

ORIGINAL PAPERS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 614.2+616-036.865+613.9+364.4/.692

О МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

© *Андрей Александрович Третьяков¹, Владимир Иванович Перхов^{2,3}*

¹ Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова. 119192, Москва, Ломоносовский просп., д. 27, корп. 10

² Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова. 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Контактная информация: Андрей Александрович Третьяков — к.м.н., старший научный сотрудник.
E-mail: 9030121077@mail.ru

РЕЗЮМЕ: В статье рассматриваются изменения в современном здравоохранении, связанные с формированием новой структуры заболеваемости и причин смертности. На фоне увеличения доли пожилого населения в обществе, увеличения продолжительности жизни и роста мультиморбидной хронической патологии начинается формирование принципиально нового подхода к организации медицинской помощи, обеспечивающего взаимодействие систем здравоохранения и социального обеспечения в вопросах поддержки и восстановления здоровья людей. Выделяются такие направления медико-социальной интеграции, как ориентация на хронического больного и на семью, основанные на единстве целей общественного здравоохранения и системы социальной защиты населения. Подчеркивается важная роль организаторов здравоохранения, которые должны помогать клиницистам связывать пациентов с такими ресурсами, как их собственное жилье и семья, а также шире использовать возможности Интернета. Несмотря на предпринимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, зарубежный и отечественный опыт показывает, что координация ведомственных действий довольно сложна. Оптимальные результаты могут возникнуть в том случае, когда усилия представителей разных медицинских специальностей будут объединены в одном лице — специалисте по медико-социальной работе. В этой связи возникает необходимость подготовки таких специалистов, выполняющих интегративные функции.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медико-социальная интеграция; общественное здоровье и здравоохранение; интегрированные медицинские системы; мультиморбидная патология.

ON MEDICAL AND SOCIAL INTEGRATION IN MODERN HEALTHCARE SYSTEM

© *Andrey A. Tretyakov¹, Vladimir I. Perkhov^{2,3}*

¹ Medical research and education center of Moscow State University named after M.V. Lomonosov. 119192, Moscow, Lomonosov Ave., 27/10

² Central research Institute organization and informatization of health care. 127254, Moscow, Dobrolyubova str. 11

³ Russian national research medical University named after N.I. Pirogov. 117997, Moscow, Ostrovityanova str., 1

Contact Information: Andrey A. Tretyakov — MD, PhD, senior researcher. E-mail: 9030121077@mail.ru

ABSTRACT: The article discusses the changes in modern health care associated with the formation of a new structure of morbidity and causes of mortality. Against the background of increasing shares of elderly population in society, increased life expectancy and growth multimorbidity chronic diseases a fundamentally new approach to the organization of medical care starts to be formed, ensuring the coordination of health and social welfare in support and restore human health. Such directions of medical and social integration as orientation on the chronic patient and on a family based on unity of the purposes of public health and system of social protection of the population are allocated. It highlights the important role of health organizers, who should help clinicians to connect patients with resources such as their own homes and families, and make greater use of the Internet. Despite the ongoing coordination of efforts to help people with both medical and social problems, foreign and domestic experience shows that the coordination of departmental actions is quite difficult. Optimal results can occur when the efforts of representatives of different specialties are combined in the person of one specialist-a specialist in medical and social work. In this regard, there is a need to train specialists performing integrative, health-oriented and socially-oriented functions.

KEYWORDS: medical and social integration; public health and healthcare; integrated medical systems.

ВВЕДЕНИЕ

Поставленные руководством страны задачи выхода России на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества [13]. Вместе с тем, здоровье населения (общественное здоровье) в последние годы все чаще рассматривается как междисциплинарная проблема. С улучшением условий жизни, ростом экономического благополучия, развитием новых медицинских и немедицинских технологий лечения, во всех странах мира увеличивается продолжительность жизни и доля лиц старших возрастных групп в обществе, что обуславливает необходимость разработки и финансирования программ, ориентированных на поддержание здоровья пожилых людей. Одновременно в мире нарастает понимание невозможности сохранения и улучшения здоровья населения силами и средствами только одной системы здравоохранения, без вовлечения других систем и структур на принципах партнерства и объединения.

