



Всемирная организация
здравоохранения

РЕЗЮМЕ

ВСЕМИРНЫЙ ДОКЛАД О **СТАРЕНИИ И ЗДОРОВЬЕ**



Всемирная организация
здравоохранения

РЕЗЮМЕ

ВСЕМИРНЫЙ ДОКЛАД О **СТАРЕНИИ И ЗДОРОВЬЕ**

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ (www.who.int) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

Обложка: На обложке изображена картина Розы Уайли «Пластмассовые окна и полы». Стиль 81-летней Розы Уайли необычен, непредсказуем и современен. Эта картина в 2014 году получила премию Джона Мура, победив более 2500 конкурентов. Будучи в два раза старше предыдущих победителей, Розы Уайли показала, что пожилой возраст не является препятствием к успеху. Премия Джона Мура в области живописи, в отличие от других престижных премий в области искусства, не ограничивает возраст авторов современных произведений. Авторские права на эту картину принадлежат художнику.

Предисловие

Сегодня, во время непредсказуемых вызовов для здоровья человека, будь то изменения климата, новые инфекционные заболевания или следующий микроб, который вырабатывает лекарственную устойчивость, определенной является одна тенденция: старение населения ускоряется во всем мире. Впервые в истории большинство людей могут ожидать, что они доживут до 60 лет и старше. Последствия для здоровья, систем здравоохранения, их кадровых ресурсов и бюджетов являются огромными.



Всемирный доклад о старении и здоровье отвечает на эти проблемы, рекомендуя произвести в равной мере глубокие изменения в способе формулирования политики здравоохранения для стареющего населения и способе оказания услуг. В качестве основы для своих рекомендаций доклад использует самые последние данные исследований о процессе старения, отмечая при этом, что многие распространенные суждения и мнения относительно пожилых людей основываются на устаревших стереотипах.

Как показывают данные, потеря способности, обычно ассоциируемая со старением, лишь слабо связана с фактическим возрастом человека. Не существует «типичного» пожилого человека. Происходящее в результате этого многообразие в жизнеспособности и медицинских потребностях пожилых людей не случайно, а проистекает из событий, происходящих на протяжении всей жизни, которую часто можно изменить, что подчеркивает значение подхода, основанного на всем жизненном цикле. Несмотря на то, что большинство пожилых людей со временем будут иметь многочисленные проблемы здоровья, пожилой возраст не означает зависимость. Кроме того, в отличие от распространенных утверждений, старение гораздо меньше влияет на расходы здравоохранения, чем другие факторы, включая высокую стоимость новых медицинских технологий.

Руководствуясь этими фактами, доклад ориентирует обсуждение наиболее подходящих мер общественного здравоохранения в ответ на старение населения на новую и гораздо более широкую область. Общий посыл

является оптимистичным: при правильной политике и наличии услуг старение населения может рассматриваться в качестве ценной новой возможности как для отдельных людей, так и для общества в целом. Вытекающие из этого общие условия для принятия мер общественным здравоохранением дают возможность предпринять ряд конкретных шагов, которые могут быть адаптированы для применения в странах, находящихся на любом уровне экономического развития.

Устанавливая такие общие условия, доклад подчеркивает, что здоровое старение – это нечто большее, чем просто отсутствие болезней. Для большинства пожилых людей наибольшее значение имеет поддержание функциональной способности. Дороже всего обществу обойдутся не расходы, которые делаются для содействия такой функциональной способности, а преимущества, которые могут быть упущены, если мы не внесем соответствующие изменения и не сделаем соответствующие инвестиции. Рекомендуемый для общества подход к феномену старения населения, который включает цель создания мира, удобного для пожилых людей, требует коренного изменения систем здравоохранения от моделей, основанных на лечении болезней, к предоставлению комплексной помощи, сосредоточенной на потребностях пожилых людей.

Рекомендации доклада основаны на данных исследований, всесторонних и перспективных, и при этом в высшей степени практических. На протяжении всего доклада примеры, взятые из опыта различных стран, используются для иллюстрации того, как конкретные проблемы могут быть преодолены с помощью инновационных решений. Рассмотренные темы находятся в диапазоне от стратегий оказания всесторонних и сосредоточенных на людях услугах для групп пожилого населения до политики, которая дает возможность пожилым людям жить в комфорте и безопасности, и до способов преодоления проблем и несправедливостей, присущих нынешним системам оказания долгосрочной помощи.

Я считаю, что *Всемирный доклад о старении и здоровье* может изменить восприятие политиками и провайдерами услуг феномена старения населения и позволит подготовиться как можно лучше использовать предоставленные возможности.



Д-р Маргарет Чен
Генеральный директор
Всемирная организация здравоохранения

Введение

Сегодня впервые в истории большинство людей могут рассчитывать на то, что они доживут до 60 лет и старше (1). В сочетании с заметным уменьшением уровня фертильности такое увеличение ожидаемой продолжительности жизни ведет к быстрому старению населения во всем мире.

Эти изменения являются значительными, а последствия – глубокими. Можно ожидать, что ребенок, родившийся в Бразилии или Мьянме в 2015 году, проживет на 20 лет дольше, чем ребенок, родившийся 50 лет назад. В Исламской Республике Иран в 2015 г. возраст приблизительно 1 из 10 человек составляет старше 60 лет. Всего лишь за 35 лет эта цифра увеличится до приблизительно 1 из 3. При этом население стареет более быстрыми темпами, чем в прошлом.

Более продолжительная жизнь является невероятно ценным ресурсом (2). Она дает возможность переосмыслить не только то, чем может быть более старший возраст, но и то, как может протекать вся наша жизнь. Например, во многих частях мира жизненный цикл сегодня характеризуется четкими стадиями: раннее детство, учеба, определенный период работы и затем выход на пенсию. Исходя из этой перспективы, часто предполагается, что дополнительные годы просто добавляются к концу жизни и дают возможность дольше прожить на пенсии. Однако, поскольку все больше и больше людей живут дольше, очевидно, что многие люди переосмысливают эти жесткие рамки стадий своей жизни. Вместо них они стремятся использовать дополнительные годы иным образом – возможно, на дальнейшее образование, на карьерный рост или на удовлетворение своей давней страсти. Кроме того, поскольку молодые люди начинают ожидать более долгую жизнь, они также могут планировать ее иным образом, например начинать карьеру позднее и тратить больше времени жизни на создание семьи.

Однако широта возможностей, которые возникают в связи с увеличением продолжительности жизни, в значительной степени будет зависеть от одного ключевого фактора – здоровья. Если люди проживут эти дополнительные годы жизни в хорошем здоровье, их способности реализовывать то, что они считают ценным, будут мало отличаться от способностей более молодых людей. Если же эти дополнительные годы будут сопровождаться

снижением физических и умственных способностей, последствия для самих пожилых людей и для общества будут гораздо более негативными.

К сожалению, хотя часто и предполагается, что увеличение продолжительности жизни сопровождается более длительным периодом хорошего здоровья, имеется мало свидетельств того, что более пожилые люди сегодня имеют лучшее здоровье, чем их родители в том же возрасте.

Однако плохое здоровье не должно преобладать в пожилом возрасте. Большинство проблем здоровья, с которым сталкиваются пожилые люди, связаны с хроническими состояниями, особенно с неинфекционными заболеваниями. Многие из них поддаются профилактике или могут наступить позднее в результате здорового образа жизни. Другие проблемы здоровья могут быть эффективно преодолены, если они выявлены достаточно рано. И даже для людей со сниженной жизнеспособностью благоприятная среда может обеспечить достойную жизнь и продолжение личностного роста. Однако мир еще очень далек от этого идеала.

Поэтому проблема старения населения требует всесторонних мер со стороны систем здравоохранения. Но обсуждение того, что может быть включено в эти меры, до сих пор проводилось лишь в узком кругу, а фактические данные о том, что может быть сделано, ограничены (3, 4). Но это не значит, что сегодня ничего невозможно сделать. Более того, необходимость предпринять действия является неотложной. В данном докладе детально рассматривается то, что нам известно о здоровье и старении, и представлены стратегические рамки для принятия мер системами здравоохранения, наряду с перечнем практических следующих шагов, которые могут быть адаптированы для использования в странах, находящихся на любом уровне экономического развития.

При этом используется подход, в рамках которого изменения, связанные со старением, рассматриваются в контексте всего жизненного цикла. Однако, учитывая уникальный характер вопросов, возникающих в более пожилом возрасте, и ограниченное внимание, которое традиционно уделяет этот период, доклад сосредоточен на второй половине жизни.

