сестринского ухода, членами мультидисциплинарной команды (группы), и назначение им необходимых мероприятий по оказанию медико-социальной помощи;

3) организация рационального питания, в том числе диетического, в соответствии с врачебными рекомендациями;

4) направление пациентов в другие организации здравоохранения для оказания специализированной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства врачей-специалистов.

Средний медицинский персонал осуществляет:

1) круглосуточное медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента и проведение мероприятий, направленных на профилактику осложнений;

2) медицинский уход за пациентами, включая проведение их ежедневного осмотра;

3) морально-психологическую поддержку пациентов;

4) кормление ослабленных пациентов;

5) медицинские процедуры (измерение температуры тела, артериального давления, наложение компрессов, осуществление перевязок, обработка пролежней, выполнение очистительных клизм);

6) первичную медико-санитарную помощь при ухудшении состояния здоровья пациентов;

7) комплекс симптоматической терапии по назначению лечащего врача;

8) санитарно-гигиеническую помощь пациентам (обтирание, обмывание, гигиенические ванны, стрижка ногтей, причесывание, смена нательного и постельного белья);

В преддверии 9 мая для ветеранов войны, тыла и труда во всех поликлиниках области были проведены дни открытых дверей. Были организованы прием врачей, лабораторно-инструментальные обследования, разъяснены маршрут движения пациентов в поликлинике начиная с регистратуры (ознакомлены со стандартами государственных услуг, с порталом Egov.kz, регистром РПН, порталом бюро госпитализации), объёмы и виды получения медицинских услуг в рамках ГОБМП, перечень заболеваний для бесплатного лекарственного обеспечения и список лекарственных средств, а также организованы посещения на дому участников войны и ветеранов тыла. В период с 2 по 31 октября 2018 года для лиц пожилого возраста проводится месячник «Милосердия» приуроченный к Международному Дню Пожилых Людей.

МАТЕРИАЛЫ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ О МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ НА ЕВРАЗИЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ: ИНТЕРЕСЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ»

Иванов Р.Г.,
информационный портал «365info.kz»

«Что нужно для улучшения жизни стариков, рассказал эксперт»

Нынешний размер пенсий совсем невелик, а соцобслуживание не соответствует принятым стандартам.

Если нельзя серьезно повысить размер пенсий, нужно хотя бы улучшить качество социального обслуживания стариков. Нынешнее его состояние не выдерживает никакой критики. Средняя зарплата соцработников около 30 тыс. тенге, и предъявлять к ним какие-то особые требования просто невозможно. Об этом говорил историк и политолог Булат Султанов на круглом столе «Бедность и реальные доходы пожилых людей в Евразии: состояние и перспективы».

На что хватит средней пенсии?

Султанов отметил, что слово «старость» у многих ассоциируется с бедностью. И причины тому сугубо материальные. В доказательство он привел ряд цифр. В стране сейчас чуть более 2 млн пенсионеров, только в Алматы 222 тыс., а это 12% городского населения. Работающих 8,6 млн (сюда входят и так называемые самозанятые). Минимальная пенсия, по данным минздрава, с 1 июля составляет 49 тысяч. В 2017 году она равнялась 45,7 тыс. тенге.

Минимальную пенсию получают 12,3% пенсионеров

Средняя пенсия в 2018 году повышена до 71 тыс. тенге.

Высокую пенсию (без учета базовой) в размере почти 83 тыс. тенге получают 14,2%, а 1,1% – выше 200 тыс. тенге.

При этом прожиточный минимум (используется для исчисления размеров базовых социальных выплат) с 1 июля 2018 года составляет 25 284 тенге. Минимальная заработная плата с января 2018 установлена в размере 28 824 тенге, но с 1 января 2019 вырастет до 42 тысяч.

– Для сравнения: заработная плата министров, акимов и депутатов составляет 700-800 тыс. тенге в месяц, замминистров – 600 тыс. тенге, – привел пример Султанов.

По данным госкомстата, среднедушевые номинальные денежные доходы в 2017 году составили 83 053 тенге

– По мнению министра здравоохранения и социального развития, в январе 2019 года средний размер пенсии достигнет 101 тыс. тенге, – уточнил Султанов. И добавил, что в настоящий момент наши пенсии превышают уровень в странах СНГ

Кадры если и есть, то низкоквалифицированные

Но деньги – это не единственная проблема старшего поколения. Султанов считает, что старикам у нас уделяется недостаточно внимания.