В Докладах ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения) о состоянии здравоохранения в Европе неоднократно отмечалось наличие тесной взаимосвязи между социально-экономическим развитием страны, уровнем развития здравоохранения, социальной защитой и состоянием здоровья населения. Связь между доходом и продолжительностью жизни наиболее выражена в самых бедных регионах Европы и ослабевает по мере роста уровня доходов. На показатели смертности в популяции, кроме демографиче-

ских факторов и уровня экономического развития страны, влияют и такие факторы, как уровень финансирования и организация системы здравоохранения, неравенство доходов в обществе, доля «социально-неблагополучного» населения (доля людей, живущих в бедности, с низким уровнем образования, имеющих вредные привычки), степень загрязнения окружающей среды, климат, этнические особенности, военные конфликты, социально-политические и экономические кризисные процессы в обществе [1, 2, 10].

Современное общество сталкивается с многочисленными проблемами в обеспечении медицинской помощи и морально-этическими аспектами достойного ухода за пожилыми людьми, нуждающимися в такой помощи. Сегодня проблемы, связанные с неизлечимыми заболеваниями, старением, уходом за пациентами, продлением жизни беспомощным и безнадёжным пациентам настолько многоаспектны, что их решение невозможно только в рамках системы здравоохранения [16, 21, 27, 28]. Все это требует развития интеграционных процессов в социальной и медицинской сферах.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования является изучение различных форм медико-социальной интеграции в общественном здравоохранении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве источников первичной информации использовались ресурсы специализированных поисковых систем, а также пол-

нотекстовые и реферативные базы данных: информационно-аналитический портал «Научная электронная библиотека» (<https://elibrary.ru>); база данных Национальной медицинской библиотеки США — US National Library of Medicine National Institutes of Health (<http://www.nlm.nih.gov>), Кокрановская библиотека (www.cochrane.ru); база данных Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании — The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (<https://www.nice.org.uk/>). В качестве поисковых систем использовались: <http://PubMed.gov>; <http://Scholar.Google.com>; <http://highwire.stanford.edu>; <http://www.gbv.de/du>; www.medscape.com. Поиск осуществлялся за период с 1990 по 2019 гг. На первом этапе поиска был задан фильтр «Titel/Abstract». Выявлено более 10 тысяч названий статей и рекомендаций. Тематике исследования удовлетворяло более 200 наименований/абстрактов статей. После изучения содержания краткого содержания для анализа выбрано 38 публикаций. В анализ включены только полнотекстовые статьи, опубликованные на русском и английском языках.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проследивая этапы развития медицины, трудно заметить, что история медицины — это история борьбы с болезнями, и по большому счету, история превращения человека в пациента [7]. Здоровье из простого средства достижения каких-либо благ превратилось в главное благо, определяющее смысл и цель человеческого существования [36].

При этом по мере изменения демографической структуры популяции меняется структура заболеваемости и, следовательно, меняется потребность в отдельных видах медицинской помощи как качественно, так и количественно. Болезни у пожилых людей с трудом поддаются лечению и требуется изменять обычные подходы к оказанию медицинской помощи на более подходящие для пожилых, то есть перейти от «медицинской помощи людям, обращающимся за лечением», с акцентом на лечение орган-специфических заболеваний, на «медицинскую помощь для людей, нуждающихся в лечении, а также в психологической и социальной поддержке» [14].

L. Diedrich (2007) указывает, что «раньше пациенты выздоравливали или умирали, сейчас пациенты часто и не выздоравливают полностью и не умирают от своих болезней, но, скорее, находятся и вне состояния ремиссии.

Человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями» [23].

Сегодня даже идет речь о том, чтобы медицина перестала стыдиться своей неспособностью в достижении фиктивного, по сути, идеала «*restitutio ad integrum*» (возвращение в первоначальное состояние), а открыто стала ориентироваться на хронического больного как типичный врачебный случай. Возникло даже понятие «хронического врача», ориентированного не столько на профессиональную медицинскую этику, сколько на этику сопровождения больного, не имеющего временных границ [3].