Изменение восприятия здоровья и старения

Одной из трудностей для разработки всесторонних мер в ответ на старение населения является то, что многие распространенные восприятия и утверждения относительно пожилых людей основаны на устаревших стереотипах. Это ограничивает способ осмысления нами проблем, вопросы, которые мы задаем, и нашу способность использовать инновационные возможности (5). Данные исследований свидетельствуют о необходимости новых перспектив.

Нет типичного пожилого человека

Пожилое население характеризуется значительным разнообразием. Например, физические и умственные способности некоторых 80-летних людей

сопоставимы со способностями 20-летних. Политика должна быть построена таким образом, чтобы предоставить как можно большему числу людей возможности достичь таких положительных траекторий старения. Кроме того, она должна разрушить многочисленные препятствия, которые ограничивают продолжение социального участия и вклада пожилых людей. Однако у многих людей значительное снижение способности происходит в гораздо более молодом возрасте. Например, некоторые люди в 60-летнем возрасте могут нуждаться в посторонней помощи даже для основных видов деятельности. Всесторонние меры общественного здравоохранения в ответ на старение населения должны учитывать и их потребности.

Реализация способностей и удовлетворение потребностей таких различных групп населения могут привести к политике, которая может быть разрозненной и может даже осуществляться различными и конкурирующими органами управления. Однако различные потребности пожилых людей лучше всего рассматривать как континуум функционирования, и всесторонние меры государственной политики должны быть способны согласовать эти различные аспекты в связную последовательность старения.

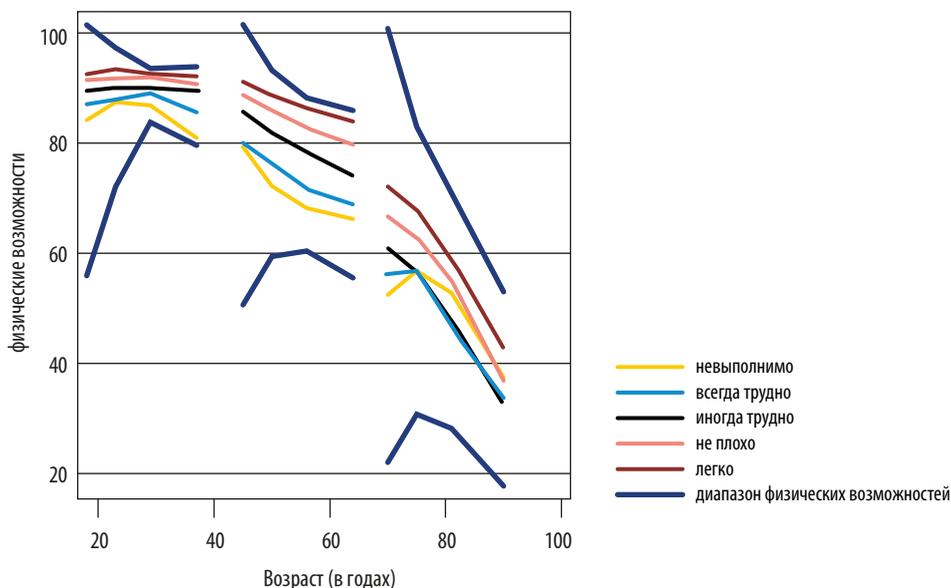
Разнообразие в пожилом возрасте не является случайным

Хотя некоторое разнообразие, наблюдаемое в пожилом возрасте, отражает нашу генетическую наследственность (6), большинство проистекает из физических и социальных условий, в которых мы живем. Они включают наш дом, социальное окружение и сообщество и могут влиять на наше здоровье непосредственно или с помощью препятствий или стимулов, которые влияют на наши возможности, решения и поведение.

Однако наши взаимосвязи с окружающей нас средой варьируются в зависимости от многих личных характеристик, включая семью, в которой мы родились, а также половую или этническую принадлежность. Различные виды влияния окружающих условий часто коренным образом изменяются этими характеристиками и ведут к неравенствам в отношении здоровья, а если они являются несправедливыми и предотвратимыми, то и к системному неравенству в состоянии здоровья для определенных групп людей (7). Действительно, значительная часть широких различий в жизнеспособности и обстоятельствах пожилого возраста, вероятно, основывается на кумулятивном воздействии условий таких системных неравенств на протяжении всей жизни (8).

Эти тенденции можно видеть на Рис. 1., который иллюстрирует траектории физической способности на протяжении жизненного цикла, используя данные из проведенного в Австралии лонгитюдного исследования здоровья женщин (9). На рисунке показан широкий диапазон физической возможности (обозначенной темными линиями в верхней и нижней частях рисунка) в пожилом возрасте. Однако рисунок делит также эту когорту на квинтили по адекватности дохода. Чем выше уровень адекватности дохода, тем выше пик средней физической способности в ранний период жизни. И это различие имеет тенденцию к сохранению на протяжении всей жизни.

Рис. 1. Физическая способность на протяжении жизни, по адекватности дохода, стратифицированная по способности справляться с помощью имеющегося в настоящее время дохода



Источник: G Peeters, J Beard, D Deeg, L Tooth, WJ Brown, A Dobson; неопубликованный анализ из Австралийского лонгитюдного исследования здоровья женщин.

Эти модели имеют серьезные последствия для разработки политики, так как люди с наибольшими потребностями в услугах здравоохранения в любой период жизни могут оказаться людьми с наименьшими ресурсами, необходимыми для их удовлетворения. Политические меры необходимо строить таким образом, чтобы преодолевать, а не усиливать такие условия системного неравенства в отношении здоровья.

Пожилой возраст не подразумевает зависимость

Несмотря на то, что типичного пожилого человека не существует, общество часто рассматривает пожилого человека стереотипным образом, который приводит к дискриминации отдельных людей или групп на основе только их возраста. Это явление получило название «эйджизма» (дискриминации по возрасту) и сейчас, возможно, является более распространенной формой дискриминации, чем дискриминация по половому или этническому признаку (10, 11). Одним из распространенных стереотипов дискриминации пожилых людей является утверждение, что они зависимы и обременительны. А во время разработки политики это может привести к предположению, что расходы на пожилых людей являются только отвлечением средств из экономики, и к акценту на сдерживание расходов.

Основанные на возрасте утверждения о зависимости не учитывают значительный экономический вклад пожилых людей. Например, в 2011 году в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии было проведено исследование, целью которого было определить соотношение государственных расходов на пенсии и социальное обеспечение и капитала, вкладываемого пожилыми людьми в экономику страны в виде налогов, потребительских расходов и других действий. Согласно результатам исследования, чистый вклад пожилых людей в общество составляет почти 40 млн. фунтов стерлингов, который к 2030 г. увеличится до 77 млрд. фунтов стерлингов (12).

Несмотря на то, что имеется меньше данных из стран с низким и средним уровнем доходов, вклад пожилых людей в этих странах также является значительным. В Кении, например, средний возраст мелких фермеров составляет старше 60 лет. Поэтому пожилые люди могут иметь ключевое значение для обеспечения продовольственной безопасности в Кении и в других частях Африки к югу от Сахары (13). Они также играют важную роль в поддержке других поколений. Например, в Замбии около одной трети пожилых женщин выполняют роль основных опекунов, ухаживающих за внуками, родители которых либо умерли во время эпидемии ВИЧ, либо эмигрировали в поисках работы.

Кроме того, в странах с любым уровнем экономических ресурсов, пожилые люди вносят вклад многочисленными путями, которые являются менее ощутимыми с экономической точки зрения, например, оказывая эмоциональную поддержку в периоды стресса или предоставляя советы в решении трудных проблем. Политика должна быть сформирована таким образом, чтобы содействовать возможности пожилых людей делать такие многочисленные вклады.

Старение населения увеличит расходы на медицинскую помощь, но не настолько, насколько ожидалось

Согласно другому распространенному мнению, растущие потребности стареющего населения приведут к непосильным увеличениям расходов здравоохранения. В действительности картина далеко не столь однозначна.

Хотя пожилой возраст обычно и ассоциируется с увеличением потребностей, связанных со здоровьем, их связь с расходами на медицину и использованием медицинских услуг не однозначна (14–17). В действительности в некоторых странах с высоким уровнем дохода расходы здравоохранения на душу населения фактически значительно уменьшаются после возраста около 75 лет (тогда как расходы на долгосрочную помощь увеличиваются) (18–20). Поскольку все больше людей вступают в более старший возраст, предоставление людям возможности вести долгую и здоровую жизнь может фактически уменьшить давление на увеличение расходов здравоохранения.