– Даже Международный день пожилых людей 1 октября в Казахстане прошел практически незаметно. И то лишь на тех предприятиях и учреждениях, где инициативу проявили Советы ветеранов, – сказал он.

Еще несколько лет назад уполномоченный по правам человека подготовил доклад «О соблюдении прав пожилых людей в РК» как особой социально уязвимой группы, где подробно описал проблемы пожилых людей в стране.

– Нет качественного социального обслуживания на дому для одиноких и пожилых инвалидов;

– отсутствует доступ к социальному обслуживанию на дому у наиболее нуждающихся стариков:

– нет эффективной защиты от бытового насилия и других противоправных деяний.

Бытовое насилие вообще стало очень большой проблемой. Пожилые люди не получают социальные услуги, если есть трудоспособные дети. Но

бывает, что как раз эти дети и являются насильниками. Казалось бы, просто обращайся в полицию. Но старики редко это делают по разным причинам и чтобы не усугублять дальнейшую ситуацию, жить-то все равно вместе.

Тот же доклад отметил слабое развитие социального обслуживания вообще и недостаток отделений социальной помощи на дому и социальных работников в частности. А у тех, кто все-таки в наличии имеется, низок профессиональный уровень

Что вы хотите за такие деньги?

Султанов напомнил, что в 2011 году был разработан Стандарт оказания специальных социальных услуг. В списке услуг значатся 45 пунктов – от бытовых до правовых.

– Оговариваются требования к качеству услуг. Соцработник должен иметь высшее образование по социальной работе, медицинскому, психологическому или педагогическому профилю, – рассказал Султанов.

Согласно документу, один соцработник должен заглядывать к восьми престарелым и инвалидам минимум дважды в неделю.

При этом среднемесячный оклад соцработника около 30 тыс. тенге

И что мы хотим от них за такую зарплату?

– На практике из перечисленного в Стандарте соцработники оказывают лишь незначительную часть услуг. Уборка квартир, покупка продуктов и медикаментов за счет самих

подопечных. Фактически пожилые люди лишены других видов социальной помощи, – утверждает Султанов.

По данным минздрава, в стране сейчас 28 тыс. социальных работников. Они обслуживают 122 тыс. человек.

– До сих пор не сформированы четкие целевые подходы по модернизации и оптимизации сложившейся системы соцзащиты, где бы основными субъектами выступали профессиональные соцработники, – сказал Султанов.

При этом ни один вуз не готовит профессионалов по этому направлению. Поэтому вопрос остается открытым.

На правительство надейся, но и сам не плошай

– Наверное, нужно уповать не только на правительство, но и на общественные организации. Например, Женский клуб Алматы раздает ежедневно бесплатный хлеб 120 нуждающимся. Это капля в море, но тем не менее пример достоин подражания, – заявил Султанов.

В своем выступлении он выдвинул целый список предложений от общих, типа «развитие геронтологии», до вполне конкретных. В числе последних:

– организовать переподготовку врачей-терапевтов в районных поликлиниках по специальностям геронтология и гериатрия:

– геронтологи должны работать не только в больницах и поликлиниках, но и на производстве.

– взять на вооружение опыт Германии, где обучение по специальности гериатрия осуществляется на стыке медицины, психологии, социологии, культуры, физкультуры и спорта.

Султанов отметил, что большинство пожилых могут и далее работать по своим специальностям. Но при условии, что им будут созданы соответствующие условия или соответствующее повышение квалификации.

Старение — это мировая тенденция

Прискорбно, что ситуация ухудшается во многих государствах, отметил Султанов.

– По прогнозам ОЭСР, сокращения пенсий в развитых странах в будущем избежать не удастся. Население в них стареет, а рождаемость падает. Все меньшему числу работающих приходится содержать все большее число пенсионеров. Прогнозируется, что в будущем работа до глубокой старости станет нормой, – сказал Султанов.