Причем, согласно результатам исследований, значительного увеличения ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), в том числе без инвалидности, за последние десятилетия в экономически развитых странах не отмечается. Так, в США средняя продолжительность жизни мужчин за 4 десятилетия увеличилась на 9,2 года до 76,2 лет, из них количество лет, прожитых с инвалидностью, увеличилось на 4,7 года, а число лет, проведенных без инвалидности — на 4,5 года. У женщин средняя продолжительность жизни увеличилась на 6,4 года до 81 года, число лет, прожитых с инвалидностью увеличилась на 3,6 года, превысив увеличение жизни без инвалидности (2,7 лет) [22]. При этом если в период с 1959 по 2013 г. ОПЖ в США увеличилась с 69,9 до 78,9 года, то начиная с 2014 г. этот показатель стал снижаться за счет роста смертности в среднем возрасте от передозировки наркотиков, злоупотребления алкоголем, самоубийств и хронических заболеваний [35].

В.Л. Лехциер (2008) утверждает, что одной из ключевых проблем современной медицинской теории и практики является вопрос о том, какой должна быть главная лечебная стратегия врача и медицины в целом: воздействие на весь организм заболевшего человека или только на его пораженный орган, как соотносятся между собой два эти взаимодействия. Автор считает, что актуальной становится проблема «общей патологии» как интегративной медицинской дисциплины [6].

Другим важным направлением деятельности в системах здравоохранения экономически развитых стран становится «домашнее» здравоохранение, ориентированное на семью (Home Health). Эта модель реформы предназначена в основном для пенсионеров, которые в состоянии проживать у себя дома, но нуждаются в примитивных медицинских, а также в других услугах: по уборке дома, приготовлению пищи, осуществлению покупок [26].

Персонал для реализации программ Home Health набирается среди старших школьников, студентов, соседей и т.д. Визит таких «специалистов» на дом к пенсионеру обходился государству гораздо дешевле, чем финансирование штата лицензированных медсестер, врачей и т.д. В итоге данная программа значительно снизила количество дорогостоящих выездов медицинского персонала на дом к пенсионерам, тем самым повысив эффективность затрат в условиях значительного увеличения спроса на услуги домашнего здравоохранения. Если в 2001 году США потратили на Home Health 34,4 млрд долл., то в 2012 году уже 77,8 млрд долларов [20, 21, 22].

Национальные прогнозы в области здравоохранения, опубликованные Центром медицинского обслуживания и медицинской помощи (CMS), предполагают, что рост расходов на домашнее здравоохранение будет опережать средний рост национальных расходов на здравоохранение примерно на два процентных пункта ежегодно, и что к 2021 году они достигнут 148,3 млрд долларов США [23].

Joe Feinglass с соавт. (2018) утверждают, что необходимо выстраивать альтернативную систему оказания помощи населению, которая должна обеспечивать помощь на дому или ближе к дому, сочетая при этом традиционную медицинскую помощь с психологической и социальной помощью. Эксперты утверждают, что нынешний интенсивный подход к лечению в больнице глубоко ошибочен и приводят доказательства того, что уход на дому и интеграция медицинского обслуживания с социальными услугами являются основой более гуманной и эффективной системы здравоохранения, которая объединяет социальные и медицинские услуги и которая может появиться уже в ближайшие несколько лет [24].

В других работах также было показано, что удовлетворение социальных потребностей пациентов может снизить частоту повторных госпитализаций, особенно среди пациентов с более низким социально-экономическим статусом, проживающих в одиночестве, имеющих функциональные нарушения и проблемы самообслуживания [25, 26].

Более трех десятилетий назад в США апробируются и применяются программы интеграции медицинской и социальной помощи для пожилых людей, проживающих дома и страдающих множественными хроническими заболеваниями. В 1970-х гг. координация социальных и медицинских служб даже послужила стимулом для создания организаций по поддержа-

нию социального здоровья и более поздних программ, таких как Программы всеохватывающего ухода за пожилыми людьми (PACE) [30, 33].