На связь между возрастом и расходами здравоохранения также сильное влияние оказывает сама система здравоохранения (21). Это, вероятно, отражает различия в системах оказания услуг, стимулах, подходах и культурных нормах и действиях по отношению к немощным пожилым людям, особенно ближе ко времени смерти.

Без сомнения, независимо от того, насколько старыми мы являемся, наибольшие расходы здравоохранения приходятся на последние год или два жизни (22). Однако эта связь также значительно варьируется между странами. Например, около 10% всех расходов здравоохранения в Австралии и Нидерландах и приблизительно 22% в Соединенных Штатах Америки приходятся на оказание помощи людям в последний год их жизни (23–25). При этом в более старших возрастных группах расходы на медицинское обслуживание и уход в последний год жизни растут меньше, чем в более молодых возрастных группах.

Несмотря даже на то, что необходимо больше данных, прогнозирование будущих расходов здравоохранения на основе возрастной структуры населения имеет сомнительную ценность. Это подкрепляется статистическими анализами, которые свидетельствуют о том, что старение оказывает гораздо меньшее влияние на расходы здравоохранения, чем ряд других факторов. Например, в Соединенных Штатах между 1940 г. и 1990 г. (в период значительно более быстрого старения населения, чем в последующие годы) старение, по-видимому, способствовало увеличению расходов здравоохранения всего лишь на 2%, тогда как связанные с технологией изменения были ответственны за увеличение от 38% до 65% (19).

Семидесятилетние – это не новые шестидесятилетние, но могли бы ими быть

Одним из утверждений, которое противоречит обычно негативным представлениям относительно старения, является то, что пожилые люди сегодня живут с лучшим здоровьем, чем их родители в первом и втором поколениях. Это утверждение сводится к фразе «семидесятилетние – это новые шестидесятилетние». Являясь, на первый взгляд, позитивным, это утверждение содержит неожиданный вывод. Если бы семидесятилетние сегодня имели такое же здоровье, что и шестидесятилетние в прошлом, то можно было бы сделать вывод, что сегодняшние семидесятилетние имеют больше возможностей заботиться о себе и, следовательно, меньше нуждаются в политических мерах для оказания им помощи в этом.

Несмотря на наличие обоснованных данных о том, что пожилые люди живут дольше, особенно в странах с высоким уровнем дохода, качество этих дополнительных лет жизни является неопределенным (26). Результаты исследований являются крайне противоречивыми как внутри стран, так и между ними (27–35). Кроме того, тенденции внутри различных подгрупп населения могут довольно сильно различаться (36, 37).

Проведенный ВОЗ анализ людей, родившихся между 1916 г. и 1958 г., которые участвовали в нескольких крупных лонгитюдных исследованиях, свидетельствует о том, что, хотя распространенность тяжелой инвалидности (требующей помощи другого человека для основных видов деятельности, таких как прием пищи и умывание), возможно, несколько снизилась, значительного изменения распространенности менее тяжелых форм инвалидности не произошло (38).

Кроме того, независимо от места в исследовании обычно учитывались только существенные потери жизнеспособности, которые возникают, как правило, в последние годы жизни. Поскольку снижение жизнеспособности обычно начинается гораздо раньше, то ответ на вопрос о том, как сравнить истинную способность людей, которые проживут еще 10-20 лет, с функциональной способностью предыдущих поколений, остается в значительной степени неизвестным.

Несмотря на то, что семидесятилетние пока еще, по-видимому, не являются новыми шестидесятилетними, это вполне может стать реальностью в будущем. Но для того чтобы это произошло, потребуется гораздо больше согласованных действий системы здравоохранения в отношении старения.

Смотреть вперед, а не назад

Одновременно со старением населения происходят многие другие крупные социальные изменения. В сочетании они означают, что старение в будущем будет сильно отличаться от опыта предыдущих поколений.

Например, урбанизация и глобализация сопровождаются увеличением миграции и ослаблением регулирования рынков труда (39, 40). Для пожилых людей с востребованными квалификациями и гибкими финансовыми условиями эти изменения создают новые возможности. Другим пожилым остается наблюдать, как более молодые поколения мигрируют в районы быстрого роста, тогда как они остаются в более бедных сельских районах без родственников и систем социальной защиты, к которым они традиционно могли обратиться за поддержкой.

Гендерные нормы также изменяются во многих частях мира. В прошлом ключевой ролью для женщин был уход за детьми и пожилыми родственниками. Такое ограниченное участие женщин в оплачиваемых трудовых ресурсах имеет многочисленные негативные последствия для их последующей жизни, включая больший риск нищеты, меньший доступ к высококачественной медицинской помощи и социальным услугам, более высокий риск сексуального насилия, плохое здоровье и меньший доступ к пенсионному обеспечению. Сегодня женщины все больше выполняют другие роли, которые обеспечивают им большую социальную защищенность в пожилом возрасте. Но эти сдвиги также ограничивают способности женщин и семей оказывать помощь пожилым людям, которые в ней нуждаются. В сочетании с быстро растущей численностью пожилых людей, которым может потребоваться помощь, это означает, что старые модели семейной помощи более не являются устойчивыми.

Технологические изменения также сопровождают старение населения и создают возможности, которые никогда ранее не существовали. Например, Интернет может обеспечить постоянную связь с семьей независимо от расстояния или доступ к информации, которая может помочь пожилому человеку оказать себе помощь или обеспечить поддержку лицам, обеспечивающим уход. Технические средства для инвалидов, такие как слуховые аппараты, являются более функциональными и более доступными, чем в прошлом, а

носимые на себе электронные устройства предоставляют новые возможности для мониторинга за состоянием здоровья и персонализации медпомощи.

Эти важные социальные и технологические изменения означают, что политика не должна разрабатываться вокруг устаревших социальных моделей старения, но вместо этого должна использовать возможности, предоставляемые этими явлениями для применения инновационных подходов. В то же время разработка политики на основе того, что может произойти в будущем, вероятно, имеет ограничения в связи с тем, что нам трудно представить себе будущие изменения и их воздействие. Поэтому подход, принятый в данном докладе, состоит в том, чтобы сконцентрироваться на создании возможностей для пожилых людей, чтобы они могли управлять своим изменяющимся миром и находить новые, лучшие и более продуктивные способы жизни. Это согласовывается с работой в других политических областях, которая направлена на то, чтобы предоставить людям возможность скорее достичь того, что они считают ценным, чем сосредоточиться исключительно на экономической полезности (41–43).

Средства, затраченные на пожилых людей, являются инвестицией, а не расходами

Средства, расходуемые на системы здравоохранения, долгосрочную помощь и создание более широкой благоприятной среды, часто отражаются как расходы. В данном докладе принят другой подход. В нем такие расходы считаются инвестициями, создающими возможности и, следовательно, обеспечивающими благополучие и вклад пожилых людей. Такие инвестиции также позволяют обществам выполнить свои обязательства в отношении основных прав пожилых людей. В некоторых случаях отдача от этих инвестиций является прямой (лучшие системы здравоохранения ведут к лучшему здоровью, которое обеспечивает большее участие и благополучие). В других случаях отдача может быть менее очевидной, но требует такого же рассмотрения: например, инвестиции в долгосрочную помощь помогут пожилым людям со значительной потерей функциональных способностей вести достойную жизнь, а также могут помочь женщинам остаться в составе трудовых ресурсов и содействовать социальной сплоченности в результате разделения рисков в обществе.

Изменение экономического обоснования для действий, таким образом, вновь смещает дискуссии от сосредоточения на минимизации так называемых расходов к анализу, в котором учитываются преимущества, которые могут быть упущены, если обществам не удастся сделать соответствующие адаптации и инвестиции. Точное определение количества инвестиций и выгоды, которую они принесут, будет иметь чрезвычайное значение для того, чтобы лица, принимающие решения, разрабатывали действительно информированную политику.

Старение, здоровье и функционирование

Что такое старение?