Уже сейчас следует принимать меры, как обеспечить гражданам комфортные условия жизни в старости. Такие, чтобы они не зависели всецело от родственников или благорасположения государства

Сегодня в мире насчитывается 700 млн человек в возрасте 60 и более лет. А к 2050 году их число достигнет 2 млрд (более 20% населения мира).

– Призыв ООН к правительствам всех стран уделять потребностям и проблемам пожилых особое внимание должен быть услышан во всех странах, – резюмировал Султанов.

Юрицын В.В.,
интернет-газета «Zonakz.net»

«Качество жизни пожилых людей – некачественное»

Продолжительность жизни растет, но она часто нездоровая и непродуктивная

«В Казахстане 2 млн. 148 тыс. пенсионеров, средняя пенсия – 41 тыс. тенге», – сообщил Булат Султанов, директор ИМиРС КНУ в ходе международной конференции «Пожилые люди на Евразийском пространстве: интересы, проблемы и перспективы» (соорганизатором выступил Фонд Розы Люксембург). Стоимость проживания в доме престарелых в ФРГ в среднем составляет 1700 евро (732700 тенге) в месяц.

Несмотря на это Керстин Кайзер, руководитель филиала ФРЛ в РФ, отметила: «Мы знаем те проблемы, с которыми сталкивается пожилое поколение в Европе, и их можно сравнить с имеющимися в Казахстане».

Лутц Брангш, эксперт по социальным вопросам (Институт общественного анализа ФРЛ, Берлин), комплексно подошел к вопросу качества жизни пожилых людей, поскольку «старение – узел социальных отношений». Данный узел включает семейные отношения, место старения в культуре общества, рынок труда (условия труда), пенсионную систему, здравоохранение, страхование по уходу. Отдельным параметром стоит «местная инфраструктура для пенсионеров». Она складывается из жилищной политики/предложения на рынке жилья, общественного транспорта, домов престарелых и организаций, которые занимаются уходом за стариками, числа и структуры услуг врачей. Самостоятельными компонентами выступают исследования и прикладная наука, а также техническая база социальных услуг.

«Многие параметры социального государства в Германии изменяются. Сегодня она не та, как в 70-ые годы XX века», – подчеркнул г-н Брангш. Прежде средняя немецкая пенсия составляла 70% от дохода в трудоспособном возрасте. Сейчас парламентарии в Бундестаге ищут варианты как бы добиться хотя бы 48%.

«Приватизация и дерегулирование подрывают доверие в будущем и возможности достойного старения», – еще один тезис эксперта. Кстати, приватизация в сфере организаций ухода привела к падению качества оказываемых услуг. Аналогичная ситуация с «логикой частного предпринимательства в области здравоохранения». В ходе конференции вообще многие участники акцентировали внимание на том, что превращение медицины в торговую услугу привело к кардинально негативным процессам в системе здравоохранения.

«Люди не доверяют государству в пенсионном вопросе органически», – акцентировал Василий Колташов, директор Института нового общества (Москва). Эксперт построил свой доклад на российском материале. Там пенсионная реформа идет с 2002 года и «вы не можете выиграть, потому что правила меняются после каждой партии».

Последнее повышение пенсионного возраста г-н Колташов связывает с тем, что Россия переходит «от неолиберализма к новому меркантилизму». В данном аспекте повышение возраста выхода на пенсию для россиян отвечает и неолиберальной доктрине (сброс социальной нагрузки с государства) и новому меркантилизму – увеличивается армия труда.

Власть имущие в России осознают, что система образования и подготовки кадров деградировала, поэтому отсрочка выхода на пенсию для инженеров, электриков, сварщиков, расточников и представителей других профессий создает ресурс для производственного роста, который является одной

из составляющих нового меркантилизма («государство пытается зарабатывать на любых направлениях»).

«Люди еще 10-15 лет назад поняли, что если и будут получать пенсию, то маленькую», – сообщил Василий Колташев. Формы подготовки к старости у населения носят архаичные формы. Например, люди вкладываются в недвижимость, чтобы потом можно было сдавать комнаты. Это связано и еще и с тем, что накопительным пенсионным фондам россияне тоже не доверяют.