В то же время, несмотря на усилия крупных систем, таких как Kaiser Permanente и Veteran's Administration, модели интеграции социальной и медицинской помощи пока еще не получили широкого распространения в США. При этом основным препятствием для интеграции социальных услуг в систему здравоохранения в США считают стимулы, создаваемые системой «оплаты медицинских услуг», основанной на «медицинской необходимости» и отсутствие финансовых стимулов для систематической интеграции социальных служб в систему организации первичной медицинской помощи [29, 30].

Зарубежные эксперты также подчеркивают, что «мы тратим непомерно большие суммы денег и другие ресурсы на нужды здравоохранения, вызванные бедностью, вместо того, чтобы удовлетворять материальные потребности бедных до вспышки болезни» [29]. При этом, по мнению Woolf (2017), инвестиции в секторы, не относящиеся к здравоохранению, такие как образование и жилье, могут сделать для спасения жизней больше, чем то, что делают врачи у постели больного [34].

К важнейшему направлению развития «домашнего» здравоохранения можно отнести телемедицину. Используя существующие и новые телекоммуникационные технологии, мир постепенно переходит к Всеобъемлющему Интернету («Интернет всего», Internet of Everything, IoE)», подключая к сети все, что еще остается не подключенным, преобразуя в цифровой формат любые виды взаимодействия, включая медицинские [4].

Телемедицина либо уменьшает, либо устраняет фактор расстояния при возникновении у людей потребности в медицинских услугах, позволяет увеличить доступность медицинской помощи не только для населения удаленных территорий, но и для пожилых и малоподвижных пациентов [5]. Однако развитие телемедицины имеет ряд проблем, таких как безопасность персональных данных, отсутствие навыка пользования телемедицинским оборудованием у пациентов старшего возраста [11].

ОБСУЖДЕНИЕ

XX век окончательно изменил структуру здоровья и болезни, во-первых, в силу победы над теми заболеваниями, от которых раньше человек умирал, во-вторых, в силу стратегиче-

ского приоритета по лечению следствий, а не причин патологии, господствующего в медицинских практиках.

В XXI веке человеческая жизнь стала рассматриваться преимущественно как медицинская проблема, то есть как проблема соотношения здоровья и болезни. Сам человек стал смотреть на себя как на пациента, а человеческое тело и сознание от рождения до смерти превратилось в объект пристального медицинского контроля и воздействия. На фоне увеличения доли пожилого населения в обществе и роста мультиморбидной хронической патологии, началось формирование принципиально нового подхода к организации медицинской помощи, обеспечивающего взаимодействие систем здравоохранения и социального обеспечения в вопросах поддержки и восстановления здоровья людей.

Вместе с тем, процесс разграничения здоровья и болезни, нормы и патологии по-прежнему остается одним из самых сложных и спорных вопросов в практической работе врача

В 1946 году ВОЗ определила здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или других дефектов», а в 1977 году расширила определение здоровья, дополнив его понятием «социальная и экономическая продуктивность индивида».

В 1997 году Frank даже ввел термин «общество ремиссии» (remission society), в котором границы между болезнью и здоровьем фактически разрушены, так что обычная дихотомическая формулировка здоровья как нормы и болезни как отклонения от нормы поставлена под вопрос [25].

Однако для практического врача такое определение ВОЗ является абстрактным. Медицинское образование предусматривает обучение методам и навыкам распознавания болезней, методам их лечения, но не предусматривает обучения методам оценки социальной и экономической продуктивности человека. Получается, что сделать вывод о наличии здоровья у человека может только мультидисциплинарная команда, включающая врачей нескольких специальностей, психологов (личностных и социальных), социологов, экономистов, и, возможно, ряда других специалистов [9].

При этом необходимо учитывать, что реализация профилактического, «здоровьесберегающего» направления медицины сложнее, чем организация клинических видов деятельности и требует от координаторов этих процессов определенных знаний и навыков, касающихся не только биостатистики, но и науки об управлении в здравоохранении [12].

Таким образом, можно выделить два относительно новых направления развития здравоохранения, основанных на интеграционных процессах: 1) ориентация на хронического больного; 2) ориентация на семью. При этом организаторы здравоохранения должны помогать клиницистам связывать пациентов с такими ресурсами, как их собственное жилье, семья, а также использовать возможности Интернет.

