



КОЭВОЛЮЦИЯ
Coevolutia

КОЭВОЛЮЦИЯ

Ежегодник – 2025

Ижевск 2026

УДК 082.1+613+616

ББК 94.3

К-76

Коэволюция : Ежегодник – 2025 /Редактор-издатель Н.А.Печерских. – Ижевск : «Коэволюция», 2026. – 105 с.: 30см. [Электронная версия] Файл PDF : 1,6 МиБ

ISBN 978-5-9500856-3-5

Тематический ежегодник «Коэволюция» за 2025 год содержит сценарии социально-экономического прогноза на 2025-2050 гг, материалы научно-практической конференции «Аксиология, организация и финансирование медицины» и логическое исследование рецептурного знания.

Материалы были опубликованы на сайтах <http://coevolutia.ru/> и <http://aksiologiamedici.coevolutia.ru/>. Рефераты публикуемых материалов на русском и английском языке.

Для научных работников, специалистов и студентов (16)

Редакционная коллегия и рецензирование

Печерских Николай Александрович (редактор-издатель, секретарь конференции), доктор философских наук, доцент по кафедре экономической теории, профессор Ижевского юридического института (филиала) ВГУЮ (РПА МЮ России)

Дедюхин Константин Георгиевич, кандидат юридических наук, полковник милиции в отставке, доцент, директор Ижевского института (филиала) Всероссийского государственного университета юстиции (РПА Минюста России)

Ураков Александр Ливиевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии Ижевской государственной медицинской академии

Поторочин Андрей Георгиевич, кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой Общегуманитарных и специальных дисциплин Ижевского юридического института (филиала) ВГУЮ (РПА МЮ России)

Печерских Светлана Павловна, кандидат философских наук, доцент кафедры философии и гуманитарных дисциплин Ижевской государственной медицинской академии

Наймушина Анна Николаевна, кандидат философских наук, независимый исследователь (Германия)

© Авторы статей



СОДЕРЖАНИЕ

Н.А.Печерских ЧТО НАМ ГРЯДУЩЕЕ ГОТОВИТ? ГОД? ПЯТИЛЕТКА? ПОКОЛЕНИЕ?.....	4
Год 2025.....	5
Пятилетка 2026-2030.....	7
Последующие 20 лет.....	11
Социальная революция – антименеджерская.....	11
Постгуманизм и прочий «интеллект, идентичный натуральному».....	18
Евроазиатский этногенез.....	23
Самокритика.....	25
Материалы научно-практической конференции «Аксиология, организация и финансирование медицины».....	27
Платонова С.И ЦИФРОВОЙ КАПИТАЛ: ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ ДЛЯ БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛЮДЕЙ.....	29
Оропай А.Ф.ПРИМЕР АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ (РАЗМЫШЛЕНИЯ НАД МЕМУАРАМИ ОТЦА).....	33
Печерских Н.А. К ИСЧИСЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ.....	39
Яхья, Закария. АКСИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ В ПАКИСТАНЕ: ПРОПЛЫТЬ МЕЖДУ ЦЕННОСТЯМИ, ИНТЕРЕСАМИ И ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬЮ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	53
Маквана Вайбхавкумар, Шукла Хетви. МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА В ИНДИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ.....	67
Публикации на разные темы.....	80
Печерских Н.А. ТЕХНИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ: ЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС РЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕДПИСАНИЙ.....	80
РЕФЕРАТЫ.....	88
SYNOPSIS.....	97
АВТОРЫ СБОРНИКА.....	104

ЧТО НАМ ГРЯДУЩЕЕ ГОТОВИТ? ГОД? ПЯТИЛЕТКА? ПОКОЛЕНИЕ?

Н.А.Печерских

Результатом 2025 г. следует ожидать вооруженные и гибридные боюдания НАТО с Россией, Ираном и мн. др., без видимого результата. Окончание СВО на Украине, например, вероятнее в 2026-2028 гг. Роспуск НАТО в перспективе до 2030 года маловероятен, а его сохранение будет означать только подготовку к новым войнам (как гибридного, так и вооруженного содержания). Главным содержанием международного процесса до 2030 г. будет перераспределение экономической власти. РФ на этом пути вполне может пройти по цепочке «средство обращения», «мера стоимости», «сокровище», «средство платежа», «средство накопления», «мировые деньги» достаточно далеко, до превращения рубля в средство международных расчётов, но вот уже придать ему функции валюты инвестиций (средство накопления) – скорее, задача за горизонтом 2030 г. На период до 2050 г. (понижательная полуволна кондратьевского цикла), при задаче подготовки повышательной волны развития человечества, процессы будут определяться в большей степени социальной революцией с антименеджерским содержанием. Техничко-технологический прогресс выступает вспомогательным средством сокращения объемов труда по управлению и согласованию, перспективы этногенетических процессов выходят за рамки горизонта прогнозирования.

Ключевые термины: прогнозирование, Россия, Китай, мировая система капитализма, ядро мировой системы, периферия мировой системы, специальная военная операция, мировые деньги, евроазиатская интеграция, этногенез, трансгуманизм, отчуждение, антименеджерская революция

The result of 2025 should be expected to be armed and hybrid butting of NATO with Russia, Iran, and many others, with no visible result. The end of the SWO in Ukraine, for example, is more likely in 2026-2028. The dissolution of NATO in the future before 2030 is unlikely, and its preservation will only mean preparing for new wars (both hybrid and armed content). The main content of the international process until 2030 will be the redistribution of economic power. On this track, the Russian Federation may go fare through the chain of "medium of exchange" for Rouble, than "measure of value", "treasure", "means of payment", "means of accumulation", "world money" enough to turn the ruble into a means of international exchange, but now give it the function of an investment currency (means of accumulation) – it is rather the task beyond the horizon of 2030 For the period up to 2050 (the downward half-wave of the Kondratieff cycle), with the task of preparing an upward wave of human development, the processes will be determined in mane by a social revolution with anti-managerial content. Technical and technological progress acts as an auxiliary means of reducing the amount of labor for management and coordination, the prospects of ethnogenetic processes go beyond the horizon of forecasting.

Keywords: forecasting, Russia, China, the global system of capitalism, the core of the world system, the periphery of the world system, special military operation, world money, Eurasian integration, ethnogenesis, transhumanism, alienation, anti-managerial revolution

Год 2025

Вне разумных сомнений, «по украинцам» (юго-восточная Европа, Финляндия с Арменией, Сирия, Сахель, Венесуэла-Панама-Никарагуа) продолжатся «Специальные военные и информационные операции», вооруженные и гибридные бодрания НАТО с Россией, Ираном и многими другими, без видимого результата. В нынешнем формате, например СВО «НАТО против России на Украине» внешне будет выглядеть как качели: то одна сторона захватит 1000 квадратных километров (30*30, армейская наступательная операция), то другая. По сути, но не в явлении, Россия, конечно, давит, за год выгрызая зубами 7-8 «плацдармов» наступательной операции армейского масштаба и теряя 1, имея десятикратное преимущество в огневом залпе, и реализуя 8-10 кратное преимущество в соотношении потерь. Но ведь это не на территории НАТО, и тем более не в США! С той стороны кажется, что такие бодрания могут тянуться вечно, и если у Америки только государственного долга 36 триллионов долларов, а Россия составляет только 3% мировой экономики, то рано или поздно Россию можно вынудить к перемирию, которое будет победой США и НАТО. «Минские соглашения были нужны для того, чтобы дать Украине время на перевооружение» (© Ангела Меркель в интервью немецкой Die Zeit, 9 декабря 2024). Ещё одно такое перемирие – и НАТО, наконец, сможет противопоставить России военную силу, пропорциональную экономической мощи коллективного Запада, «Золотого миллиарда».

Хорошо, «давайте вычислять» (©Готфрид Лейбниц, XVII век). «Для войны нужны три вещи: деньги, деньги и ещё раз деньги» (©маршал Джан-Джакомо Тривульцио, 1448—1518, в ответ на вопрос Людовика XII), но для победы нужен «налог кровью, огневое зелье и хлебный припас». С деньгами у США и НАТО всё почти в по-

рядке (если не считать, что гибридная война идёт именно против доллара): легко пообещать миллиард долларов, если этого мало, можно пообещать ещё 10, 100 миллиардов, можно даже «напечатать» целый триллион, и этого было бы достаточно или более, чем достаточно ещё 15 лет назад. Но вот с кровью, огневым зельем и хлебным припасом хуже. Весь мобилизационный ресурс Украины составляет 3-5 миллионов боеспособных мужчин, причём около миллиона уже сторело. То есть Збройны Силы Украины разгромлены уже не только материально-технически (то было уже к лету 2022 года), но и мобилизационно-демографически. Рассуждения о вводе 50-тысячного контингента «кого-нибудь» (Польши с Прибалтикой и Швецией, Польши с Англией и Францией, НАТО или ещё кого-нибудь с кем-нибудь) есть не «разговоры в пользу бедных», а «суровая военная необходимость», иначе военный крах неизбежен. Мобилизационный ресурс «Золотого миллиарда» *кажется* достаточно большим, в 6-8 раз больше ресурса «изолированной» России. Но вы ведь и на поле боя теряете в 8 раз больше, чем русские! «Тупик позиционной войны», в чистом виде...

Есть ещё ресурс военных наёмников, в предыдущих публикациях я приводил его оценку в полмиллиона (на стороне англосаксонских ЧВК)¹. Но, во-первых, англоамериканские ЧВК уже воюют на Украине, а во вторых, они задействованы и по другим украинцам – в Африке, Юго-восточной Азии, Латинской Америке, на Ближнем Востоке. Полмиллиона – весь корпус, значит в зоне операций может быть 150-250 тысяч (по всему миру!). И если на Украине сейчас от 20 до 40 тысяч иностранных наёмников (может быть, до 50 000), то это «почти всё», что может дать всемирное наёмничество, и этого уже не хватает.

«Золотой миллиард» ежегодно пополняет запас мужчин призывных возрастов,

1 Печерских Н.А. Циничная арифметика гражданской войны //Актуальные проблемы развития российского законодательства и практика его применения. Сборник научных статей по результатам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ижевск, 2022. С. 1058-1073.

годных по здоровью, на 3-4 миллиона человек, сам этот запас составляет 50-80 миллионов. Но это миллионы «теоретические». Списывайте половину на иммигрантов, которые приехали в США и Европу совсем не для того, чтобы служить вообще, списывайте половину от оставшейся половины на «квалифицированных потребителей», не рвущихся служить в армии, половину от оставшейся четверти – на не соответствующих требованиям по образованию. В итоге просто поддержание армий стран НАТО на уровне 3,3-3,5 миллиона человек составляет отнюдь не тривиальную проблему.