Экономист Вячеслав Додонов остановился на ситуации с Единым накопительным пенсионным фондом (ЕНПФ) Казахстана, где «прирост выплат идет гораздо быстрее, чем прирост вкладов». За четыре последних года выплаты из ЕНПФ выросли в 2 раза, а поступления в него на 15%. Наблюдаемая картина объясняется тем, что в 2010 году было 1,6 млн получателей пенсий, а сейчас их 2 млн 148 тыс.

Эксперт отдельно рассмотрел вопрос повышения инвестиционного дохода в ЕНПФ по сравнению с тем, как работали с пенсионными активами частные накопительные фонды. В последние годы инвестиционный доход значительно вырос, но происходит это из-за того, что Нацбанк инвестирует средства в валютные инструменты, благодаря чему девальвация повышает тенговую доходность активов. В итоге около $7 млрд пенсионных денег Республики Казахстан работают за рубежом. В 2001 году средний размер пенсий в Казахстане (в долларовом эквиваленте) в 1,7 раза превосходил средний показатель по СНГ, сейчас – на 20%.

Саодат Олимова, директор научно-исследовательского центра «Шарк» (Таджикистан), сообщила, что в Таджикистане средний возраст населения 25 лет. Людей старше 60 лет около 6%, но их пенсионное обеспечение для государства является проблемой. Минимальная пенсия – $18. Пенсионный потолок – $60. Однако имеется группа лиц – «с особыми

заслугами перед Таджикистаном» – для которых потолка в размере пенсий нет и на чье пенсионное обеспечение уходит большая доля всех выплат (открытой информации по данному вопросу нет). «Общество быстро меняется, все распадается», – подчеркнула г-жа Олимова. Государство с одной стороны сокращает свою социальную нагрузку, а с другой – введена уголовная ответственность в 3 года тюрьмы, если человек не ухаживает за своими престарелыми родителями.

По словам политолога Владимира Парамонова (Ташкент), в Узбекистане социальная нагрузка государства тоже снижается. Правда, сама социальная сфера там менялась не так стремительно, как политическая и экономическая.

Отдельная секция конференции была посвящена медицинским аспектам старения. Проблему старения и активного долголетия нужно понять позитивно и решать в комплексе. «Есть биомедицинские проблемы, которые зависят только от нас», – указал академик Султан Тулеуханов. Среди рекомендаций: «спать ложиться пораньше и вставать пораньше», прогулки, сбалансированное питание.

В пожилом возрасте на первом месте смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, на втором – травматизм и его последствия. Разумеется, две эти причины не могут охватывать всех медицинских проблем старости. Например, самый возрастной мужчина с зарегистрированной ВИЧ-инфекцией в Казахстане достиг 91 года, а женщина – 82-х лет.

«Там, где пожилые люди брошены на произвол судьбы, говорить о патриотическом воспитании молодежи невозможно», – отметил Булат Султанов.

Сведения об авторах

Абдирова Тамара Муталимовна - PhD Докторант, ТОО «Казахстанский медицинский университет», Высшая школа общественного здравоохранения

Аканова Асия Айкановна – директор ОФ “Kumis Khasyr” («Серебряный век»), проект «Центр активного долголетия», г. Алматы

Ахметова Гулжахан Мажитовна – специалист по клиническим вопросам Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД.

Байсеркин Бауржан Сатжанович - генеральный директор Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД,

Байсултанова Аяш Шарипкановна – президент Ассоциации врачей-геронтологов РК, заведующая кафедрой геронтологии и гериатрии КазМУНО

Булуктаев Юрий Очирович – главный научный сотрудник КИСИ при Президенте РК

Брангш, Лутц – научный сотрудник Института общественного анализа Фонда Розы Люксембург (ФРГ, г.Берлин)

Даленов Ерболат Дербисалиевич – академик АПМ РК, член-корреспондент АМН РК, заведующий кафедрой профилактической медицины и питания АО «Медицинский университет Астана»

Додонов Вячеслав Юрьевич – главный научный сотрудник КИСИ при Президенте РК

Елемисова Айгуль Надировна – главный внештатный гериатр Западно-Казахстанской области

Ешманова Айнур Кайркеновна – руководитель ОФ “Kumis Khasyr” («Серебряный век»), проект «Центр активного долголетия», г.Алматы