Изменения, которые составляют старение и влияют на него, являются сложными (44). На биологическом уровне старение связано с аккумулярованием самых разнообразных повреждений на молекулярном и клеточном уровне. Со временем эти повреждения ведут к постепенному уменьшению физиологических запасов и к повышенному риску многочисленных болезней, а также к общему спаду индивидуальной жизнеспособности. Конечным результатом является смерть. Однако эти изменения не являются ни линейными, ни последовательными и имеют лишь слабую связь с количеством прожитых человеком лет.

Более того, пожилой возраст часто сопряжен со значительными изменениями, помимо биологических потерь. Они включают изменение ролей и положения в обществе, а также необходимость приспосабливаться к потере близких. В ответ на это пожилые люди выбирают, как правило, меньше по количеству, но более значимые цели и виды деятельности, оптимизируют свои способности с помощью практики и новых технологий и компенсируют потерю некоторых способностей посредством поиска других способов выполнения задач (45). Цели, мотивационные приоритеты и предпочтения, как представляется, также претерпевают изменения (46–48). Хотя некоторые из этих изменений могут определяться адаптацией к потере, другие отражают продолжающееся психологическое развитие в пожилом возрасте, которое может быть связано с «развитием новых ролей, точек зрения и многих взаимосвязанных социальных контекстов» (45, 49). Эти психосоциальные изменения могут объяснить, почему во многих местах пожилой возраст может быть периодом повышенного субъективного благополучия (50).

Поэтому при разработке мер системы здравоохранения в ответ на феномен старения важно рассмотреть не только те подходы, которые компенсируют потери, связанные с пожилым возрастом, но и те, которые могут усилить жизнестойкость и личностный рост.

Здоровье в пожилом возрасте

К 60-летнему возрасту инвалидность и смерть часто являются результатом связанных с возрастом потерь слуха, зрения и движения, а также неинфекционных заболеваний, включая болезнь сердца, инсульт, хронические респираторные нарушения, рак и деменцию. Это проблемы не только богатых стран. В действительности бремя, связанное со многими из этих состояний у пожилых людей, является гораздо более высоким в странах с низким и средним уровнем доходов.

Однако само присутствие этих состояний здоровья ничего не говорит о воздействии, которое они могут оказывать на жизнь пожилого человека. Например, несмотря на наличие значительного нарушения слуха, человек

может поддерживать высокие уровни функционирования с помощью слухового протеза. Кроме того, слишком упрощенно рассматривать воздействие каждого состояния отдельно, так как старение также связано с повышенным риском наличия одновременно более одного хронического состояния (что известно под названием «мультиморбидность»). Например, в Германии почти четверть 70-85-летних людей имеют одновременно 5 или более болезней (51). Воздействие мультиморбидности на функционирование, а также на использование и стоимость услуг здравоохранения часто является значительно большим, чем можно было бы ожидать в результате отдельного воздействия этих состояний.

Кроме того, в пожилом возрасте возникают другие состояния здоровья, которые не охвачены традиционными классификациями болезней. Они могут быть хроническими (например, старческая дряхлость, распространенность которой у людей старше 65 лет может составлять около 10%) или острыми (например, делирий, который может быть результатом многочисленных детерминант – столь же разнообразных, как и инфекции или побочные эффекты хирургии).

Такая сложность состояний здоровья и функциональности пожилых людей поднимает фундаментальные вопросы о том, что мы подразумеваем под понятием здоровья в пожилом возрасте, как мы его измеряем и как мы можем ему содействовать. Необходимы новые концепции, определяемые не только присутствием или отсутствием болезней, но также воздействием этих состояний на функционирование и благополучие пожилого человека. Всесторонние оценки этих состояний здоровья являются гораздо лучшими прогностическими показателями выживания и других результатов здоровья, чем присутствие отдельных болезней или даже количество сопутствующих заболеваний/степень коморбидности (52).

Здоровое старение

Для установления того, как здоровье и функционирование могут быть рассмотрены для пожилого возраста, настоящий доклад определяет и разграничивает два важных понятия. Первым является **индивидуальная жизнеспособность**, которая относится к совокупности всех физических и психических способностей, которые человек может использовать в любой момент времени.

Однако индивидуальная жизнеспособность является лишь одним из факторов, которые будут определять то, что может делать пожилой человек. Другим являются окружающие условия, в которых живут пожилые люди и с которыми они взаимодействуют. Эти окружающие условия предоставляют разнообразные ресурсы или препятствия, которые в конечном счете определяют, сможет ли человек с данным уровнем индивидуальной жизнеспособности делать, что он считает важным. Таким образом, хотя пожилые люди могут иметь ограниченную индивидуальную жизнеспособность, они все же могут ходить за покупками, если у них есть доступ к противовоспалитель-

ным препаратам, вспомогательным средствам (таким как трость для ходьбы, кресло-коляска или скутер) и если они живут в непосредственной близости от недорогого и доступного транспорта. Такое сочетание индивидов и окружающих их условий, а также взаимодействие между ними является **функциональной способностью**, определяемой в докладе как связанные со здоровьем атрибуты, которые позволяют людям существовать и делать то, что у них есть основания ценить.

Основываясь на этих двух понятиях, настоящий доклад определяет **Здоровое старение** как **процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в пожилом возрасте**.

Центральным для такого осмысления *здорового старения* является понимание того, что ни истинная способность, ни функциональная способность не остаются постоянными. Несмотря на то, что обе они, как правило, снижаются по мере увеличения возраста, варианты жизненного выбора или интервенции в различные моменты жизненного цикла будут определять путь – или **траекторию** – каждого индивида.

Таким образом, Здоровое старение является процессом, относящимся к каждому пожилому человеку, поскольку опыт Здорового старения каждого человека может всегда стать более или менее позитивным. Например, траектория *Здорового старения* людей с деменцией или продвинутой стадией болезни сердца может улучшиться, если они имеют доступ к приемлемой для них медицинской помощи, которая оптимизирует их жизнеспособность, и если они живут в благоприятных условиях.

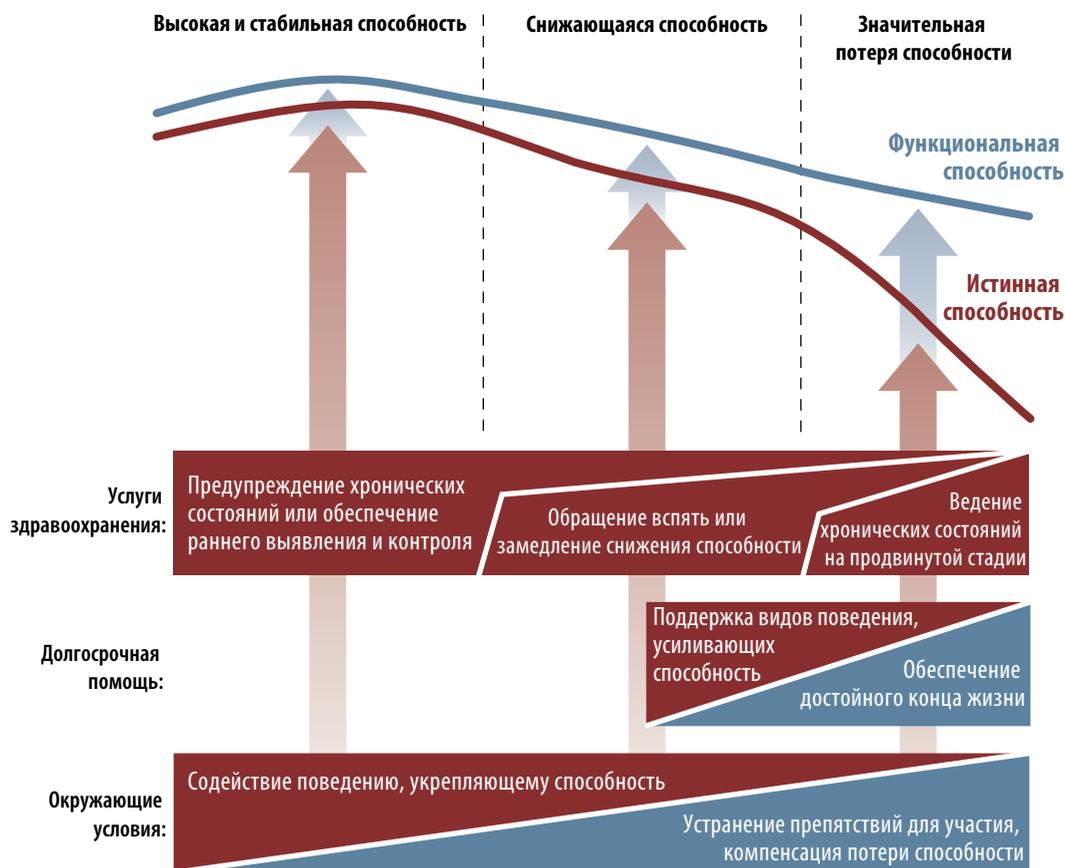
Концепция системы здравоохранения для *Здорового старения*

Всесторонние действия системы здравоохранения в отношении старения необходимо предпринять в неотложном порядке. Несмотря на существование значительных пробелов в знаниях, мы располагаем достаточным количеством данных, чтобы предпринять действия сейчас, и каждая страна может предпринять определенные шаги независимо от ее нынешней ситуации или уровня развития.