Если же принять во внимание ещё и положение с «огневым зельем», то военные проблемы «золотого миллиарда» становятся ещё проблематичнее. Польша, Германия, Франция, США собираются увеличить военное производство к 2028, 2030 или 2035 году. Но, во-первых, Россия явно не собирается стоять в сторонке, и так же наращивает выпуск вооружений. А во-вторых Китай «на войну не пришёл» пока: если его продолжать «сдерживать», то вполне может и собраться, как раз к 2028, 2030, или к 2035 году. Истериические пропагандистские наскоки Дональда Трампа от января 2025 года как раз про это: США должны, вынуждены сосредоточиться на Китае, на экономическое сдерживание и военное противостояние с ним. Европа должна, вынуждена будет «самостоятельно» тянуть войну на Украине. Пока же во всей красе и ясности видно только то, что свободный рынок, движимый мотивом частной прибыли, совершенно неэффективен в производстве вооружений. Хорошо получается *извлекать* прибыль, продавая оружие гражданскому сектору рынка или производя «высокотехнологичные» ракеты-танки-самолёты в небольшом количестве; плохо получается производить боеприпасы массово, вообще не получается осуществлять инвестиции: риск побеждает прибыль. Частный капитал не стремится туда, где маржа невелика (массовое производство «простых» боеприпасов), срок окупаемости длинный (новые военные заводы), и существует риск изменения условий

торговли. Будут ли правительства *массово* закупать боеприпасы через 5-7 лет? Заказы малыми партиями инвестиций не окупят.

Несколько лучше перспективы «золотого миллиарда» только в отношении «хлебного припаса», в поддержании текущего порядка и общего обеспечения образа жизни. «Побеждает тот, кто вытерпит на полчаса дольше противника»; Украина отработала свои три года, её можно списывать. Наступает очередь Польши с Прибалтикой; потом наступит черёд Финляндии, Румынии, Болгарии, потом «старой Европы». Причем «всё в порядке»: кризис где-то тут, вблизи границ России, капиталы потихоньку бегут «на свой полюс» в США, система в целом сохраняется, дивиденды платятся, витрина западной демократии по-прежнему привлекательна. Японскую экономику спускали под откос на тормозах с 1990 по 2015 год, и ничего. Теперь черёд Германии и Франции, и ничего. Лишь бы сохранить мировую систему капитализма и её центр и мировой полюс – успех и славу американской мечты. А там, глядишь, кто-нибудь да сдохнет.

Так что самое грозное в нынешней военной борьбе – не гибель бойцов на линии, не атаки беспилотников по промышленным и гражданским объектам в тылу, а «пенсионеры и подростки», поджигающие релейные шкафы на железных дорогах. Значит «повседневность» Российского общества не настолько уж и стабильна, и кажется, что если ещё поднажать, да сократить доходы российского бюджета путём ограничения торговли углеводородами, да ограничить поставки технологичных товаров в Россию путем эмбарго... В общем, ещё немного, ещё чуть-чуть, и тогда... Но только это «тогда» – не год и не три, а все 10 или 15, и при том только, что вы не пропустите вперёд Китай в технологической гонке (а точнее, если вы будете весь мир уверенно обгонять). А этой-то уверенности и нет вовсе: Китай где отстаёт, а где и опережает, да Россия и сама в технологической гонке идёт «в группе лидеров». И с атакой на «повседневность» не всё складывается у «золотого миллиарда»: продавая меньше газа и нефти, Россия получает

больше денег, да ещё и проблемы с конвертацией валюты в рубли остаются на Западе. При своих остаются США, но не Запад в целом: США продают свои углеводороды, но промышленность стоит перед высокими ценами и тормозится и в Европе, и в США, и в Японии с Южной Кореей.

Таковы процессы, определяющие картину года зелёной деревянной змеи. Другие будут проявляться медленнее. Могут ли быть серьёзные отклонения от «боданий без видимого результата»? Военная катастрофа военно-нацистского недогосударства вполне возможна, как на Украине, так и в других регионах мира. На Украине денацификация и демилитаризация средствами вооруженной борьбы могла бы состояться ещё в 2022 году. К сожалению, и в 2025 году этот вариант не столь уж и выгоден: он нисколько не приближает крах НАТО. Пострадает «демократическая партия» золотого миллиарда, укрепится «национально-республиканская партия». Продолжатся военные приготовления, «укрепления флангов», останутся на западе «украинские беженцы», можно будет затеять «правительство в изгнании», где-нибудь в другом регионе мира организовать очередное националистически-военно-религиозно-фундаменталистское недогосударство, и всё ту же политику продолжать чуть другими средствами.

Вариант замораживания войны где-то на границах Донбаса возможен так же, но маловероятен (на грани стохастической незначимости). Денацификация и демилитаризация Украины в этом случае невозможны. Для России такой вариант означал бы однозначные имиджевые и внешнеполитические потери, возвращение в статус периферии капиталистической мировой системы, экономическую зависимость от ядра и полную утерю перспектив. Чтобы такое случилось, не только «подростки и пенсионеры» должны активизироваться

кратно, но и действующие генералы и депутаты должны «милостиво соизволить» брать взятки в *долларах и евро*. И то и другое не исключено, но на год вперёд является чисто теоретически возможным: дураков народ называет дураками, не обращая внимание на толерантность и «алгоритмы» в интернете, и «иноагентов» государственная машина России выделяет и маргинализирует, невзирая на элитарные статусы.

Столь же маловероятно на грани стохастической незначимости появление второго очага «военного конфликта средней интенсивности» – на Корейском полуострове, вокруг Тайваня, в Южно-китайском море. Вот если СВО на Украине будет заморожена, или случится военная катастрофа, тогда «конфликт средней интенсивности» США и Китая в тихоокеанском регионе становится вполне вероятным. Два «конфликта средней интенсивности» разом ранее 2030-2035 года означали бы серьёзное, если не катастрофическое перенапряжение сил «Золотого миллиарда»; закрытие конфликта на Украине при перемещении конфликта в Тихоокеанский регион не даёт России ничего.

Наиболее вероятное медленное наступление Российской армии является, как это ни цинично, и наиболее выгодным. Соотношение военных потерь, сосредоточение экономики России, вынужденное отстранение Китая от «Золотого миллиарда», вымывание военно-технических резервов НАТО – каждый из этих пунктов сам по себе хорошо. А если Украина до конца 2025 года не свалится в военно-политическую катастрофу, то это будет означать только, что какие-то силы НАТО (какая-то страна, группа стран, политическая партия или группа партий) втянулись в войну настолько, что потерпят крах вместе с Украинским недогосударством, только позже (в пределах пятилетки).

Пятилетка 2026-2030

а) Советский Союз хоть и распался в 1991 году, но международное положение осталось.

б) Жизнь идёт по пятилеткам. Всякий психически здоровый человек должен планировать по пятилеткам. Методология

планирования по пятилеткам есть в готовом виде (сделано в СССР).

Между 1 января 2026 года и 31 декабря 2030 СВО на Украине точно завершится. Республиканско-националистам из «Золотого миллиарда» СВО не нужна уже сейчас: Дональду Трампу, например, нужно «сосредотачиваться против Китая». России СВО перестанет быть выгодной после того, как НАТО сможет, наконец, развернуться к реиндустриализации (и ремилитаризации): положение с военно-техническими запасами в НАТО перестанет ухудшаться. Даже на Украине желание повоевать должно смениться усталостью народа, невзирая на пропаганду. Хотелось бы только зафиксировать этот результат (в 2028 году лучше, чем в 2026) как малую или большую победу: как минимум, денацификация и демилитаризация Украины (при воссоединении части территорий с Россией), но может быть и «возвращение инфраструктуры НАТО к условиям 1997 года». И не столь важно, как это будет юридически оформлено: как военная капитуляция государств или как политическое поражение партий. Но это только одна грань альмадина.

Китай уже десять лет является сильнейшей экономикой мира по паритету покупательной способности, и до 2030 года станет и первой экономикой по текущим валютным сопоставлениям ВВП. Индия – вторая экономика мира по паритету покупательной способности, и пятая – на основе валютных сравнений ВВП, но уверенно идет к тому, чтобы стать третьей к 2030 году. Соединенные Штаты, наоборот, имея на момент распада СССР четверть (!) объема мировой экономики, на 2025 год сохранили только позицию одной седьмой (14% мировой экономики). И только Россия гордо держит свои 3% мировой экономики, что бы там ни происходило в остальных 97%. Ну да и население России – 2% человечества. Так что, как Красноярский край есть в среднем Россия (в миниатюре), так и Россия есть среднее Человечество (в миниатюре). Удержаться в середине – не героизм, конечно, но задача вполне достойная и реальная. А вот остальной

котел мировой экономики кипит, кто-то всплывает вверх, кто-то тонет вниз.

35 лет назад «Большая семерка» составляла ядро мировой капиталистической системы, США были ядром ядра, на периферии были Южная Европа, «нейтралы» Швеция с Финляндией и Австрией, Южная Корея, Австралия с Новой Зеландией, Тайвань, Гонконг, Макао, Южная Америка, ЮАР с Израилем. Китай только начинал «встраиваться» в эту систему – прекрасно понимая, что его позиция будет «периферия периферии» (куда относилась и Индия). Африка и Арабский мир были провинцией глухой и безгласной.

Механизм этой «мир-системы» ныне понятен. США дают кредит Германии и Японии в долларах. Под этот кредит Германия и Япония эммитируют марки и йены и дают кредит Чили и Италии (а позже, особенно в 2000-х – Китаю). Чили и Италия (а позже и Китай) покупают на эти кредиты (в марках и йенах) станки, оборудование и электронику в Германии и Японии, разворачивают производство, продают выпущенные одежду, обувь и продукты питания в ядро мировой системы, гасят кредиты (в марках и йенах). Германии и Японии остаётся лишь конвертировать марки и йены в доллары, погасить кредиты в долларах и купить в США патенты на новые технологии, а США заботиться о финансовой стабильности и технологическом превосходстве над всеми остальными. Что не так уж и трудно: когда начинается кризис из-за нарушения пропорций и плохого управления, то первой страдает периферия периферии, потом просто периферия, и капиталы бегут в центр. Даже до Японии с Германией кризис толком не доходит. С технологическим превосходством тоже не очень сложно: «мозги» (не умные и честные люди, а именно «мозги») высасываются в «ядро ядра», где условия получше. Восточно-Европейские страны встроились в эту систему в качестве, конечно, не «периферии ядра», но хотя бы «ядра периферии». России эта позиция досталась по наследству от СССР; скромные просьбы включить её в «периферию ядра» (G8 и др.) были вежливо

проигнорированы. Украине, Закавказью, среднеазиатским Республикам осталось только быть «периферией периферии». Ну да на ошибках учатся: умные на чужих, глупые на своих.