Жармухамедов Ерлан Айткалиевич – врач-травматолог, Медицинский центр «Private Clinic Almaty»

Иванов Роман Геннадьевич – корреспондент Информационного портала «365info.kz»

Колташов Василий Георгиевич – директор Института нового общества (Российская Федерация, г.Москва)

Парамонов Владимир Владимирович – директор Аналитического проекта «Центральная Азия» (Республика Узбекистан, г.Ташкент)

Султанов Булат Клычбаевич – директор Исследовательского института международного и регионального сотрудничества Казахстанско-Немецкого университета

Тулеуханов Султан Тулеууханович – академик НАН Высшей школы, заведующий кафедрой биофизики и биомедицины КазНУ им. аль-Фараби

Турсынмуратова Бахытгуль Ескендировна – доцент кафедры СНМП Казахского Национального медицинского университета им. С. Асфендиярова

Юрицын Владислав Викторович – корреспондент Интернет-газеты «zonakz.net»

О ФОНДЕ РОЗЫ ЛЮКСЕМБУРГ

Фонд Розы Люксембург является одним из шести немецких фондов, близких к партиям Бундестага, и принадлежит к важным носителям просветительско-образовательной работы в гражданском обществе Федеративной Республики Германия, преследуя исключительно общественно-полезные цели. Он понимает себя как часть духовного течения демократического социализма и примыкает к Левой партии (Die Linke), но действует самостоятельно.

Фонд Розы Люксембург:

– организует мероприятия гражданского просвещения, распространяет знания об общественных процессах в глобализованном, несправедливом и воинственном мире,

– является центром критического анализа современного капитализма и центром программной дискуссии об альтернативах действующим моделям,

– представляет собой в Федеративной Республике и за ее пределами форум для диалога между социальными движениями и организациями, интеллектуалами и неправительственными организациями,

– поощряет молодых интеллектуалов через стипендиальные программы,

– придает импульсы для самоопределяющихся политических действий и поддерживает выступления за мир и взаимопонимание, социальную справедливость и солидарность

В настоящее время Фонд Розы Люксембург имеет 18 зарубежных представительств и филиалов – в Европе, Азии, Африке, Северной и Южной Америке. Филиал в Москве действует с 2002 года.

Более подробную информацию о Фонде Розы Люксембург можно получить по адресу: Российская Федерация, 127051, г. Москва, Цветной бульвар 22, стр. 1

Тел/факс: +7 495 780 4347
e-mail: info@rosalux.ru
www.rosalux.ru

ОБ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ИНСТИТУТЕ МЕЖДУНАРОДНОГО И РЕГИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА КАЗАХСТАНСКО-НЕМЕЦКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Исследовательский институт международного и регионального сотрудничества (далее – ИМиРС) Казахстанско-Немецкого Университета (далее - КНУ) образован 5 января 2015 года в виде некоммерческой организации, не имеющей извлечение дохода в качестве основной цели своей деятельности.

Целями деятельности ИМиРС являются: 1) организация научных исследований по различным проблемам внешней и региональной политики Республики Казахстан, государств Центральной Азии, Европейского Союза, в первую очередь Германии, а также стран Азии, 2) установление научных связей между учеными ИМиРС и экспертами международных, региональных и казахстанских научных организаций.

Основными задачами (предметом) деятельности ИМиРС являются: изучение внешней политики и проблем международного сотрудничества РК и зарубежных стран, включая исследование проблем социально-экономического содействия, различных аспектов водных и энергетических ресурсов и их использования, транспортно-коммуникационных, аграрно-продовольственных, экологических, культурно-гуманитарных вопросов, а также миграционной политики.

В научно-исследовательской работе ИМиРС принимают активное участие преподаватели и студенты КНУ. В ИМиРС регулярно проводятся международные научные и научно-практические конференции, семинары, круглые столы по вопросам международного и регионального сотрудничества, социально-экономического развития Казахстана и стран региона.

На базе ИМиРС проходят стажировку и преддипломную практику студенты КНУ.