Многочисленные отправные точки могут быть определены для практических мер по содействию *Здоровому старению*, но у всех у них будет одна цель: довести до максимума функциональную способность. Этого можно достичь двумя путями: посредством развития и поддержания индивидуальной жизнеспособности и посредством предоставления возможности людям со сниженной функциональной способностью выполнять важные для них действия.

Ключевые возможности для принятия мер по оптимизации траекторий функциональной способности и индивидуальной жизнеспособности на протяжении жизненного цикла показаны на [Рис. 2](#). На этом рисунке показаны три различные подгруппы пожилых людей: люди с относительно высокой и стабильной способностью, люди с уменьшающейся способностью и люди со значительной потерей способности. Эти подгруппы не являются ни

Рис. 2. Концепция системы здравоохранения для *Здорового старения*: возможности для действий системы здравоохранения на протяжении всего жизненного цикла



жесткими, ни охватывающими течение жизни каждого пожилого человека. Однако, если потребности этих подгрупп будут учтены, функциональная способность каждого пожилого человека улучшится. Добиться этого могут помочь четыре приоритетные области для действий:

1. согласование систем здравоохранения с потребностями пожилых людей, которым они сейчас служат;
2. разработка систем долгосрочной помощи;
3. создание благоприятных условий для людей пожилого возраста;
4. улучшение измерения, мониторинга и понимания.

Хотя готовность каждой страны предпринять действия варьируется, некоторые подходы, которые, вероятно, будут эффективными, могут быть применены в каждой из этих областей. Точное описание того, что необходимо сделать и в какой последовательности, будет очень сильно зависеть от национального контекста.

Согласование систем здравоохранения с потребностями групп пожилого населения, которым они сейчас служат

По мере того как люди стареют, их потребности в отношении здоровья становятся более хроническими и сложными. Медицинская помощь, учитывающая эти многоплановые требования пожилого возраста комплексным образом, оказывается более эффективной, чем услуги, которые просто реагируют на конкретные болезни независимо друг от друга (53–55). Однако пожилые люди часто сталкиваются с услугами, предназначенными для лечения острых состояний или симптомов, которые решают проблемы здоровья несвязанным и фрагментарным образом и без координации между провайдерами помощи, учреждениями и периодами времени. Результатом является медицинская помощь, которая не только не может адекватно удовлетворить потребности пожилых людей, но и может вызвать значительные расходы для них самих и для системы здравоохранения.

Поэтому содействие *Здоровому старению* заключается не в том, чтобы сделать больше того, что уже сделано. Напротив, необходимо создать такие системы здравоохранения, которые могут обеспечить приемлемый доступ к комплексным услугам, сконцентрированным на потребностях пожилых людей. Такие системы показали лучшие результаты для пожилых людей и не являются более дорогостоящими, чем традиционные услуги. Несмотря на то, что эти системы будут иметь общий межсекторальный акцент на создание и поддержание функциональной способности пожилого населения, главным вкладом служб здравоохранения в достижение этого будет доведение до максимума индивидуальной жизнеспособности.

Осуществить такой переход может быть особенно трудным для стран с низким и средним уровнем дохода и в бедных частях мира. В таких местах с ограниченными ресурсами часто отсутствуют базисные элементы систем здравоохранения. Однако это дает возможность разработать новые подходы, с помощью которых можно будет оказывать сконцентрированную на пожилых людях и комплексную помощь, учитывая в то же время потребность в неотложной помощи, которая остается важной в более молодом возрасте.

Три ключевых подхода помогут согласовать системы здравоохранения с потребностями пожилого населения:

1. разработка и обеспечение доступа к службам, которые оказывают сконцентрированную на пожилых людях и комплексную помощь;
2. ориентация систем на поддержание индивидуальной жизнеспособности;
3. обеспечение наличия постоянных и надлежащим образом подготовленных кадровых ресурсов.

Службы, которые оказывают сконцентрированную на пожилых людях и комплексную помощь

Предоставление сконцентрированной на пожилых людях помощи и обеспечение доступа к ней потребуют организации систем вокруг потребностей и предпочтений пожилых людей, а также таких служб, которые будут ориентированы на пожилую возраст и тесно связаны с семьями и местными сообществами. Потребуется интеграция между уровнями и службами, а также между здравоохранительной и долгосрочной помощью. Ключевые действия, которые помогут достичь этого, включают:

- обеспечение получения пожилыми людьми полной диспансеризации и единого общего для всех служб плана помощи, ориентированного на оптимизацию их жизнеспособности;
- создание служб, расположенных как можно ближе к местам проживания пожилых людей, включая оказание услуг на дому, а также предоставление помощи в местном сообществе;
- создание таких структур предоставления услуг, которые содействуют оказанию помощи многодисциплинарными бригадами;
- оказание поддержки пожилым людям в самообеспечении посредством поддержки со стороны сверстников, обучения, информирования и консультирования;
- обеспечение наличия медицинской продукции, вакцин и технологий, необходимых для оптимизации их индивидуальной жизнеспособности.

Системы, ориентированные на поддержание индивидуальной жизнеспособности

Сдвиг в ориентации систем для сосредоточения на индивидуальной жизнеспособности потребует изменения медико-санитарной и административной информации, которую они собирают, способов, с помощью которых они осуществляют мониторинг эффективности, финансовых механизмов и стимулов, которые они применяют, и подготовки, которую они предоставляют. Ряд действий, вероятно, окажут помощь в таком изменении:

- адаптация информационных систем для сбора, анализа и представления данных об истинной способности;
- адаптация мониторинга эффективности, механизмов вознаграждения и финансирования для поощрения помощи, которая оптимизирует способность;
- создание клинических руководств по оптимизации индивидуальной жизнеспособности и обновление существующих руководств, чтобы их воздействие на способность было ясным.

Постоянные и надлежащим образом подготовленные работники здравоохранения

Новые системы потребуют от всех провайдеров услуг наличия базисных геронтологических и гериатрических навыков, а также более широких компетенций, необходимых для работы в системах комплексного оказания

помощи, включая компетенции, связанные с коммуникациями, коллективной работой, а также информационные и коммуникационные технологии. Однако стратегии не должны ограничиваться существующими в настоящее время границами кадровых ресурсов. Ключевые действия, которые могут быть предприняты, включают:

- предоставление базисной подготовки по гериатрическим и геронтологическим вопросам во время дослужебной подготовки и на курсах повышения квалификации для всех медицинских работников;
- включение основных гериатрических и геронтологических компетенций во все медицинские курсы обучения;
- обеспечение наличия такого количества врачей-гериатров, которое удовлетворяет потребностям населения, и поощрение создания гериатрических отделений для ведения сложных случаев;
- рассмотрение потребностей в новых кадрах (таких как координаторы и консультанты по самопомощи) и расширение ролей существующих сотрудников, таких как коммунальные работники здравоохранения, для координации медпомощи пожилым людям на уровне общины.

Разработка систем для оказания долгосрочной помощи

В XXI веке нет страны, которая может себе позволить не иметь всеобъемлющую систему долгосрочной помощи. Главная роль этих систем должна заключаться в поддержании уровня функциональной способности у пожилых людей, которые потеряли или рискуют потерять значительную часть своей жизнеспособности, и в обеспечении соответствия этой помощи их основным правам, фундаментальным свободам и достоинству человека. Это потребует признания их стремления к благополучию и уважению.

Системы долгосрочной помощи имеют многочисленные потенциальные преимущества, помимо того, что они дают возможность зависимым от посторонней помощи пожилым людям жить достойной жизнью. Эти преимущества включают сокращение нецелесообразного использования служб оказания медицинской помощи в острых случаях, оказание помощи семьям для избежания катастрофических медицинских расходов и освобождение женщин, чтобы они могли играть более широкие социальные роли. Посредством разделения рисков и бремени, которые связаны с зависимостью от посторонней помощи, системы долгосрочной помощи могут тем самым содействовать социальной сплоченности.