Зато Китай сначала за 10 лет (1989-1998) подготовился, а затем за 25 лет «эпохи благоприятных возможностей» (1998-2023) пробежал дорогу индустриализации, которую Европа проходила за 200 лет, а Латинская Америка так до конца и не прошла. И вот теперь все остальные 11 граней кристалла (и обращенные к нам, и скрытые от нас) отражают борьбу Китая за место под солнцем – против ядра капиталистической системы.

Вторая грань этой всемирной вольной борьбы выражается в создании финансовой системы, независимой от доллара. Итогом 75 лет мирового господства финансовой олигархии США и «Старой Европы» стало не только утрата промышленного доминирования, но и 36 триллионов долларов государственного долга США (долги других стран G7 так же значительны). Финансовая олигархия просто не может по старому править. И тут уж будьте любезны вспомнить великое заклинание Т-Д-Т' (товар-деньги-товар), и всё, что Карл Маркс говорил вслед за этой формулой: «средство обращения», «мера стоимости», «сокровище», «средство платежа», «средство накопления», «мировые деньги». И именно в таком порядке.

Средство обращения. В 90-е годы мы насмотрелись на всякую экзотику в этой функции, вплоть до талонов на кирпич какого-то кирпичного завода в Омской области. Кирпич – «твердая валюта», один кирпич одного кирпича и стоит, в отличие от 2800% инфляции рубля за год в начале 90-х. Поэтому вполне понятно, если расчёты в коммерческом обороте Омской области производятся талонами на кирпич, а не рублями. В качестве внутреннего средства обращения рубль укрепился после 1998 года; в качестве средства обращения на мировом рынке газа и нефти рубль «вынужденно» стал работать в 2022 году. При этом угроза ямайской валютной системе была столь велика, что пришлось

взрывать «Северные потоки». Из принципа «*Qui prodest*» организатором этих взрывов следует считать федеральную резервную систему – 12 (частных) эмиссионных банков США. В настоящее время в этой функции развитие идет через «валютные пары»: «рубль – юань», «рубль – рупия», «рубль – риал», «рубль – лира» и так далее. Причём если Россия успешно уходит из расчётов в долларах и других «недружественных» валютах, то это отнюдь еще не означает, что доллар и другие уходят из международных расчётов. Торгуя с Бразилией в паре «рубль – реал» и с ЮАР в паре «рубль – ранд», вряд ли стоит ожидать, что торговля Бразилии с ЮАР тут же уйдет от долларов. К концу пятилетия Россия практически полностью уйдет из долларовых платежей в международных расчётах – и не заметит этого. Рублевая и юаневая валютные зоны расширятся; расчёты в юанях, может быть, даже превысят 10% мирового оборота. Но доллар и евро, по-прежнему, останутся главными средствами обращения в мировой торговле (на предстоящие-то 5 лет).

Мера стоимости и сокровище. В 1999 году все бизнес-планы в России составлялись в долларах, и заставить бизнес-сообщество уйти от указания цен в долларах и «у.е.» удалось только после кризиса 2008 года, а в планах доллары не ушли и до сих пор. Но и стабильность доллара в качестве меры стоимости – кажущаяся: было 35 долларов за тройскую унцию золота в 1944 году, стало 2818 на 4.02.2025; доллар стоил от 1/5 до 1/195 барреля нефти в разное время. Если цены в рублях или юанях колеблются меньше, чем цены в долларах и евро, как колеблются и курсы к доллару и евро, то именно рубль или юань становятся мерой стоимости или средством сбережения. Китай для такого превращения имеет все необходимые предпосылки; России предстоит ещё потрудиться. Россия всегда была энергетической державой; Россия достигла «продовольственной безопасности» и стала экспортёром продовольствия. России следует добиться промышленной независимости, независимо

сти в области электроники, легкой промышленности, транспортной независимости (включая транспортное машиностроение) и многого другого. Правда и после этого нужно ещё ждать изменения общественного мнения и отбивать атаки «инвесторов», стремящихся раскатать рынок. Но тем не менее, во внутренней пропаганде уже появились советы «не дергаться» и хранить сбережения в рублях, не перекладывая в доллары и евро. За 5 лет такого не добиться, реальные сроки 10-15-20 лет.

Средство платежа и средство накопления. Нынешние деньги – кредитной природы, или (те же яйца, вид в профиль) – деньги становятся капиталом, когда их авансируют для организации производства с целью последующего получения прибыли. То есть утром деньги – вечером стулья, но деньги *вперёд* (кредитование); дивиденды выплачивают *потом*. Накопление отделяется от сбережения, продажа от покупки – и далее по списку К.Маркса, пока не покажется, с одной стороны, возможность кризисов перепроизводства, с другой – возможность ускоренной модернизации. Хотите сделать Америку великой обратно? Берите кредит!

Но ваши деньги – дирхемы, песо, экваториальные франки – только тогда могут стать международным кредитным ресурсом, когда за них можно купить средства производства, и только тогда вы войдете в «ядро» системы. Юань к этому почти готов, у рубля свои проблемы. Энергоносители и сырьё есть ресурс краткосрочного кредита. Машиностроение некомплектно без современной электроники (программное обеспечение вполне реализуемо, а вот компонентная база российской электроники требует развития любыми средствами, начиная с госпрограмм). Авиа- и судостроение так же требуют воссоздания полного цикла внутри страны (с теми же проблемами). Неплохо себя показала медицина и фармацевтика: вакцина против ковида была создана вперёд других (и США, и Китая, и Индии). Показателем успеха в превращении рубля в средство накопления в предстоящие 5 лет будет не переход к сбережениям в рублях (такие призывы,

вообще-то, уже звучат регулярно), а создание собственных машин для производства чипов по наноразмерным технологиям, и появление в России инженерного и медицинского образования для иностранцев на русском языке.

И, наконец, мировые деньги. Сам по себе крах Ямайской долларовой мировой системы для России и не выгоден, и не невыгоден. «Умер Трофим, и чёрт с ним». Замена США на Китай в ядре мировой капиталистической системы сама по себе ничего не даст России. А стать ядром мировой финансовой системы рубль не может, поскольку Россия есть всего лишь 2% человечества. Даже если вы вдруг станете мировым кредитором и соберётесь жить-поживать на экспорте финансового капитала, то вас с этой тёплой печки быстро вышибут, в силу неравномерного развития капитализма. Тот же Китай, а потом Индия, а потом Индонезия или Нигерия (хотя это, конечно, перспективы не ближайших 5 лет). Мироустройство, и в частности, валютная система должны быть более справедливы. Не Гобсов «общественный договор»: «либо война всех против всех, либо свой суверенитет вы все сдаёте мне». Так не пройдёт: Центральному Банку КНР никто не будет верить, *потому, что* США и Евросоюз наложили санкции на Россию (и не смогли этим ничего добиться).

Другое значение слова «кредит» – «доверие». Чтобы кредит был возможен, требуется высокая степень доверия, в частности, более справедливое сочетание личной воли, суверенитета государственной власти и международного права (что бы последнее не означало). Старые валютно-финансовые инструменты и центры доверия утрачивают. Не стоит ждать справедливости от Федеральной резервной системы США: её составляют 12 резервных банков, *находящихся в частной собственности*. Не стоит ждать объективной (независимой и нелицеприятной) цены на золото от Лондонской ассоциации рынка драгоценных металлов: её определяют 15 банков США, Китая, Англии, Франции и Канады. Тому порукой афера с серебром

братьев Хант в 1970-1985 годах, или ошибка одного(!) менеджера «Лемон Бразерс», создавшая кризис 2008 года. Криптовалюты, с другой стороны, не дают уверенности: они представляют только сами себя, или иначе: за ними ничего не стоит, они есть пустой симулякр. Распределённая воля тысяч и десятков тысяч участников криптовалюты – лучше, чем концентрированная воля 15 аккредитованных брокеров; но отсутствие ответственности участников или её ограниченность – плохо.

Последующие 20 лет

Горизонт 2050 года выбран достаточно условно, просто как круглая цифра. Негативная полуволна Кондратьевского цикла развертывается начиная с 2020-2023 года и продлится до 2048 года ± 5 лет.

Видали мы мир монополярный, Вашингтонского консенсуса; видали мы биполярное расстройство холодной войны; даже и многополярный мир уже был – в «концерте держав» XIX века. Ну да политика есть искусство возможного, а не желаемого. Понятно, вы хотите реализовать доктрину «Москва – третий Рим», пусть даже первым и вторым будут Пекин и Вашингтон, и четвёртым будут Дели, Лондон или Париж. Дальше перечислять останавлиюсь: не кажется ли Вам, что что-то ущербно в самой доктрине? Roma собственно здесь значит «столица», в доктрине Филофея: Roma vetus – Roma nova – «Москва = третий Рим = столица православия». Ну, в те времена так можно было, целый всплеск «римостроительства», империи в XV веке вылазили, как грибы из земли после дождя: понятное дело, абсолютизм, нации опять же. Но заведомо ставить себя в один ряд с синтоизмом, 2-3

Социальная революция - антименеджерская.

Анекдот советских времён о переименовании должности уборщицы в младшего инженера по уборке помещений стал реальностью в 2000-х, с появлением менеджеров клининговых компаний на аутсорсинге. Конечно, менеджер – не совсем

Теоретически понятно, что нужен некоторый баланс воли и ответственности каждого участника, как и суверенитет и солидарность образующих систему государств, на основе частно-общественного партнерства и технологии блокчейна. Но вот только предстоящие 5 лет дадут всего-лишь осторожное нащупывание возможностей обсуждения путей по поиску такого баланса.

исламами, конфуцианством в отличие от дзен-буддизма? Не слишком ли много чести негритюду и пантюркизму?

Планировать и прогнозировать на 25 лет вперёд – дело пока ещё новое, и оттого несколько даже неблагоприятное. Джордж Фридман², вон, напророчил России и Китаю в XXI веке распад из-за национальных проблем, так как бы теперь самим США не развалиться (это крайне маловероятно, можно не рассматривать). Тем не менее, некоторые позитивные методы уже имеются. Идеология, например, важна не сама по себе, а вместе с теми классами, для которых она выступает организующим и направляющим началом в классовой борьбе, и прежде всего в политике. Во-вторых, конечно, системный взгляд на перспективы развития, учёт ещё и других процессов, вполне может перевернуть выводы и вверх ногами, и мехом внутрь. Тем не менее, для первого приближения необходимо и достаточно учесть три базовых процесса: социальный, технологический и этногенетический. Тем более, что они поддерживают друг друга, и каждый внутри себя является достаточно комплексным.