В 2015-2018 гг. ИМиРС КНУ издал следующие работы:

1) «Экономический коридор Шелкового пути». Сборник статей. Алматы: ИМиРС КНУ, 2015 г. – 127 с.;

2) Нургалиева М.М. «Уровень жизни казахстанцев и проблемы социального неравенства» (по результатам социологического исследования). Алматы: ИМиРС КНУ, 2015. – 101.с.;

3) «Уровень жизни казахстанцев и проблемы социального неравенства». Сборник материалов международной научно-практической конференции, Алматы: ИМиРС КНУ, Филиал Фонда Розы Люксембург (ФРГ) в РФ, 21 сентября 2015 г. – Алматы: ИМиРС КНУ, 2015 г. – 236 с.;

4) «Экономический пояс Шелкового пути и актуальные вопросы безопасности и сотрудничества в Центральной Азии». Сборник материалов международной научно-практической конференции. Алматы: ИМиРС КНУ, ИПБС КазНУ им. аль-Фараби, 1 апреля 2016 г. – Алматы, 2016 г. – 130 с.;

5) «Интеграционные проекты в Евразии: проблемы социально-экономического развития». Сборник материалов научной конференции, Алматы, ИМиРС КНУ, Филиал Фонда Розы Люксембург (ФРГ) в РФ, 27 мая 2016 г. – Алматы: ИМиРС КНУ, 2016 г. - 248с.;

6) Нургалиева М.М. «Доступность и качество медицинских услуг в Казахстане» (по результатам социологического исследования) Алматы: ИМиРС КНУ, 2016 г. - 116 с.

7) »Здоровье и медицинские услуги в государствах Евразии: качество, доступность, перспективы». Сборник материалов Международной научно-практической конференции. Алматы, ИМиРС Казахстанско - Немецкого университета, Филиал Фонда Розы Люксембург в РФ, 29 сентября 2016 г. – Алматы: ИМиРС КНУ, 2017. - 264 с.

8) «Экономический пояс Шелкового пути в контексте региональной безопасности». Сборник материалов круглого стола. Алматы, ИМиРС Казахстанско - Немецкого университета, Генеральное консульство КНР в Алматы, 15 марта 2017 г. – Алматы: ИМиРС КНУ, 2017. - 176 с.

9) «Мигранты и вопросы их инклюзии в государствах Евразийского пространства». Сборник материалов Международной научной конференции Алматы, ИМиРС Казахстанско - Немецкого университета, Фонд Розы Люксембург (ФРГ), филиал в Российской Федерации, 23 мая 2017 г.- Алматы: ИМиРС КНУ, 2017. - 228 с.

10) Бектурганова Б.И., Нургалиева М.М. «1917-2017: Революция и эволюционный путь развития Казахстана» (по результатам экспертного опроса). Алматы: ИМиРС КНУ, 2017. - 98 с.

11) «Октябрьская революция и эволюционный путь Казахстана». Сборник материалов круглого стола. Алматы, ИМиРС Казахстанско -Немецкого университета, Филиал Фонда Розы Люксембург (ФРГ) в РФ, 7 ноября 2017 г. – Алматы: ИМиРС КНУ, 2017. - 152 с.

12) «Шанхайская организация сотрудничества после расширения: риски, возможности и перспективы». Сборник материалов круглого стола. Алматы, ИМиРС Казахстанско - Немецкого университета, Экспертный клуб «Один пояс и один путь», 15 мая 2018 г. Алматы, ИМиРС КНУ, 2018.- 142 с.

Более подробную информацию об ИМиРС можно получить по адресу:

Республика Казахстан, 050010, г. Алматы, ул. Пушкина, 111/113,

Казахстанско - Немецкий Университет

Тел.: +7 727 355 05 51

Факс: +7 727 355 05 52

www.dku.kz

Для заметок

Научное издание

ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ НА ЕВРАЗИЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ: ИНТЕРЕСЫ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Сборник материалов
международной научной конференции

Алматы, 16 октября 2018 г.

Дизайн обложки: Волкова Н.А.
Верстка: Волкова Н.А.

Исследовательский институт международного
и регионального сотрудничества
Казахстанско-Немецкого университета

Подписано в печать 24.12.2018. Формат 60x90 1/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 10.
Тираж 500 экз.

Отпечатано в типографии ИП «Волкова Е.В.»
г. Алматы