ВЫВОДЫ

Зарубежный и отечественный опыт показывает, что координация ведомственных действий по оказанию помощи людям, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, довольно сложна. Как профессиональная деятельность медико-социальная работа формируется на стыке двух самостоятельных отраслей — социальной защиты населения и здравоохранения. Поэтому наиболее оптимальные результаты могут возникнуть в том случае, когда усилия представителей разных специальностей будут объединены в лице одного специалиста. В связи с чем возникает необходимость подготовки таких специалистов, выполняющих интегративные, медико-социальные функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С.А., Самородская И.В., Семенов В.Ю. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: социальные факторы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 25(6): 336–9.
2. Бойцов С.А., Самородская И.В., Семенов В.Ю. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: роль алкоголя. Социальная и клиническая психиатрия. 2016; 2: 97–105.
3. Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М.: Алетейя; 2006.
4. Куатбеков Б.Н., Койшиева Т.К., Абдикадыр Б.К. Основные понятия, проблемы и тенденции развития IoE и Io T. Молодой ученый. 2018; 2: 1–5. Доступен по: <https://moluch.ru/archive/188/47801/> (дата обращения: 20.10.2019).
5. Лемешко В.А., Тепцова Т.С. Телемедицина: здравоохранение делает шаг в будущее. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2017; 4(30): 30–8. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/telemeditsina-zdravoohranenie-delaet-shag-v-budushche> (дата обращения: 09.12.2019).
6. Лехциер В.Л. Больное место: эпистемологические импликации современных медицинских практик. Вестник Самарской гуманитарной академии. Се-

- рия: Философия. Филология. 2008; 2: 66–76. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolnoe-mesto-epistemologicheskie-implikatsii-sovremennyh-meditsinskih-praktik> (дата обращения 16.11.2019).
7. Медведева Л.М. Homo Medicus как возможный результат медиализации. ИСОМ. 2012; 1: 210–4. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/homo-medicus-kak-vozmozhnyy-rezultat-medikalizatsii> (дата обращения 03.09.2019).
8. Руцки Ю.О. Реализация инновационных решений и проблемы модернизации здравоохранения (на примере стран Европы). Проблемы современной экономики. 2011; 4: 389–91. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya-innovatsionnyh-resheniy-i-problemy-modernizatsii-zdravooxraneniya-na-primere-stran-evropy> (дата обращения 08.11.2019).
9. Самородская И.В. Может ли врач определить, болен человек или здоров? Врач. 2016; 11: 80–3.
10. Самородская И.В., Семенов В.Ю., Бойцов С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: факторы окружающей среды. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017; 25(5): 260–5.
11. Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Артемова П.В. Зарубежный опыт государственного регулирования здравоохранения в сфере применения технологий телемедицины. Проблемы экономики и юридической практики. 2018; 4: 207–11. Доступен по: <https://cyberleninka.ru/article/n/zarubezhnyy-opyt-gosudarstvennogo-regulirovaniya-zdravooxraneniya-v-sfere-primeneniya-tehnologiy-telemeditsiny> (дата обращения: 09.12.2019).
12. Стародубов В.И., Перхов В.И. О рисках «медиализации» научной специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Экономика науки. 2019; 5(3): 197–202. DOI: 10.22394/2410–132X-2019–5–3–197–202.
13. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Доступен по: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 03.09.2019).
14. Arai H., Ouchi Y., Toba K., Endo T., Shimokado K., Tsubota K., Matsuo S., Mori H., Yumura W., Yokode M., Rakugi H., Ohshima S. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. Geriatr Gerontol Int. 2015 Jun; 15 (6): 673–87. DOI: 10.1111/ggi.12450.
15. Arbaje A.I., Wolff J.L., Yu Q., Powe N.R., Anderson G.F., Boulton C. Postdischarge environmental and socioeconomic factors and the likelihood of early hospital readmission among community-dwelling Medicare beneficiaries. Gerontologist. 2008; 48(4):495–504.
16. Benatar S.R., Gill S., Bakker I. Global Health and the Global Economic Crisis. Am J Public Health. 2011; 101(4): 646–53. DOI: 10.2105/AJPH.2009.188458.
17. Boutwell A.E., Johnson M.B., Watkins R. Analysis of a social work-based model of transitional care to reduce hospital readmissions: preliminary data. J Am Geriatr Soc. 2016; 64(5): 1104–7.
18. Bradley E.H., Canavan M., Rogan E., et al. Variation in health outcomes: the role of spending on social services, public health, and health care, 2000–09. Health Aff (Millwood). 2016; 35: 760–8.
19. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Historical Data 1960–2012. Centers for Medicare & Medicaid Services. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports>. (accessed 01.01.2019).
20. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Projections 2011–2021. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2011PDF.pdf>. (accessed 12.11.2019).
21. Cortès-Franch I., González López-Valcárcel B. The economic-financial crisis and health in Spain. Evidence and viewpoints. SESPAS report 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (1): 1–6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.03.011.
22. Crimmins E.M., Zhang Y., Saito Y. Trends Over 4 Decades in Disability-Free Life Expectancy in the United States American. Journal of Public Health. 2016; 106(7): 1287–93. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303120.
23. Diedrich L. Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness. Minnesota: University Of Minnesota Press; 2007.
24. Feinglass J. et al. Integrating social services and home-based primary Care for High-Risk Patients. Population health management. 2018; 21(2): 96–101.
25. Frank A.W. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. Chicago: University Of Chicago Press; 1997.
26. Henning C., Ahnby U., Osterstrom S. Senior Housing in Sweden: a New Concept for Aging in Place. Social Work in Public Health. 2009; 24(3): 235–54. DOI: 10.1080/19371910802595307.
27. Kaplan G.A. Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health — a tale of three countries. Soc Sci Med. 2012; 74(5): 643–6. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.12.013.
28. Labonté R., Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. J Epidemiol Community Health. 2015; (pii): jech-2015–206295. DOI: 10.1136/jech-2015–206295.
29. Lantz P.M. The medicalization of population health: who will stay upstream? Milbank Q. 2019; 97(1): 36–9.
30. Leutz W., Nonnenkamp L., Dickinson L., Brody K. Utilization and costs of home-based and community-based care within a social HMO: trends over an 18-year period. Int J Integr Care. 2005; 5: 1–14.
31. Medicare Payment Advisory Committee (MedPAC). A Data Book — Health Care Spending and the Medicare Program June 2014. Available at: <http://www.medpac.gov>.