инженер, но суть анекдота в массовости профессий и социальных позиций. Рост численности и значения инженеров и фабрично-заводских рабочих начался с времен промышленной революции (вторая половина XVIII века) и продолжался до се-

2 Fridman G. The Next 100 Years: A Forecast for the 21st Century, — 2009.

редине XX века; история менеджеров как класса началась на 150 лет позже, но, кажется, закончится лет через 25.

Менеджеры как социальный слой появляются около 1870 года, в связи с развитием корпоративной формы организаций. На мануфактуре с 40 работниками, и даже на ранней фабрике со 100 работниками, хозяин сам мог выполнять функции инженера-конструктора, технолога, вести учёт и даже продавать продукцию и закупать сырьё. Для организации процесса максимум нужен один универсальный заместитель (проще всего из семьи предпринимателя), да бригадир из рабочих. Но если магазин *Au Bon Marché* в 1877 имел 1788 сотрудников³, то такая фирма требует уже другой организации. В отличие от единственного приказчика в лавке, продавец фирмы (универсального магазина) не является действующим лицом (*actor*), а только исполнителем (*effector*). Эффективный менеджер (исполнительный приказчик) не должен торговаться с каждым покупателем отдельно и особо, потому, что не может. Хозяин же должен ограничить его волю, выдав ему инструкции с чёткими рамками его полномочий. Аналогичный процесс происходит и на фабрике. Крупное машинное производство с сотнями и тысячами рабочих требует обособления функций учёта и планирования. Бухгалтер, при этом, отвечает только за «умеренность и аккуратность» своих действий, чем принципиально отличается от инженера и техника, отвечающих за результаты вверенного им участка работ, то есть и за действия подчиненных. С другой стороны, в XX веке разворачивается тенденция низведения инженерно-технических сотрудников к статусу менеджера, простого функционера. Томас Эдиссон в лаборатории *General Electric*, основанной в 1900 году, старался даже инженеров-исследователей привести к этому «общему знаменателю» менеджеров.

Массовому распространению социальной позиции менеджеров способствовала

так же сторона содержания их труда, требующая планирования численности сотрудников по пиковой нагрузке. Бухгалтерия должна всем сотрудникам компании начислить заработную плату (два раза в месяц), и сделать это буквально за один день. В англо-американском варианте расчёт вообще производится еженедельно, в субботу. За рамками пиковой нагрузки, количество выполняемых операций может быть весьма низким, но содержать менеджерский аппарат приходится постоянно.

Социальный слой менеджеров исправно рос, и в абсолютном выражении, и в относительном, вместе с распространением капитализма, урбанизацией и концентрацией производства в течение всего XX века. Концентрация производства (укрупнение предприятий)⁴ ведет к опережающему росту объемов переработки информации, пропорционально квадрату увеличения персонала или даже быстрее (число связей в системе пропорционально факториалу числа элементов). В.В.Песчанский отмечает для обрабатывающей промышленности Великобритании другую тенденцию: «вначале произошло не замедление, а убыстрение роста доли служащих — четверть всех занятых в обрабатывающей промышленности они составили уже в 1967 г. Однако в последующие годы прирост уменьшился. Вычисление среднегодового темпа дает следующие результаты: в 1953—1963 гг.— 2,28% прироста, а в 1963—1967 гг.— несколько выше — 2,73%. Вслед за тем, однако, наблюдается сначала спад темпа — до 2,0% в 1968—1971 гг., а затем на протяжении последующих лет уменьшение доли служащих в рабочей силе обрабатывающей промышленности. Это произошло, судя по всему, впервые в английской истории»⁵. Социальный слой менеджеров исправно рос, и в абсолютном выражении, и в относительном, вместе с распространением капитализма, урбанизацией и концентрацией производства в течение всего XX века. Концентрация производства (укрупне-

3 Jacques Marseille. *Naissance des grands magasins : le Bon Marché // Célébrations nationales* (in French). Ministry of Culture of France. – URL: <http://www2.culture.gouv.fr/culture/actualites/celebrations2002/bonmarche.htm> (6.10.2024)

ние предприятий)⁶ ведет к опережающему росту объемов переработки информации, пропорционально квадрату увеличения персонала или даже быстрее (число связей в системе пропорционально факториалу числа элементов). В.В.Песчанский отмечает для обрабатывающей промышленности Великобритании другую тенденцию: «вначале произошло не замедление, а убыстрение роста доли служащих — четверть всех занятых в обрабатывающей промышленности они составили уже в 1967 г. Однако в

последующие годы прирост уменьшился. Вычисление среднегодового темпа дает следующие результаты: в 1953—1963 гг.— 2,28% прироста, а в 1963—1967 гг.— несколько выше — 2,73%. Вслед за тем, однако, наблюдается сначала спад темпа — до 2,0% в 1968—1971 гг., а затем на протяжении последующих лет уменьшение доли служащих в рабочей силе обрабатывающей промышленности. Это произошло, судя по всему, впервые в английской истории»⁷.

Таблица 1. Социальная структура СССР/России (По БСЭ, т.24, ч.II, с.16)

Классовый состав населения, %	1913	1939	1976
Всё население (включая неработающих членов семей)	100	100	100
В том числе:			
Рабочие и служащие	17,0	50,2	83,6
Из них рабочие / служащие	14,6 / 2,4	33,5 / 16,7	61,2 / 22,4
Колхозное крестьянство и кооперированные кустари	н.д.	47,2	16,4
Крестьяне-единоличники и кооперированные кустари	66,7	2,6	0,0
Буржуазия, помещики, торговцы и кулаки	16,3	н.д.	н.д.
<p>В 1913 г. менеджеры учтены как «служащие». В 1939 г. (как и в 1976) «хозяева» («Буржуазия, помещики, торговцы и кулаки») заменены «руководителями», и так же учтены в составе «служащих». «Пустые собственники» (рантье) исчезли как класс. Часть менеджеров (меньшая) так же учтены в составе колхозного крестьянства и кооперированных кустарей. По порядку величин — рост менеджеров пропорционален росту численности рабочих. Опережающий рост служащих начался после 1939 г.</p>			

Таблица 2. Доля служащих среди всех наёмных работников Великобритании, исключая безработных. (По: Песчанский В.В. Служащие в буржуазном обществе. — М.: Наука, 1975, с.54)

Год	%	Год	%	Год	%	Год	%
1948	16,0	1955	19,0	1962	22,6	1969	26,0
1949	16,4	1956	19,8	1963	22,8	1970	26,7
1950	16,5	1957	20,2	1964	23,1	1971	27,4
1951	17,0	1958	21,2	1965	23,5	1972	27,0
1952	18,1	1959	21,1	1966	24,3	1973	26,7
1953	18,2	1960	21,13	1967	25,4	1974	27,0
1954	18,4	1961	22,1	1968	25,8		
<p>На основе данных министерства труда Великобритании. В 1959 и 1974 годах менялись методы учёта.</p>							

Данные по доле служащих в социальной структуре Великобритании (без учёта безработных, самозанятых и

живущих на доходы от собственности) приведены в Таблице 2. Цифры, в общем, когерентны данным по СССР.

4 См.: Печерских Н.А., Печерских С.П. Что было не так в советском социализме? // Социально-экономическое управление: теория и практика, 2020, №3 (42), с. 17-23.

5 Песчанский В.В. Служащие в буржуазном обществе. — М.: Наука, 1975, с.33

6 См.: Печерских Н.А., Печерских С.П. Что было не так в советском социализме? // Социально-экономическое управление: теория и практика, 2020, №3 (42), с. 17-23.

7 Песчанский В.В. Служащие в буржуазном обществе. — М.: Наука, 1975, с.33

С 1970-х годов в США и с 1980-х в Великобритании разворачивается деиндустриализация. Шахты и металлургические заводы Аппалачского индустриального пояса и Ржавого пояса на северо-востоке США, Ковентри и Бирмингем в Великобритании закрываются как нерентабельные и в связи с выработкой минеральных запасов; такие же заводы создаются в Южной Корее, на Тайване и в Малайзии. Зато США и Британия оставляют себе банковско-финансовые учреждения, в которых отношение служащих к рабочим, естественно, гораздо выше. Но наибольшее влияние на интересующие нас социальные изменения оказывает научно-техническая революция, приводящая к автоматизации производства.

В 1931 году в Москве был построен хлебозавод-автомат по проекту Г.П.Максакова (Хлебозавод №5). Автоматизация предприятий есть более высокая ступень автоматизации производства; эта, в свою очередь, есть высшая ступень применения автоматов (регулятор и машина как единая система). Применение автоматов облегчает труд и повышает его производительность, меняет содержание труда. Автоматизация предприятий прямо влияет на социальную структуру, меняет значение социальных групп и характер труда. Механизация и автоматизация рабочего места меняют набор трудовых операций, выполняемых работником, но не уничтожают его социальную позицию, и не меняют его места в системе общественного (рыночного) разделения труда. Комплексная механизация и автоматизация производства, которая предполагается при создании автоматических предприятий, меняет сам набор рабочих мест и социальных позиций работников. Количество работников, непосредственно производящих ту же массу продуктов (а иногда и большую), уменьшается. Но положение предприятия в системе рыночного (общественного) разделения труда только укрепляется. Количество связей с по-

ставщиками и потребителями не уменьшается, а чаще даже возрастает (в зависимости от роста объемов производства и усложнения продукции). Сложность процессов организации производства, сбыта и снабжения только возрастает, как и объемы необходимой к обработке информации. Потребность в промышленных рабочих падает, потребность в служащих, обрабатывающих информацию (менеджерах) возрастает. Рабочий класс отстает, менеджеры как класс выступают на передний план.