В странах с высоким уровнем дохода задачи по созданию всесторонних систем, вероятно, состоят, главным образом, в улучшении качества долгосрочной помощи, в разработке финансово устойчивых способов ее оказания всем тем, кто в ней нуждается, и в лучшей ее интеграции в системы здравоохранения. В странах с низким и средним уровнем дохода задача может состоять в том, чтобы создать такую систему, если она еще не существует. В таком случае ответственность за долгосрочную помощь часто лежит полностью на семье. Социально-экономическое развитие, старение населения и

изменяющиеся роли женщин означают, что такая практика более не является устойчивой или справедливой.

Только правительства могут создать и контролировать такие системы. Но это не означает, что за долгосрочную помощь отвечает только правительство. Напротив, системы долгосрочной помощи должны быть основаны на четких партнерских связях с семьями, сообществами, другими провайдерами помощи и с частным сектором и отражать проблемы и перспективы всех заинтересованных сторон. Роль правительства (часто выполняемая через министерство здравоохранения) будет состоять в руководстве таким партнерством, в подготовке и поддержке лиц, осуществляющих уход, в обеспечении проведения интеграции в различных секторах (в том числе с сектором здравоохранения), в обеспечении качества услуг, а также в прямом оказании услуг наиболее нуждающимся (либо из-за их низкой индивидуальной жизнеспособности, либо из-за их социально-экономического статуса). Этого можно достичь даже в странах с наиболее ограниченными ресурсами.

В докладе определены три подхода, которые будут чрезвычайно важными для разработки систем оказания долгосрочной помощи. Этими подходами являются:

1. создание базы, необходимой для системы долгосрочной помощи;
2. создание и поддержание стабильных и надлежащим образом подготовленных кадров;
3. обеспечение качества долгосрочной помощи.

Основные принципы системы долгосрочной помощи

Системы долгосрочной помощи требуют такую структуру управления, которая руководит разработкой и контролирует ее, а также назначает ответственность за прогресс. Это может помочь определить ключевые услуги и роли, которые они требуют, препятствия, которые могут существовать, кто может наилучшим образом оказывать услуги и кто может лучше других выполнять другие роли, такие как обучение и аккредитация. Основной акцент должен быть поставлен на разработку систем таким образом, чтобы помочь пожилым людям жить в старости в местах, которые им подходят, и поддерживать связи со своими сообществами и социальными сетями. Обеспечение доступа к такой помощи при сокращении риска возникновения финансового бремени для получателей помощи или людей, которые за ними ухаживают, потребует адекватных ресурсов и приверженности установлению приоритетов для наиболее нуждающихся в медицинской и финансовой помощи. Ключевые действия, которые могут быть предприняты, включают:

- признание долгосрочной помощи в качестве важного общественного блага;
- назначение четкой ответственности за разработку системы долгосрочной помощи и планирование того, как это будет достигнуто;
- создание справедливых и устойчивых механизмов для финансирования долгосрочной помощи;
- определение ролей правительства и развитие служб, которые будут необходимы для их выполнения.

Стабильные и надлежащим образом подготовленные кадры

Формирование кадров, необходимых для этих новых систем, потребует ряда действий. Многие действия, намеченные в рамках систем здравоохранения, также будут применимы и к лицам, осуществляющим долгосрочный уход на платной основе. Однако в связи с тем, что область долгосрочной помощи является недооцененной, дополнительной важной стратегией будет обеспечение получения такими оплачиваемыми лицами статуса и признания, которых они заслуживают.

Кроме того, в отличие от системы здравоохранения, большинство людей, осуществляющих уход в рамках долгосрочной помощи, – это в настоящее время члены семьи, волонтеры, члены организаций в сообществе и оплачиваемые, но не имеющие подготовку работники. Большинство из них – женщины. Организация подготовки, которая даст им возможность хорошо выполнять свою работу и в то же время избавит от стресса, который возникает в результате недостаточной информированности о том, как преодолеть сложные ситуации, будет занимать центральное место в создании системы долгосрочной помощи. Ключевые действия, которые должны быть предприняты, включают:

- улучшение заработной платы и условий труда лиц, оказывающих долгосрочную помощь на платной основе, и создание возможностей для карьерного роста, который позволит им занимать более ответственные и лучше оплачиваемые должности;
- принятие законодательных мер в поддержку гибких условий работы или отпусков для членов семьи, оказывающих долгосрочную помощь;
- создание механизмов поддержки для лиц, оказывающих долгосрочную помощь, например предоставление возможности получить замену для выполнения их обязанностей на время отпуска и доступной подготовки или информационных ресурсов;
- повышение информированности в отношении ценности и вознаграждения лиц, обеспечивающих уход, и борьбу с социальными нормами и ролями, препятствующими мужчинам и молодым людям выполнять функции лиц, обеспечивающих уход;
- поддержку инициатив в местных сообществах, которые объединяют пожилых людей в качестве ресурса для обеспечения ухода, а также участия в других мероприятиях, направленных на развитие сообщества.. В странах с низким и средним уровнем дохода существуют хорошие примеры того, как через ассоциации пожилых людей пожилые волонтеры смогли защищать права и оказывать помощь и поддержку своим сверстникам, которые в них нуждались. Эти концепции могут быть применены в местах с более высокими уровнями дохода.

Качество долгосрочной помощи

Первым шагом в обеспечении качества долгосрочной помощи будет ориентация служб на достижение цели оптимизации функциональной способности. Это требует, чтобы системы и лица, обеспечивающие уход, рассмотрели,

как они могут оптимизировать траекторию жизнеспособности пожилого человека и компенсировать потерю жизнеспособности посредством предоставления помощи и изменения окружающих условий, которые помогают пожилому человеку поддерживать функциональную способность на уровне, обеспечивающем благополучие. Ключевые действия, которые должны быть предприняты, включают:

- разработку и распространение протоколов или руководств по оказанию помощи, в которых рассматриваются ключевые вопросы;
- создание механизмов аккредитации для служб и лиц, профессионально занимающихся обеспечением ухода;
- создание официальных механизмов для координации помощи (в том числе между долгосрочной помощью и медицинскими службами);
- создание систем управления качеством для обеспечения поддержания фокуса на оптимизации функциональной способности.

Создание условий, благоприятных для пожилого возраста

В данном докладе за основу принята *Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья*, учитывая, что окружающие условия охватывают весь контекст, в котором мы живем (56). Это включает транспорт, жилье, работу, социальную защиту, информацию и коммуникации, а также медицинские службы и долгосрочную помощь, хотя они рассматриваются в докладе более подробно по отдельности. Основные принципы системы здравоохранения для *Здорового старения* определяют общую цель для всех этих заинтересованных сторон: оптимизировать функциональную способность. В докладе изучается, как этого можно достичь в пяти сильно взаимосвязанных областях функциональной способности, которые являются важными для того, чтобы дать возможность пожилым людям делать то, что они считают ценным; это включает возможности:

- удовлетворять свои основные потребности;
- учиться, развиваться и принимать решения;
- сохранять мобильность;
- устанавливать и поддерживать отношения; и
- вносить вклад.

Все вместе эти возможности позволяют пожилым людям безопасно стареть в том месте, которое они считают подходящим, продолжать личностное развитие, вносить вклад в жизнь сообщества и сохранять автономность и здоровье.

Меры, необходимые для содействия этим способностям, принимают различные формы, но действуют двумя различными способами. Первый – это создание и поддержание индивидуальной жизнеспособности либо путем уменьшения рисков (таких как высокие уровни загрязнения воздуха), поощрения здорового поведения (например, физической активности), либо путем устранения препятствий для этого (например, высоких показателей преступности или опасного дорожного движения); либо путем предоставления

услуг, содействующих жизнеспособности (таких как медицинская помощь). Второй состоит в том, чтобы дать возможность для большей функциональной способности человеку с определенным уровнем жизнеспособности. Другими словами, путем заполнения пробела между тем, что люди могут делать с их уровнями жизнеспособности, и тем, что они могли бы делать, если бы жили в благоприятных условиях (например, посредством предоставления ортопедической техники, обеспечения доступного общественного транспорта или формирования более безопасного окружения). Несмотря на то, что мероприятия на уровне всего населения в рамках обоих способов могут улучшить окружающие условия для многих пожилых людей, многие не смогут воспользоваться предоставленными преимуществами без индивидуализированной поддержки.