- gov/documents/publications/jun14databookentirereport.pdf?sfvrsn=1. (accessed 12.11. 2019).
32. Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., et al. Factors associated with changes in perceived quality of life among elderly recipients of long-term services and supports. *J Am Med Dir Assoc.* 2016; 17: 44–52.
 33. Reuben D.B. Physicians in supporting roles in chronic disease care: the Care More model. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59: 158–60.
 34. Woolf S.H. Progress in achieving health equity requires attention to root causes. *Health Aff (Millwood).* 2017; 36(6): 984–91.
 35. Woolf S.H., Schoemaker H. Life Expectancy and Mortality Rates in the United States, 1959–2017. *JAMA.* 2019; 322(20): 1996–2016. DOI: 10.1001/jama.2019.16932.
 36. Zola I. Medicine as an Institute of Social Control. *Sociological Review. New Series.* 1972; 20(4): 487–504.
- ## REFERENCES
1. Bojcov S.A., Samorodskaya I.V., Semenov V. Yu. Vliyaniye meditsinskikh i nemeditsinskikh faktorov na smertnost' naseleniya: sotsial'nye faktory. [Impact of medical and non-medical factors on population mortality: social factors]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2017; 25(6): 336–9. (in Russian).
 2. Bojcov S.A., Samorodskaya I.V., Semenov V. Yu. Vliyaniye meditsinskikh i nemeditsinskikh faktorov na smertnost' naseleniya: rol' alkogolya. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. [Influence of medical and non-medical factors on population mortality: the role of alcohol. Social and clinical psychiatry]. 2016; 2: 97–105. (in Russian).
 3. Derner K. Horoshij vrach. Uchebnik osnovnoj pozitsii vracha. [Good doctor]. M.: Aletejya; 2006. (in Russian).
 4. Kuatbekov B.N., Kojshieva T.K., Abdikadyr B.K. Osnovnye ponyatiya, problemy i tendentsii razvitiya IoE i Io T. [Osnovnye ponyatiya, problemy i tendentsii razvitiya IoE i IoT]. *Molodoy uchenyj.* 2018; 2: 1–5. Available at: <https://moluch.ru/archive/188/47801/> (accessed 20.10.2019). (in Russian).
 5. Lemeshko V.A., Tepcova T.S. Telemedicina: zdravookhraneniye delaet shag v budushchee. Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor. [Telemeditsina: zdravookhraneniye delaet shag v budushchee. Meditsinskie tekhnologii]. *Otsenka i vybor* 2017; 4(30): 30–8. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/telemeditsina-zdravookhraneniye-delaet-shag-v-budushchee> (accessed 09.12.2019). (in Russian).
 6. Lekhcier V.L. Bol'noe mesto: epistemologicheskie implikatsii sovremennykh medicinskih praktik. [Sore spot: epistemological implications of modern medical practices]. *Vestnik Samarskoj gumanitarnoy akademii. Seriya: Filosofiya. Filologiya.* 2008; 2: 66–7. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolnoe-mesto-epistemologicheskie-implikatsii-sovremennykh-meditsinskih-praktik> (accessed 16.11.2019). (in Russian).
 7. Medvedeva L.M. Homo Medicus kak vozmozhnyy rezul'tat medikalizatsii. [Homo Medicus as a possible result of medicalization]. *ISOM.* 2012; 1: 210–4. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/homo-medicus-kak-vozmozhnyy-rezultat-medikalizatsii> (accessed 03.09.2019). (in Russian).
 8. Rucik Yu.O. Realizatsiya innovatsionnykh reshenij i problemy modernizatsii zdravookhraneniya (na primere stran Evropy). [Implementation of innovative solutions and problems of healthcare modernization (on the example of European countries)]. *PSE.* 2011; 4: 389–91. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya-innovatsionnykh-reshenij-i-problemy-modernizatsii-zdravookhraneniya-na-primere-stran-evropy> (accessed 08.11.2019). (in Russian).
 9. Samorodskaya I.V. Mozhet li vrach opredelit', bolen chelovek ili zdorov? [Can a doctor determine whether a person is sick or healthy]. *Vrach.* 2016; 11: 80–3. (in Russian).
 10. Samorodskaya I.V., Semenov V. Yu., Boytsov S.A. Vliyaniye meditsinskikh i nemeditsinskikh faktorov na smertnost' naseleniya: faktory okruzhayushchey sredy. [Impact of medical and non-medical factors on population mortality: environmental]. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2017; 25(5): 260–5. (in Russian).
 11. Smyshlyaev A.V., Mel'nikov Y.Y., Artemova P.V. Zarubezhnyy opyt gosudarstvennogo regulirovaniya zdravookhraneniya v sfere primeneniya tekhnologii telemeditsiny. [Foreign experience of state regulation of health care in the field of telemedicine technologies]. *Problemy ekonomiki i yuridicheskoy praktiki.* 2018; 4: 207–11. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/zarubezhnyy-opyt-gosudarstvennogo-regulirovaniya-zdravookhraneniya-v-sfere-primeneniya-tehnologii-telemeditsiny> (accessed 09.12.2019). (in Russian).
 12. Starodubov V.I., Perhov V. I. O riskah «medikalizatsii» nauchnoj special'nosti «Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye» [On the risks of «medicalization» of the scientific specialty «Public health and healthcare»]. *Ekonomika nauki.* 2019; 5(3): 197–202. Available at: 10.22394/2410-132X-2019-5-3-197-202. (in Russian).
 13. Ukaz Prezidenta Rossiyskoy Federatsii ot 07.05.2018 g. № 204 «O natsional'nykh tselyakh i strategicheskikh zadachakh razvitiya Rossiyskoy Federatsii na period do 2024 goda». [The Decree of the President of the Russian Federation No. 204 dated 07.05.2018 «On national goals and strategic objectives for the development of the Russian Federation for the period up to 2024»]. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (accessed 03.09.2019). (in Russian).
 14. Arai H., Ouchi Y., Toba K., Endo T., Shimokado K., Tsubota K., Matsuo S., Mori H., Yumura W., Yokode