Класс восходящий требует себе и социально-политического признания. Уже в 1930-х и 1940-х годах появляются публикации, в которых менеджеры объявляются ведущей силой общественного прогресса. В 1941 г. Дж. Бернхем печатает сакральное: *Managerial Revolution*⁸. Капитализм и социализм, по Бернхему, были преходящими формами организации. На смену им приходит система, в которой слой профессиональных управленцев становится правящим классом, осуществляющим реорганизацию управления государством и промышленностью на основе технократии. В 1950-х и 1960-х годах аналогичные идеи порождают десятки публикаций: П.Друкер, П.Сорокин, Т.Парсонс, М.Джилиас, Ч.Р.Миллс, Д.Белл, Р.Г.Дадендорф, Дж.К.Гелбрайт пишут о «сближении» социализма и капитализма, или об их «смене» новым общественным устройством, в котором управление переходит от собственников к технократам. Сам Бернхем в 1951 г. публикует «Грядущее поражение коммунизма»⁹. Раз уж промышленный рабочий класс отстает, то и политическая партия, представляющая его интересы, должна проиграть.

Чуть позже поднимается волна публикаций на смежную тему. Как в XVIII веке нужно было доказывать, что общественное богатство производит не только сельское хозяйство, но и городская промышленность (английская политэкономия против

8 Burnham, James. *The Managerial Revolution: What Is Happening in the World.* – N.Y.: John Day Company, 1941, 214p.

9 Бернхем, Джеймс *Грядущее поражение коммунизма* /Авторизированный перевод Евг.Шугаева – Посев, 1951[б.м.] /Burnham, James *The Coming Defeat of Communism* – Posev, 1951 – 171 с. [Рус.яз.] URL: https://vtoraya-literatura.com/pdf/bernhem_gryadushchee_porazhenie_kommunizma_1951_ocr.pdf (16.10.2024)

физиократов), так и во второй половине XX века нужно было доказывать, что работа менеджеров не только общественно-полезна, но и производительна. У Джона Кеннета Гелбрайта в 1967 г. технократическое общество, где власть переходит от собственника к менеджерам, было ещё «Новым индустриальным»¹⁰; в 1973 Даниэл Белл называет его «постиндустриальным»¹¹; чуть позже появляется термин «информационное общество»¹².

Менеджеры,- и высшие, и средние, и линейные,- обрабатывают информацию. При этом, как видно из глубин устоявшегося ново- = пост- = инфо- = индустриального общества, менеджеры, обрабатывая информацию в управлении (manage), особой власти (power) не приобретают. Линейный менеджер, впаривающий покупателю товар, ему не принадлежащий, путем коммерческого подкупа (откат=cashback) и других тому подобных схем, особой власти не приобретает. Если Милован Джилиас в 1957 г. имел некоторые основания утверждать, что в социалистических странах правящая номенклатура стала «новым классом»¹³, то в 2025 году у меня не меньше оснований утверждать, что «новый класс» менеджеров «управляет» в союзе с финансовой олигархией, классом вполне традиционным и до XIX века. Иногда высшие менеджеры входят в класс олигархов, иногда представители класса олигархов назначаются высшими руководителями корпораций, всегда корпоративная политика учитывает интересы менеджмента (от высшего до линейного), никогда средние и линейные менеджеры не имеют власти над корпорацией. Самое большее, властвуют над своими подчиненными, часто так же менеджерами.

Обработка информации в целях организации производства в ходе «менеджерской революции» становится важнейшей сферой деятельности людей. Её общественная полезность признаётся через признание сферы услуг производительной. Сугубо областями приложения труда менеджеров выступают банковско-финансовые и бизнес-консультационные услуги.

Процесс, возводящий менеджеров на социальные вершины, не останавливается, когда они достигают этих вершин. Научно-техническая революция через автоматизацию производства привела к сокращению физического труда и к относительному увеличению доли умственного труда. (Крестьяне перешли, по большей части, на положение сельскохозяйственных рабочих с индустриальным типом труда, и с теми же количественными характеристиками.) Но та же научно-техническая революция меняет и содержание умственного труда. До XIX века из средств механизации умственного труда известны буквально конторские счёты и логарифмическая линейка. В XX веке самой массовой машиной для обработки информации, конечно, были кассовые аппараты: ведётся журнал внутренней бухгалтерии, клиентам выдаётся квитанция, подсчитываются общие суммы и тому подобное. Военные и дипломатические шифровальные машины, может быть, сегодня чаще упоминаются как предшественники компьютеров, но бизнес-машины как средство умственного труда и старше, и многочисленнее.

Тем не менее, до середины XX века рост объемов обрабатываемой информации намного обгонял рост производительности труда отдельного менеджера. Ситуация меняется в последние 25-30 лет. Цифровые электронно-вычислительные машины дополняются программными комплексами и дают автоматизированные системы обра-

10 Galbraith, John Kenneth The New Industrial State – Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 1967

11 Bell, Daniel The coming of post-industrial society: A venture of social forecasting – N.Y.: Basic Books, 1976

12 Porat M., Rubin M. The Information Economy: Development and Measurement. Wash., 1978; Masuda Y. The information Society as Post-Industrial Society. Wash., 1981; Stonier T. The Wealth of Information. L., 1983; Katz R.L. The Information Society: An International Perspective. N.Y., 1988.

13 Djilas, Milovan New Class. An Analysis of the Communist System – 1957, N.Y.:Frederick A. Praeger, inc. [UK] – 243 p.

ботки информации. Бухгалтерская система 1С существует с 1991 г. (не первая в мире, но первая в России и по времени, и по распространению). Системные решения повышают производительность обработки информации не кратно, а на порядки. В результате начинается прямое сокращение административно-управленческого персонала. Сбербанк, например, в 2009-2014 годах сократил четверть персонала (на начало 2009 г. в банке работало 267 тысяч человек)¹⁴. Банковская сфера – та самая, где почти все сотрудники менеджеры.

За термином «менеджеры» скрываются два близких, но всё же омонимичных понятия. В более узком смысле «менеджер» есть социальная позиция руководителя в корпорации, то есть к этой категории относятся средний и высший руководящий состав, от мастера производственного участка и руководителя группы, до высшего руководства корпорации (президента, директоров, членов совета и другие аналогичные позиции). Понимание вполне оправдано с точки зрения организационного подхода. Рядовой персонал административно-управленческих служб (бухгалтера, сотрудники отделов, агенты продаж) к менеджменту корпорации не относятся, «не правят».

В общесоциологическом смысле менеджмент есть совокупность работников, занятых переработкой информации для целей организации деятельности корпораций. Эти сотрудники «управляют не властвуя», обеспечивают управление, координацию деятельности подразделений и служб корпорации, делают корпорацию единым целым, обеспечивают реакцию корпорации как целого на внешние факторы. «Пролетарии умственного труда» – вполне подходящая к ним характеристика. Ключевые признаки здесь – умственный труд

(признак положительный) и отчуждённость от собственности в корпорации (признак отрицательный). Высшие менеджеры в первом смысле не являются менеджерами во втором, поскольку их положение в корпорации делает их причастными к позиции хозяев, фактических владельцев, если не собственников. Но зато к этому слою, к классу менеджеров в широком социологическом смысле нужно отнести всех тех, кто обеспечивает информационно работу корпорации, не являясь формально её сотрудником: бизнес-консультантов, маркетологов, рекламных агентов и производителей рекламы, вплоть до «свободных художников» (самозанятых свободных профессий). Социальная близость и прямые переходы от формальной позиции в крупной корпорации к самозанятости свободных профессий и консалтингу, туда и обратно, для эпохи 1960-х – 2000-х годов вполне очевидны.

Статистика рабочей силы, занятости и безработицы, приводимая Росстатом, позволяет достаточно хорошо выделить классовую структуру общества на основе содержания труда социальных групп. К менеджерам должны быть полностью отнесены «служащие, занятые подготовкой и оформлением документации, учетом и обслуживанием», и почти полностью «руководители» (за вычетом «владельцев, управляющих компаниями», класс типичной средней и крупной буржуазии). А вот по специалистам высшей и средней квалификации, а так же работникам сферы обслуживания нужно смотреть более подробно. Необходимо учитывать, кроме рода занятий, так же «статус на основной работе в соответствии с типом экономического риска». Структура менеджерских классов «в первом приближении» дана в Таблице 3.

14 Сбербанк планирует на четверть уменьшить штат // Накануне. 12.11.2009 – URL: <https://www.nakanune.ru/news/2009/11/12/22178124/?ysclid=m2cw241udq389044912> (17.11.2024)

Таблица 3. Классы менеджеров в РФ в 2023 г.		
	Тыс. чел	% занятых
Специалисты высшего уровня квалификации в сфере бизнеса и администрирования	4982	6,8
Специалисты высшего уровня квалификации по информационно-коммуникационным технологиям	1241	1,7
Средний специальный персонал по экономической и административной деятельности	3077	4,2
Средний специальный персонал в области правовой, социальной работы, культуры, обучения, спорта и родственных занятий	899	1,2
Специалисты-техники в области информационно-коммуникационных технологий	189	0,3
Продавцы	5678	7,7
Руководители	1825	4,6
Служащие, занятые подготовкой и оформлением документации, учётом и обслуживанием	2534	3,4
Всего	20425	21,4
Рабочая сила, занятость и безработица в России (по результатам выборочных обследований рабочей силы). 2024 Стат.сб./Росстат. – М., 2024., с. 75 (на основе таблицы 2.40)		

К менеджерам близки, но в этот класс не входят, специалисты среднего и высшего уровня квалификации в области здравоохранения, образования, науки и техники. Врач, даже в поликлинике страховой медицины, как и инженер, даже по технике безопасности, *ведущей* своей функцией

имеют не «информационное обеспечение процесса управления», а организацию процесса функционирования, выполнение корпорацией своих основных функций, «процесс производства», в широком смысле. Данные по численности этих групп сведены в Таблицу 4.

Таблица 4. Ведущие специалисты в РФ в 2023 г.		
	Тыс. чел	%
Специалисты высшего уровня квалификации в области права, гуманитарных областей и культуры	3498	4,7
Специалисты высшего уровня квалификации в области науки и техники	3504	4,8
Специалисты высшего уровня квалификации в области здравоохранения	1885	2,6
Специалисты высшего уровня квалификации в области образования	4785	6,2
Специалисты-техники в области науки и техники	3417	7,8
Средний медицинский персонал здравоохранения	2718	4,6
Всего	19807	30,7
Рабочая сила, занятость и безработица в России ... – М., 2024., с. 75 (на основе таблицы 2.40)		

Два класса служащих в совокупности превышают 50% занятых (52,1%)! На этом фоне традиционные классы буржуазного общества отступают на второй план. Рабочий класс промышленности, транспорта, сельского хозяйства, добывающих отраслей в 2023 г. составлял 34,4% занятых (и сократился с 2017 г. на 2,2% занятых), владельцы-управляющие компаниями составляли около 0,2%¹⁵ (по роду занятий они относятся к руководителям).