Из-за того, что столь многие сектора и участники могут влиять на *Здоровое старение*, чрезвычайно важное значение будет иметь скоординированный подход к политике и практике, при котором надежды и устремления пожилых людей будут занимать центральное положение. В докладе определены три подхода, которые являются общими практически для всех секторов в качестве приоритетов для осуществления. Ими являются:

1. борьба с дискриминацией пожилых;
2. создание возможностей для автономности;
3. поддержка *Здорового старения* во всех политических направлениях и на всех уровнях управления.

Борьба с эйджизмом (дискриминацией пожилых)

Основанные на возрасте стереотипы влияют на поведение, разработку политики и даже исследования. Преодоление этого посредством борьбы с дискриминацией пожилых должно находиться в центре любых действий системы здравоохранения в ответ на феномен старения населения. Хотя это и будет трудным, опыт борьбы с другими распространенными формами дискриминации, такими как сексизм и расизм, показывает, что позиции и нормы могут быть изменены.

Преодоление дискриминации пожилых потребует формирования и внедрения в сознание всех поколений нового понимания старения. Это не может основываться на устаревшем понимании пожилых людей как бремени или на нереалистичных утверждениях, что пожилые люди сегодня тем или иным образом избежали проблем здоровья их родителей или бабушек и дедушек. Оно, скорее, требует принятия широкого разнообразия вариантов жизни в пожилом возрасте, признания несправедливостей, лежащих в основе дискриминации, и открытого обсуждения того, как можно улучшить ситуацию. Ключевые действия для осуществления включают:

- проведение информационных кампаний для расширения знаний и углубления понимания старения среди средств массовой информации, широких слоев населения, политиков, работодателей и провайдеров услуг;
- принятие законодательства против дискриминации по возрастному признаку;

- обеспечение сбалансированного представления старения в средствах массовой информации, например посредством сведения к минимуму сенсационных сообщений о преступлениях против пожилых людей.

Автономность

Вторым общим приоритетом является создание возможностей для автономности. Автономность в значительной степени зависит от удовлетворения базисных потребностей пожилого человека и, в свою очередь, оказывает сильное влияние на достоинство, неприкосновенность, свободу и независимость пожилых людей и неоднократно определялась как основной компонент их общего благополучия.

Пожилые люди имеют право делать выбор и контролировать такие вопросы как, где они живут, какие личные отношения имеют, что носят, на что тратят свое время, проходят лечение или нет. Возможность для выбора и контроля формируется многими факторами, в том числе индивидуальной жизнеспособностью пожилых людей, средой, в которой они живут, персональными и финансовыми ресурсами, которые они могут использовать, и возможностями, которые они имеют.

Одной из ключевых мер для создания возможностей автономности будет доведение до максимума индивидуальной жизнеспособности, и это широко обсуждается в стратегиях, относящихся к системам здравоохранения. Однако автономность может быть усилена независимо от уровня жизнеспособности пожилого человека. Действия, которые могут помочь достичь этого, включают:

- принятие законодательства для защиты прав пожилых людей (например, защищающее их от злоупотреблений в отношении пожилых людей), поддержку пожилых людей в осознании и использовании ими своих прав, и создание механизмов, которые могут быть использованы для ликвидации нарушений их прав, в том числе в чрезвычайных ситуациях;
- предоставление услуг, облегчающих функционирование, таких как ортопедическая и реабилитационная техника, а также оказание услуг в местных сообществах и на дому;
- обеспечение механизмов для предварительного планирования мероприятий по уходу и поддержке принятия решений, дающих возможность пожилым людям сохранить максимальный уровень контроля над своей жизнью, несмотря на значительную потерю жизнеспособности;
- создание доступных возможностей для обучения и развития на протяжении всей жизни.

Здоровое старение во всех направлениях и на всех уровнях государственного управления

В быстро растущем числе стран возраст более одного из пяти человек превышает 60 лет. Существует мало направлений государственного управления и служб, на которые это не повлияет тем или иным образом. Включение *Здорового старения* во все политические направления и на все уровни государ-

ственного управления поэтому будет иметь чрезвычайно важное значение. Общенациональные, региональные, районные или муниципальные стратегии и планы действий в области старения могут помочь в руководстве такими межсекторальными ответными действиями и обеспечить скоординированное реагирование, охватывающее многие сектора и уровни управления. Это потребует взятия четких обязательств по достижению целей и определения четких сфер ответственности, наличия адекватных бюджетов и разработки механизмов для координации, мониторинга, оценки и отчетности во всех секторах. Сбор и использование разделенной по возрасту информации о жизнеспособности пожилых людей также будет иметь значение. Это может облегчить рассмотрение эффективности существующей политики, систем и услуг, и их недостатков. Кроме того, механизмы консультирования и привлечения пожилых людей или представляющих их организаций к разработке и оценке политики могут помочь обеспечить ее соответствие потребностям местного населения. Вместе с тем, здесь имеется много других областей для действий, которые включают:

- создание политики и программ, которые расширяют количество вариантов жилья для пожилых людей и помогают переделать имеющееся жилье таким образом, чтобы дать возможность пожилым людям провести старость в местах, которые им подходят;
- принятие мер для обеспечения защиты пожилых людей от нищеты, например с помощью систем социальной защиты;
- предоставление возможностей для социального участия и выполнения значимых социальных ролей, особенно посредством целенаправленного воздействия на процессы, которые маргинализуют и изолируют пожилых людей;
- устранение препятствий, установление стандартов доступности среды и обеспечение следования этим стандартам в зданиях, на транспорте, а также в информационных и коммуникационных технологиях;
- рассмотрение решений в областях городского планирования и землепользования и их воздействия на безопасность и мобильность пожилых людей;
- содействие возрастному многообразию и включению в рабочую среду.

Улучшение измерений, мониторинга и понимания

Обеспечение прогресса в области *Здорового старения* потребует гораздо лучшего понимания связанных с возрастом вопросов и тенденций. На многие основные вопросы еще предстоит найти ответы.

- Каковы нынешние модели *Здорового старения*, и изменяются ли они со временем?
- Каковы детерминанты *Здорового старения*?
- Неравенства увеличиваются или уменьшаются?
- Какие меры являются эффективными для содействия *Здоровому старению* и в каких подгруппах населения?

- Какими должны быть распределение во времени и последовательность этих мероприятий?
- Каковы потребности в медицинской помощи и в долгосрочной помощи у пожилых людей, и насколько хорошо они удовлетворяются?
- Каков реальный экономический вклад пожилых людей, а также какова в действительности стоимость и выгода от содействия *Здоровому старению*?

В качестве первого шага в поиске ответов на эти вопросы следует включить пожилых людей в демографическую статистику и в обследования всей совокупности населения, а анализ этих информационных источников должен проводиться в разбивке по возрасту и полу. Соответствующие показатели *Здорового старения* и его детерминанты и распределения также должны быть включены в эти исследования.

В то же время необходимо будет поощрять исследования в ряде конкретных областей, связанных со старением и здоровьем, и это потребует согласования основных понятий и того, как их можно измерять. Следует поощрять такие методы, как многострановые и междисциплинарные исследования, так как они могут быть репрезентативными для различных групп населения, и изучать детерминанты *Здорового старения* и отличающиеся обстоятельства жизни пожилых людей. Так же следует изучать участие и вклад пожилых людей, поскольку это может дать более релевантные и инновационные результаты. Затем, после получения новых и более релевантных знаний о старении и здоровье, потребуются глобальные и местные механизмы для их быстрого преобразования в клиническую практику, практические меры общественного здравоохранения на уровне всего населения или политику в социальной области и области здравоохранения.

Три подхода будут иметь важное значение для улучшения измерений, мониторинга и понимания. Ими являются:

1. согласование количественных показателей, критериев и методов анализа *Здорового старения*;
2. улучшение понимания состояния здоровья и потребностей групп пожилого населения и того, насколько хорошо удовлетворяются их потребности;
3. усиление понимания траекторий *Здорового старения* и того, что может быть сделано для их улучшения.