- M., Rakugi H., Ohshima S. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015; 15(6): 673–87. DOI: 10.1111/ggi.12450.
15. Arbaje A.I., Wolff J.L., Yu Q., Powe N.R., Anderson G.F., Boulton C. Postdischarge environmental and socioeconomic factors and the likelihood of early hospital readmission among community-dwelling Medicare beneficiaries. *Gerontologist*. 2008; 48(4): 495–504.
16. Benatar S.R., Gill S, Bakker I. Global Health and the Global Economic Crisis. *Am J Public Health*. 2011; 101(4): 646–53. DOI: 10.2105/AJPH.2009.188458.
17. Boutwell A.E., Johnson M.B., Watkins R. Analysis of a social work-based model of transitional care to reduce hospital readmissions: preliminary data. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64: 1104–7.
18. Bradley E.H., Canavan M., Rogan E., et al. Variation in health outcomes: the role of spending on social services, public health, and health care, 2000–09. *Health Aff (Millwood)*. 2016; 35: 760–8.
19. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Historical Data 1960–2012. Centers for Medicare & Medicaid Services. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports>. (accessed 01.11.2019).
20. Centers for Medicare & Medicaid Services. National Health Expenditure Projections 2011–2021. Available at: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2011PDF.pdf> (accessed 12.11. 2019).
21. Cortés-Franch I., González López-Valcárcel B. The economic-financial crisis and health in Spain. Evidence and viewpoints. *SESPAS report 2014*. *Gac Sanit*. 2014; 28 (1): 1–6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.03.011.
22. Crimmins E.M., Zhang Y., Saito Y. Trends Over 4 Decades in Disability-Free Life Expectancy in the United States. *American Journal of Public Health*. 2016; 106(7): 1287–93. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303120.
23. Diedrich L. *Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness*. Minnesota: University Of Minnesota Press; 2007.
24. Feinglass J. et al. Integrating social services and home-based primary Care for High-Risk Patients. *Population health management*. 2018; 21(2): 96–101.
25. Frank A.W. *Wounded Storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University Of Chicago Press; 1997.
26. Henning C., Ahnby U., Osterstrom S. Senior Housing in Sweden: a New Concept for Aging in Place. *Social Work in Public Health*. 2009; 24(3): 235–54. DOI: 10.1080/19371910802595307.
27. Kaplan G.A. Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health — a tale of three countries. *Soc Sci Med*. 2012; 74(5): 643–6. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.12.013.
28. Labonté R., Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. *J Epidemiol Community Health*. 2015; (pii): jech-2015–206295. DOI: 10.1136/jech-2015–206295.
29. Lantz P.M. The medicalization of population health: who will stay upstream? *Milbank Q*. 2019; 97(1): 36–9.
30. Leutz W., Nonnenkamp L., Dickinson L., Brody K. Utilization and costs of home-based and community-based care within a social HMO: trends over an 18-year period. *Int J Integr Care*. 2005; 5: 1–14.
31. Medicare Payment Advisory Committee (MedPAC). *A Data Book — Health Care Spending and the Medicare Program June 2014*. Available at: <http://www.medpac.gov/documents/publications/jun14databookentirereport.pdf?sfvrsn=1>. (accessed 12.11. 2019).
32. Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., et al. Factors associated with changes in perceived quality of life among elderly recipients of long-term services and supports. *J Am Med Dir Assoc*. 2016; 17: 44–52.
33. Reuben DB. Physicians in supporting roles in chronic disease care: the Care More model. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59: 158–60.
34. Woolf S.H. Progress in achieving health equity requires attention to root causes. *Health Aff (Millwood)*. 2017; 36(6): 984–91.
35. Woolf S.H., Schoomaker H. Life Expectancy and Mortality Rates in the United States, 1959–2017. *JAMA*. 2019; 322(20): 1996–2016. DOI: 10.1001/jama.2019.16932
36. Zola I. *Medicine as an Institute of Social Control*. *Sociological Review*. New Series. 1972; 20(4): 487–504.