Если на обочину истории в 1970-х – 1990-х годах выбрасывался традиционный промышленный рабочий класс, то с 2000-х происходит прекариатизация именно менеджеров. Прекариат, по оценке Ж.Т.Тощенко, во многих странах мира достигает 30-40% численности трудоспособного населения¹⁶. В его состав входят занятые постоянно на временной работе; работающие неполный день или пробивающиеся сезонными и случайными приработками;

15 Рабочая сила, занятость и безработица в России (по результатам выборочных обследований рабочей силы). 2024 Стат.сб./Росстат. – М., 2024., с. 43.

16 Тощенко Ж.Т. Прекариат – новый социальный класс // Социологические исследования, №6, 2015, с.3-13.

безработные; фрилансеры так называемых креативных профессий; занятые заёмным трудом (работа на аутсорсинге); значительная часть мигрантов; стажёры и часть студенчества. Отличительный признак прекариата – систематическая, хроническая неустойчивость социального положения из-за отсутствия трудовых и социальных гарантий, что ведёт к потере или снижению социального статуса. Прекариат лишён перспективы, не видит будущего; его доход нестабилен, случайно колеблется в зависимости от неконтролируемых обстоятельств. Прекариат депрофессионализирован, и в силу неважности имеющейся квалификации, и в смысле отсутствия профессиональной самоидентификации. В офисный планктон или в продавцы бытовой техники средней сложности набирают «с дипломом», но неважно с каким; инженер, историк, артист оригинального жанра годятся одинаково. Представители прекариата не нужны ни себе, ни людям.

Праздный наполовину и лишенный стабильных средств существования класс в половину населения – есть скорейшая социальная катастрофа, деградация всего общества (в глобальном масштабе!) Человечество может жить на базе трудовой этики, человечество не может жить только на базе этики потребления или собственности. Народ России особенно, в России нет ни класса потребителей, как в Европе, ни класса инвесторов как в США.

Но ничто не ново под луной. На заре развития частной собственности в Англии, в XV-XVII веках, политика «огораживания» создала, с одной стороны лендлордов, а с другой – бродяг, пролетариев, лишённых собственности, дохода, положения в обществе и перспектив. Промышленная революция позволила впитать этих бродяг обратно, превратив их в промышленных рабочих – без собственности, но с профессией. Потом эти рабочие 200 лет боролись за социальные гарантии и общественное признание. Те же самые правящие классы с теми же самыми привычками и предрассудками теперь пытаются «огораживать» и промышленный рабочий класс, и своего недавнего союзника – ме-

неджеров (лендлорды превратились в финансовую олигархию по В.И.Ленину).

Ничто не ново под луной. Менеджмент не возник в 1900 году. Гомеомерии менеджмента, информационное обеспечение целостности общественных организмов, были «всегда» и «везде», в конце XIX века они только выступили на передний план. Прошлое чревато будущим. Социальные группы, которые в будущем станут доминирующими, ведущими классами существуют уже сейчас. История только меняет содержание их труда, а вслед затем и его характер, и положение этих групп в обществе, место и роль в общественном разделении труда и социальный статус. Рабочие (промышленные, сельскохозяйственные, строительные) ныне в союзе с инженерной буржуазией (агрономами, геологами, промышленными инженерами). Финансовая олигархия, уничтожающая ныне своего союзника – менеджеров, рискует так же утратить свои позиции. Новые классы могут возникнуть из социально-профессиональных слоев, занимающихся «производством здоровья» и «производством знающих людей», тем более, что для этих отраслей общественного труда нет адекватных способов финансирования.

Трудно прогнозировать конкретные цифры социальной структуры, но можно прогнозировать тенденции. Цифры зависят от того, кто будет побеждать на том или ином этапе, а кто отступать. Но так или иначе, хозяйственный механизм рубежа 2050 года, на основе которого начнётся следующая повышательная полуволна Кондратьевского цикла, будет предполагать не столько сокращение («оптимизацию») исполнительных приказчиков, сколько перераспределение функций организации и информационного обеспечения в пользу операторов (=рабочих), наладчиков (=техников), инженеров-исследователей. Блокчейн в финансовой сфере есть «бесшумная национализация» финансово-банковской сферы. Либо эта «национализация» осуществится в пользу узкой группы олигархата – и тогда у вас даже внутреннего рынка не будет для дальнейшего развития. Либо «даже последние станут

первыми», и организационные способности последнего «менеджера по уборке помещений» будут реализованы и использо-

ваны в развитии общественного производства и потребления.

Постгуманизм и прочий «интеллект, идентичный натуральному».

Заклинания по поводу постгуманизма эпохи постмодерна в последние 10-15 лет крайне обострились и тесно переплелись с паникой по поводу «искусственного интеллекта». Реальный анализ, правда, пока идет на уровне «машин, пожирающих людей» эпохи луддизма в 1750-х. Были, были, и «овцы, пожирающие людей» (до луддизма), и «восстание компьютеров», и автоматизация, теперь вот «пришествие искусственного интеллекта».

В начале XX-го века А.А.Богданов в книге «Тектология: всеобщая организационная наука»¹⁷ писал, что распад системы, находящейся в состоянии кризиса, неизбежно должен будет завершиться воссозданием ее равновесия на новом уровне, а структуры, стремящиеся выполнять одни и те же властные полномочия в любой сфере (агрессивные центры), с неизбежностью будут конкурировать. И победят в итоге те, которые продемонстрируют больше гибкости и пластичности в ответ на наличные требования среды. Любая система изменяет свою организационную структуру через мелкие и крупные кризисы; вопреки Богданову внутреннее равновесие является частным случаем кризиса системы, её структурных образований. Кризисы можно не только описать и оценить, но и объяснить, предвидеть, использовать их потенциал для управления системными изменениями¹⁸.

Люди не вымрут в результате развития «искусственного интеллекта». Да, власть с помощью «искусственного интеллекта» могут осуществлять меньшие группы людей, власть может быть скрытнее. Да, происходит прекреатизация менеджеров. Но уже пролетаризация крестьян перешла в развитие промышленности с ростом

другого класса (промышленный пролетариат – не бродяги, и не «паразиты» Рима). Изменится место приложения труда, изменится содержание и характер труда. И успешнее будет не только то общество, которое будет «скреплено», но то именно, чьи «скрепы» предложат как «своим» так и «urbi et orbi» труд, более интересный по содержанию и более справедливый по характеру условий его осуществления.

Следует ожидать изменения отраслевой структуры труда, хозяйства и экономики. Таблица 5 показывает несколько фундаментальных «перекосов рынка» применительно к России. Во-первых, банковско-финансовая деятельность, операции с недвижимостью и добывающие отрасли *извлекают* гораздо больше дохода, чем осуществляют труда. Ещё раз подчеркну слово «извлекают»: если кажется, что эти отрасли более производительны, эффективны, то это чистой воды кажимость (помечены **фиолетовым**). С другой стороны, научная деятельность, государственное управление (включая оборону и безопасность), образование и здравоохранение *имеют оценку* ниже, чем реализуют труда, исходя из числа занятых (помечены **коричневым**). Но это именно те отрасли, для которых рыночная оценка несостоятельна по определению. «Рыночные сигналы» сплошь и рядом ведут к тому, что если строятся – то 20-30 этажные человейники, слабо пригодные для жизни людей, постоянно обнаруживается стремление «оптимизировать» медицину и образование, как не приносящие прибыли, и так далее.

Кроме этого, приводимая статистика весьма удобна для международных сравнений, но малопоказательна для направления и оценки прогресса. Государство, и

17 Богданов А. А. Тектология: всеобщая организационная наука. В 2-х кн. Книга 1,2. – М., Экономика, 1989.

18 Печерских С.П. Техногенная цивилизация: кризис или развитие? //Наука сегодня: глобальные вызовы, пути развития. Материалы XIV Всероссийской научно-практической конференции. Сер. «Гуманитарные исследования» – Рязань, 2023. С. 97-100.

тем более Росстат не могут *управлять* техническим прогрессом, но даже советский показатель времён «перестройки» с выделением новых видов продукции был бы полезен для оценки технического прогресса в РФ. Однако обсуждают чаще не направление технического прогресса, а его «опасность», луддизм в современной

упаковке, и вместе с ними совершенно фантастические, на уровне веры в сверхъестественное, возможно-мыслимые последствия технического прогресса. «Нужна философия сопротивления!» – призывает В.А.Кутырёв¹⁹. Но чему и кому сопротивляться?

Таблица 5. Структура экономики Российской Федерации

Виды экономической деятельности	Численность занятых в 2023 г.		Валовый внутренний продукт по отраслям в текущих ценах, в %		Перспективы отрасли до 2050 г.
	тыс.чел	%	2020г.	2023 г.	
Занятые – всего	73636	100	100	100	
Сельское, лесное хозяйство, охота, рыболовство и рыбоводство	4020	5,46	4,1	3	стабильно
Добыча полезных ископаемых	1649	2,24	9,8	11,8	сокращение
Обрабатывающие производства	10279	13,96	14,8	14,6	дифференциация
Обеспечение электрической энергией, газом и паром; кондиционирование воздуха	1761	2,39	2,6	2,1	стабильно
Водоснабжение; водоотведение, организация сбора и утилизация отходов, деятельность по ликвидации загрязнений	502	0,68	0,5	0,5	слабый рост
Строительство	4913	6,67	5,7	4,9	сокращение
Торговля оптовая и розничная; ремонт автотранспортных средств и мотоциклов	11286	15,33	13,1	13,1	сокращение
Транспортировка и хранение	6528	8,87	6,5	6,9	сокращение
Деятельность гостиниц и предприятий общественного питания	1979	2,69	0,7	1	рост
Деятельность в области информации и связи	1430	1,94	2,8	3,5	слабый рост
Деятельность финансовая и страховая	1619	2,20	4,9	4,4	сокращение
Деятельность по операциям с недвижимым имуществом	1224	1,66	10,5	10,6	значительное сокращение
Деятельность профессиональная, научная и техническая; деятельность административная и сопутствующие дополнительные услуги	4741	6,44	4,5	4,7	рост и дифференциация
Государственное управление и обеспечение военной безопасности; социальное обеспечение	5130	6,97	8,3	8,7	рост (до 2050 г.)
Образование	7148	9,71	3,4	2,9	значительный рост и дифференциация
Деятельность в области здравоохранения и социальных услуг	5798	7,87	3,9	3,1	резкий рост и дифференциация
Деятельность в области культуры, спорта, организации досуга и развлечений	1538	2,09	0,9	1,2	стабилизация
Предоставление прочих видов услуг	2075	2,82	0,6	0,5	
Другие виды экономической деятельности	16	0,02	0,4	0,3	

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата) – <https://rosstat.gov.ru/statistics/accounts>

Страшилки трансгуманизма и постгуманизма в виде планов или угроз расчеловечивания, в общем ограничены по спек-

тру²⁰. Чипирование и превращение людей

20 Недорезов В.Г. Писарчик Л.Ю., Стрелец Ю.Ш. Трансгуманизм и постгуманизм: планы расчеловечивания // Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2024. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transgumanizm-i-postgumanizm-planu-raschelovechivaniya> (дата обращения: 16.02.2025).