Количественные показатели, критерии, методы анализа

Нынешние количественные показатели и методы, используемые в области старения, являются ограниченными и не дают глубокого понимания ключевых аспектов *Здорового старения*. Необходим консенсус относительно того, какие подходы и методы являются наиболее целесообразными. Это требует их извлечения из целого ряда областей и проведения сравнений, а также возможного согласования данных, полученных из разных стран, учреждений и секторов. Приоритеты включают:

- формирование и достижение консенсуса относительно количественных показателей, стратегий измерения, инструментов, тестов и биомаркеров

для ключевых понятий, касающихся *Здорового старения*, в том числе для функциональной способности, индивидуальной жизнеспособности, субъективного благополучия, мультиморбидности и потребности в услугах и помощи;

- достижение консенсуса в отношении подходов к оценке и интерпретации траекторий этих метрик и показателей в течение всего жизненного цикла. Важно будет продемонстрировать, как полученная информация может использоваться в качестве исходных данных для политики, мониторинга, оценки, клинических решений или решений в системе здравоохранения;
- разработку и применение улучшенных подходов для тестирования клинических мероприятий, учитывающих различную физиологию пожилых людей и мультиморбидность.

Состояние здоровья и потребности пожилого населения

Несмотря на то, что необходимо делать больший акцент на пожилом возрасте в исследованиях всего населения, необходимы также массовые исследования конкретно пожилых людей, чтобы выявить уровни и распределение функциональной способности и индивидуальной жизнеспособности; как они изменяются во времени; потребности в медицинской помощи, уходе и поддержке и насколько хорошо они удовлетворяются. Эти исследования могут включать:

- организацию регулярных массовых обследований пожилых людей, которые могут детально отражать функциональную способность; индивидуальную жизнеспособность; конкретное состояние здоровья; потребность в медицинской помощи или в долгосрочной помощи, или же в более широких изменениях окружающих условий и удовлетворяются ли эти потребности;
- отражение тенденций в индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности в различных возрастных когортах и определение, связано ли увеличение ожидаемой продолжительности жизни с увеличением количества лет здоровой жизни;
- определение показателей и механизмов для непрерывного наблюдения за траекториями *Здорового старения*.

Траектории *Здорового старения* и что может быть сделано для их улучшения

Содействие *Здоровому старению* потребует гораздо лучшего понимания распространенных траекторий индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности, их детерминант и эффективности мер по их изменению. Ключевые действия для достижения этого включают:

- определение диапазона и видов траекторий индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности и их детерминант в различных группах населения;
- количественное определение воздействия медицинской помощи, долгосрочной помощи и изменения окружающих условий на траектории *Здорового старения*, а также определение способов их воздействия;

- улучшение количественного определения экономического вклада пожилых людей и стоимости предоставления услуг, которые им необходимы для *Здорового старения*, а также разработку научно обоснованных и сравнимых способов анализа выгод от инвестиции.

Вывод

Всесторонние действия системы здравоохранения в отношении феномена старения необходимо предпринять в неотложном порядке, и уже сейчас есть что-то, что можно сделать в любых условиях, независимо от уровня социально-экономического развития.

В данном докладе представлены общие принципы действий системы здравоохранения, основанных на концепции *Здорового старения*. Ответ общества на старение населения потребует изменения систем здравоохранения от моделей, основанных на лечении болезней, к предоставлению ориентированной на пожилых людей комплексной помощи. Это потребует разработки, иногда начиная с нуля, всеобъемлющих систем долгосрочной помощи. Это потребует также скоординированных ответных мер со стороны многих других секторов и многочисленных уровней управления. Они должны быть основаны на коренном изменении нашего понимания старения в сторону такого понимания, которое учитывает разнообразие пожилых людей и реагирует на системные неравенства, которые часто лежат в основе этого. Для этого необходимо будет также основываться на лучших способах измерения и мониторинга здоровья и функционирования пожилых людей.

Несмотря на то, что эти действия неизбежно потребуют ресурсов, они, по-видимому, являются обоснованной инвестицией в будущее: такое будущее, которое предоставляет пожилым людям свободу жить жизнью, которую предыдущие поколения не могли даже представить.

Ссылки

1. World economic and social survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations; 2007 (http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf, accessed 22 July 2015).
2. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012. pp. 4–13 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf, accessed 22 July 2015).
3. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012 Apr 7;379(9823):1295–6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4) PMID: 22480756
4. Smith A. Grand challenges of our aging society: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2010. (<http://www.nap.edu/catalog/12852/grand-challenges-of-our-aging-society-workshop-summary>, accessed 15 July 2015).
5. Butler RN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues*. 1980;36(2):8–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
6. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, accessed 21 July 2015).
8. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
9. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID: 15894591
10. Levy B, Banaji M. Implicit ageism. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:49–75 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
11. Kite M, Wagner L. Attitudes toward older and younger adults. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
12. Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. *Work Older People*. 2011;15(4):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257>
13. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11.
14. Aboderin I, Kizito P. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
15. McIntyre D. Health policy and older people in Africa. In: Lloyd-Sherlock P, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004:160–83 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 21 July 2015).
16. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med*. 2015 Feb;126:154–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2014.12.028> PMID: 25562311
17. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004 Oct;94(10):1788–94. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID: 15451751
18. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund; 2014 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf, accessed 21 July 2015).

19. Kingsley DE. Aging and health care costs: narrative versus reality. *Poverty Public Policy*. 2015;7(1):3–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pop4.89>
20. Rolden HJA, van Bodegom D, Westendorp RGJ. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Soc Sci Med*. 2014 Nov;120(0):110–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.020> PMID: 25238558
21. Hagist C, Kotlikoff L. Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.3386/w11833>
22. Wong A, van Baal PHM, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ*. 2011 Apr;20(4):379–400. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1597> PMID: 20232289
23. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 2006 Oct;63(7):1720–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018> PMID: 16781037
24. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust*. 2007 Oct 1;187(7):383–6. PMID: 17907999
25. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID: 12546289
26. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070
27. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963
28. Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *Am J Public Health*. 2010 Jan;100(1):100–7. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388> PMID: 19910350
29. Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Apr;49(4):443–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x> PMID: 11347789
30. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*. 2011;11(1):47. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47> PMID: 21851629
31. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):2157–63. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID: 22994192
32. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *Am J Public Health*. 2013 Nov;103(11):e78–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250> PMID: 24028235
33. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID: 19010526
34. Lafortune G, Balestat G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; 2007 doi: <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>
35. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011 Nov 1;89(11):788–97. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730> PMID: 22084524
36. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E75. PMID: 22440549

37. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Aug;31(8):1803–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
38. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2014 Nov 5;385(9967):563–75. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
39. Polivka L. Globalization, population, aging, and ethics. *J Aging Identity*. 2001;6(3):147–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
40. Arxer SL, Murphy JW. *The Symbolism of globalization, development, and aging*. Dordrecht: Springer; 2012 (<http://USYD.ebib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=994408>, accessed 21 July 2015).
41. Gasper D. Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. *J Int Dev*. 1997;9(2):281–302. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
42. Nussbaum MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ*. 2003;9(2–3):33–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
43. Nussbaum M. Capabilities and social justice. *Int Stud Rev*. 2002;4:123–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
44. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658
45. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
46. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
47. Adams KB. Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(2):87–108. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/OUQ0-7D8X-XVVU-TF7X> PMID: 15259878
48. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2012 Mar;27(1):181–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023965> PMID: 21707177
49. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
50. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
51. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-Römer C, Böhm K, Ziese T, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009 (in German).
52. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczy M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. *Rejuvenation Res*. 2008 Aug;11(4):829–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
53. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
54. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
55. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
56. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization; 2001.



В связи со старением населения крайне необходимы всесторонние действия в области общественного здравоохранения. Это потребует фундаментальных изменений – не только того, что мы делаем, но и того, как мы осмысливаем само старение. Во *Всемирном докладе о старении и здоровье* изложены основы для принятия мер по содействию *Здоровому старению*, которое строится вокруг нового понятия функциональной способности. Это потребует изменения систем здравоохранения от моделей, основанных на лечении болезней, к предоставлению ориентированной на пожилых людей комплексной помощи. Это потребует разработки, иногда начиная с нуля, всеобъемлющих систем долгосрочной помощи. Это потребует скоординированных ответных мер со стороны многих других секторов и многочисленных уровней управления. И для этого необходимо будет найти лучшие способы измерения и мониторинга здоровья и функционирования пожилых людей.

Эти действия, вероятно, станут хорошей инвестицией в будущее общества. В будущее, которое даст пожилым людям свободу жить такой жизнью, которую не могли представить себе предыдущие поколения.