19 Кутырёв В. А. На тонущем корабле гуманизма // Место и роль гуманизма в будущей цивилизации / под ред. Г. Л. Белкиной; ред.-сост. М. И. Фролова. – М.: ЛЕНАНД, 2014. – С. 74–89.

в киборгов; развитие искусственного интеллекта, вплоть до сканирования сознания (и тем самым, утрата смысла в биологическом теле); «жизнь в сети» и «распад социума»; и даже бессмертие (на первый случай, возрастание продолжительности жизни до 200, до 500, до 1000 лет) – само по себе не угроза и даже не вызов. Давно сказано: технический прогресс сам по себе – ни хорошо, ни плохо. Протезирование конечностей, и даже протезирование при трепанации черепа, и даже относительно успешные, практикуются чуть ли не со времён неолита; и ничего, человек не исчез, и даже не перестал быть человеком, хотя большая часть россиян старше сорока имеет пломбы в зубах и искусственный иммунитет прививок. К 2050 году вы, если постараетесь, подымете среднюю продолжительность жизни с нынешних 70-75 до 80-90, даже до 100 лет; теоретически, вы можете сделать это даже за 10, за 5 лет. Был же такой эффект: рост средней продолжительности жизни советских граждан на 1-1,5 года в 1986 по сравнению с 1985 годом! Но обращу Ваше внимание: за 25 предстоящих лет нигде в мире не будет зарегистрирована достигнутая продолжительность жизни больше 145 лет. Это невозможно ни технически, ни теоретически, потому, что самые старшие жители Земли сегодня имеют возраст 115-120 лет. Максимальная зарегистрированная продолжительность жизни человека в 500 лет может быть достигнута никак не ранее, чем через 400 лет без малого; а средняя продолжительность в 500 лет может быть практической целью только после того, как хотя бы один человек доживёт до 500.

Практическое бессмертие есть не бесплатный дар небес, а каждодневный внимательный труд, прежде всего, самой «практически бессмертной» личности. Это положение не изменит даже сканирование сознания, тем более, что в предстоящие 25 лет научно-технический прогресс достигнет только «сканирования» отдельных функций, но не целостной личности. Фармацевтика и медицинская техника по-

могают человеку жить, но не заменяют жизнь. Но это есть всего лишь вопрос о структуре общественного хозяйства, а не о природе человека. Через 25 лет широкое распространение найдут «усилители» способностей человека – от протезов органов и тканей до «искусственных органов чувств» вроде FPV дронов. Природу человека это изменит не более, чем работа «слухачей» в зенитной артиллерии и гидроакустиков в подводном флоте времён Великой Отечественной войны. Талантливые опытные «слухачи» на слух (с помощью простейших приборов, типа рупора) определяли направление, расстояние, высоту и численность группы приближающихся самолётов; ныне это делает «автоматически» радиолокационная станция.

Вызов и угроза природе человека идут не из будущего, а из прошлого. Отчуждению человека не 10 лет и не двести; превращению человека в имущество по крайней мере 5 тысяч лет. Экзистенциализм XX века и постмарксизм слишком вольно трактуют классическую категорию «отчуждения»²¹. Чипирование, конечно, создаёт новые средства контроля над людьми, но важно и то, что кто-то такой контроль будет осуществлять.

Если вы утверждаете, что фармацевтика, импланты или ИИ меняют природу человека, то хотелось бы услышать (лучше прочитать) в чём будет состоять такое изменение природы человека. Алексей Леонтьев по крайней мере писал, что психика человека кардинально меняется в связи с появлением и развитием речевой деятельности (перцептивная психика переходит на стадию интеллекта). Джордж Томпсон вполне убедительно объяснил появление личности в «осевое время» (VIII-III в. до н.э.) развитием в железном веке технологий, позволяющих выживать отдельной семье, с одной стороны, и появлением счёта денег в монетной форме, как основы распространения абстрактного мышления, с другой. Амвросий Медиоланский в IV веке произвёл революцию в природе образованных людей,

21 Печерских С.П. О современных подходах к пониманию философской категории «отчуждение» // Миссия кофессий, 2025, №1 (82)

первым начав читать не вслух, а про себя (резко возрастает скорость обработки информации). Но ведь и личности были до VIII в. до н.э., и в V веке эры нашей далеко не все были грамотными, и уж тем более умеющими читать про себя. Те, кто владеет новыми технологиями, существуют уже сейчас; тысячи и десятки, а скоро уже и сотни тысяч людей уже владеют технологиями работы с информационными сетями, FPV дронами и даже с технологиями векторных вакцин.

Побеждают и проигрывают не технологии, а люди, владеющие новыми или отжившими технологиями. Побеждает и выигрывает то общество, которое готовит, воспитывает и образовывает достаточно «новых» людей для новых технологий, проигрывает то, которое готовит «квалифицированных потребителей», пусть умеренных и аккуратных. Да, «новые люди», как их ни назови, требовательны, критичны и даже революционны. Да, «новые люди» вполне могут устроить революцию, если текущая элита (правлящие классы) пропустят время реформ. Да, для правящих классов (элит) нужно в обществе всегда держать открытым «социальный лифт вниз». И кто «старые», а кто «новые»? Если Соединённые Штаты справятся с этими социальными противоречиями – сниму шляпу («За 25 лет», © Ходжа Насреддин).

Но у России, надеюсь, другой путь. Никто не знает, какие потребуются технологии и компетенции 20-летним в 2050 году, и знать не может: 20-летние 2050-го года родятся в 2030 году. Но вот совершенно точно, ни в 2030, ни в 2040, ни в 2050 году не будут автоматизированы и заменены ИИ ни Ученик, ни Учитель, ни Врач, ни Пациент. Общественное богатство будущего не производит, но создаёт и готовит сегодняшний ученик и студент – и значит, место в школе и в университете тому, что способствует всестороннему и гармоничному развитию личности школьника и студента. Если каллиграфия развивает мелкую моторику и дифференциацию психических процессов под самоконтролем – место в школе для чистописания и

всероссийских конкурсов каллиграфии, и не только в начальной, но и в средней ступени (наверное, надо мерить, и не тестами ЕГЭ). Потому, что тот, кто не займёт призовых мест на конкурсе «поэтической каллиграфии», всё же будет иметь лучше подготовленную руку и более твёрдый самоконтроль, чем без таковой. Если устный счёт развивает абстрактное мышление – место в школе, и в средней, и в полной,- для конкурсов устного счёта, невзирая на то, что в жизни ни разу ни победителю, ни зрителю таких конкурсов не потребуется в уме перемножать шестизначные числа.

И учителя никак невозможно автоматизировать. Нельзя заставить человека завести себе совесть и личность, можно только призывать его к этому. Нельзя удалить из образования личный произвол учителя, иначе как вместе с личностью учителя. Власть учителя состоит в том, что он даёт ученику урок (задание), и исправляет по ходу выполнения урока ошибки ученика. Не нравится вам система Песталоцци, где целому классу учеников дают одно и то же (одинаковые) задания, возьмите за основу систему Конфуция, который каждому ученику давал особенное задание. Да, и не забудьте научить учителя проектировать индивидуальную траекторию развития каждого ученика, и лучше проектировать с помощью ИИ. И кроме того, чтобы этот ИИ разработать (пока существует только «помощник учителя» с детским функционалом вроде конспектирования материалов), нужно сократить классы в школе и группы в ВУЗах: образование не должно быть экономным, оно должно быть эффективным (и не в смысле «исполнительным»), результативным, или даже продуктивным.

Параллельные изменения могут произойти и в медицине. «Практическое бессмертие» есть дело и труд «практически бессмертных»; и это означает не только появление «персональной медицины» с индивидуальным планом развития для каждого человека, но и наконец-то превращение медицины из здравоохранения в «производство здоровья». Сегодня

медицина есть защита здоровья от болезней; большое достижение XX века состоит во включении в список болезней так же психических и социальных расстройств. Гигантский шаг вперед – технологии лечения орфанных болезней и разработка персональных средств лечения только для одного индивида. Но ведь было уже и ис-

следование здоровья Николая Амосова! (современный ЗОЖ здесь достоин упоминания только как объект критики...). После Н.М.Амосова остается «самая малость»: научиться измерять количество здоровья, причём так, чтобы индивидуальная мера была когерентна статистической.

Евроазиатский этногенез

Что будет с классами?(1) Что будет с историческим типом человека?(2) Что будет с народами?(3) Изменение социальной структуры и изменение «природы человека» можно дополнить и третьим аспектом рассмотрения. Россия и россияне, конечно, будут через 25 лет (кажется, даже Америка чуть отклонилась от «весь мир в труху»). Но вот как *будут* Россия и россияне через 25 лет? Нужно заметить, что за последние 150 лет даже корневые и коренные патриоты постепенно отходят от мысли «все россияне должны быть русскими» и приближаются к мысли: «Барклай – немец, Багратион – грузин, Карамзин – татарин, и только вместе мы русские» (приписывают Николаю I).

У Евроазиатского этногенеза есть несколько перспективных тенденций интеграции в горизонте 25 лет. Китай никого не собирает ни поглощать, ни присоединять, ни самому присоединяться (на 25 лет точно, но может быть и на 50, и даже на 100). Сейчас у Китая задача: от трети модернизированной страны перейти к половине, потом к двум третям, и так далее. Для Китая даже задача интеграции Тайваня не стоит слишком остро – не вмешайся демократы США, так и пусть бы оно было, как есть. И без того социальные разрывы между провинциями и внутри провинций просто огромны. По тем же причинам можно и Бхарати-Индию рассматривать как отдельный континент. Внутренние проблемы доминируют над внешними.

Советский Союз был распущен – под давлением внешних сил, не менее чем из-за внутренних проблем. На этом фоне возник Евросоюз который принялся быстро

поглощать обломки советской системы, но уже в 2014 году пришёл к противостоянию, а там и к прямому конфликту с Россией.

Нынешний Евросоюз юридически является продолжением Общего Рынка, и социально-политически представляет собой олигархическую республику, слегка декорированную буржуазной демократией. Власть контролируют корпорации и финансовая олигархия; государство отчасти «слабое», находится под влиянием СМИ (контролируемых истеблишментом и олигархией), отчасти прямо срастается с ними (с олигархатом). Попытки государств (особенно вновь поглощаемых) действовать в своих интересах встречают обвинения в национализме и авторитаризме и всячески «сдерживаются».

Свой интеграционный проект имеет так же Турецкая республика. И снова, проект тюркского мира сталкивается с Россией. Угроза и вызов, впрочем, для России гораздо слабее: турецкая олигархия вес и влияние имеет намного меньше, чем европейская. Базой для «тюркского мира» является, скорее, богатовекторность элит на постсоветском пространстве, чем интеграционное притяжение турецкой экономики, культуры или государственности. «Кровь и почва» есть миф, а не источник пантюркизма.

Наконец, действующей силой являются Иран и арабские монархии. Их амбиции и потенциал в качестве «многих полюсов» интеграции гораздо слабее, чем даже у Турции. Но вот в качестве материала для интеграции они представляют собой вполне реальные величины. Если, допу-

стим (это почти невозможно, не только, что за 25 лет) Иран объединяется с Турцией, то тюркский мир реализуется, причём с угрозой суверенитету России. Если же Иран объединяется с Россией (это достаточно трудно, но возможно), то Турции останется только «войти в состав тюркского мира на правах младшего брата».

При взгляде из России Евразийская интеграция имеет два направления: европейское и азиатское. Поскольку, вполне обоснованно и справедливо, России не нужен такой мир, где нет России, то интеграция с Европой становится возможна только как интеграция Европы – по частям. В 2009-2011 главной угрозой для США Джордж Фридман²² считал объединение Германии и России, и США, последовательно при трех администрациях сделали всё, что могли, что бы такой союз был невозможен как можно дольше. Но что невозможно добром – возможно войной; коли невозможно России войти в Евросоюз равноправно, возможно вхождение в союз с Россией стран Евросоюза, делённого на части. Война перспектива неприятная, но уклоняться от драки, в которой, тем более, побеждаешь, – значит получить и позор, и войну. Соединённым Штатам выгодно, что бы в этой войне было как можно больше перемирий – но ведь и тот, кого «сдерживают», сам имеет право сдерживать.

Азиатское направление интеграции не менее трудное, прежде всего пока идет война с Европой и из-за того, что идёт война с Европой. Зато этот процесс гораздо более мирный. Во-первых, Россия, Турция и Иран, как и постсоветские государства с арабскими, вообще достаточно авторитарны, то есть вполне следуют совету Маккиавели: для обеспечения суверенитета государство (у Маккиавели – князь) выступает в союзе с простым народом и ограничивает своеволие (читай: демократию) аристократов (олигархата). Во-вто-

рых «цветные революции» и «вёсны» обеспечили политическим классам (=глубинному государству) этих стран хорошую встряску и политический иммунитет. Нет внутренней необходимости во внешнем враге для консолидации общества, а сам такой внешний враг (или по крайней мере, внешний вызов) есть. Создаются условия для перехода от «богатовекторной» свободной торговли к экономической и политической консолидации – против ядра капиталистической мировой системы.

Такого и следует ожидать России в предстоящие 25 лет. На западном фронте: переход от открытой войны к переговорам о мире, пять лет переговоров, пять лет подготовки к новой войне, новая СВО ещё пять лет, опять пять лет переговоров о перемирии, снова пять лет подготовки к войне... Итого двадцать пять.

Непрерывные 25 лет СВО на западном направлении могли бы дать России «интеграцию по частям» Европы чуть не до Ла-Манша. 20 лет разговоров о мире грозят дать НАТО возможность вести войну на более выгодных для них условиях – но это только кажется. Мирная передышка позволит провести интеграцию на азиатском направлении, и выгоды для НАТО никакой не будет. Но тут нужно понимать, что ни пути, ни результата интеграции с Передней и Средней Азией, кроме Советского Союза 2.0, нет и быть не может. Здесь не место обсуждать, насколько организационный принцип Советского Союза был исполнен или извращён, но это был принцип демократического централизма, сознательно его авторами противопоставленный буржуазной демократии (основанной на принципе представительной демократии). Принятие решения «съездом» суверенных государственных образований (равноправно ограниченных в суверенитете), централизованное исполнение принятых решений без какой бы то ни было «богатовекторности». То есть не «рыночное» воздействие на националь-

22 Friedman G The Next Decade. Where We've Been... And Where We're Going – N.Y., L., Toronto, Sydney, Auckland: Doubleday, 2011; The Next 100 Years: A Forecast for the 21st Century -- N.Y., L., Toronto, Sydney, Auckland: Doubleday, 2009.

ные государства кнутом и пряником для того, чтобы они открыли свои экономики транснациональным компаниям, «и пусть победит сильнейший». Победит в этом случае ТНК, не контролируемая правительствами тех стран, на территории которых она действует, просто коррумпирует чиновников и правящие классы. В этих условиях создание межгосударственной корпорации развития с передачей некоторых полномочий может быть защитой против общей для группы государств угрозы коррупции.

На первый взгляд, обрисованные здесь и «западная» и «восточная» интеграция слишком противоречивы, чтобы рассматриваться как возможные. Интеграция на запад требует войны, непрерывной войны и военной победы на каждом шаге – над противником, который, хоть и в кризисе,

но пока сильнее. Интеграция на восток требует мира, но при этом может привести к успеху, только если Запад не будет мешать этому процессу. В конце концов, Турция – член НАТО, а против Турции «восточная интеграция» России недостаточно эффективна. Но во-первых, какая-то интеграция неизбежна (на фоне-то полтора триллиардных Китая и Индии), а во вторых интеграция «на запад» и «на восток» для России работают в противофазе: когда останавливается одна, медленно движется другая. Без больших каких-то переломов и потрясений, «реальная» интеграция за 25 лет едва-ли будет заметной. Но подготовку условий для действительной интеграции в следующие четверть века (2050-2075) можно и нужно рассматривать как «возможное», а не только «желаемое».

Самокритика

Данная публикация не может рассматриваться как точный научный прогноз. Не дана оценка полноты учёта процессов, явно пропущены демографические процессы, пропущены взаимодействия БРИКС (кроме валюты), рассматриваемые процессы даны без достаточной детализации, не сопоставлены по рубежам и срокам. Совершенно не анализируются политические и классовые интересы в большинстве регионов мира. Не учтены достаточным образом стохастические механизмы развития и взаимодействия процессов. Нет в достаточной мере разделения предвидения

и проектирования. А ведь более подробный и более строгий учёт происходящих процессов может потребовать выводов, прямо противоположных приведённым выше! Одним словом: «требуется дополнительное финансирование для продолжения научных исследований». Данная публикация есть всего лишь концепция прогноза, который должен быть обоснован материалами на порядок большими данной публикации.

P.S. Реальные итоги 2025 года, впрочем, прогнозы когерентны.

Литература

1. Богданов А. А. Тектология: всеобщая организационная наука. В 2-х кн. Книга 1,2. – М., Экономика, 1989.
2. Бэрнхем, Джеймс Грядущее поражение коммунизма /Авторизированный перевод Евг.Шугаева – Посев, 1951[б.м.] /Burnham, James The Coming Defeat of Communism – Posev, 1951 – 171 с. [Рус.яз.] URL: https://vtoraya-literatura.com/pdf/bernhem_gryadushchee_porazhenie_kommunizma_1951_ocr.pdf (16.10.2024)
3. Кутырёв В. А. На тонущем корабле гуманизма // Место и роль гуманизма в будущей цивилизации / под ред. Г. Л. Белкиной; ред.-сост. М. И. Фролова. – М.: ЛЕНАНД, 2014. – С. 74–89.
4. Недорезов В.Г. Писарчик Л.Ю., Стрелец Ю.Ш. Трансгуманизм и постгуманизм: планы расчеловечивания // Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2024. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transgumanizm-i-postgumanizm-planu-raschelovechivaniya> (дата обращения: 16.02.2025).
5. Песчанский В. В. Служащие в буржуазном обществе. – М.: Наука, 1975.

6. Печерских Н.А. Циничная арифметика гражданской войны //Актуальные проблемы развития российского законодательства и практика его применения. Сборник научных статей по результатам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ижевск, 2022. С. 1058-1073.
7. Печерских Н. А., Печерских С. П. Что было не так в советском социализме? // Социально-экономическое управление: теория и практика, 2020, №3 (42), с. 17-23.
8. Печерских С.П. О современных подходах к пониманию философской категории «отчуждение» // Миссия кофессий, 2025, №1 (82)
9. Печерских С.П. Техногенная цивилизация: кризис или развитие? //Наука сегодня: глобальные вызовы, пути развития. Материалы XIV Всероссийской научно-практической конференции. Сер. «Гуманитарные исследования» – Рязань, 2023. С. 97-100.
10. Рабочая сила, занятость и безработица в России (по результатам выборочных обследований рабочей силы). 2024 Стат.сб./Росстат. – М., 2024.
11. Тощенко Ж. Т. Прекариат – новый социальный класс // Социологические исследования, №6, 2015, с.3-13.
12. Bell, Daniel The coming of post-industrial society: A venture of social forecasting – N.Y.: Basic Books, 1976
13. Burnham, James. The Managerial Revolution: What Is Happening in the World.– N.Y.:John Day Company, 1941, 214p.
14. Djilas, Milovan. New Class. An Analysis of the Communist System – 1957, N.Y.:Frederick A. Praeger, inc. [UK] – 243 p.
15. Fridman G. The Next 100 Years: A Forecast for the 21th Century, – 2009.
16. Friedman G. The Next 100 Years: A Forecast for the 21th Century – N.Y., L., Toronto, Sydney, Auckland: Doubleday, 2009.
17. Friedman G. The Next Decade. Where We've Been... And Where We're Going – N.Y., L., Toronto, Sydney, Auckland: Doubleday, 2011;
18. Galbraith, John Kenneth. The New Industrial State – Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 1967 –
19. Jacques Marseille. Naissance des grands magasins : le Bon Marché // Célébrations nationales (in French). Ministry of Culture of France. – URL: <http://www2.culture.gouv.fr/culture/actualites/celebrations2002/bonmarche.htm> (6.10.2024)
20. Katz R.L. The Information Society: An International Perspective. – N.Y., 1988.
21. Masuda Y. The information Society as Post-Industrial Society. – Wash., 1981;
22. Porat M., Rubin M. The Information Economy: Development and Measurement. – Wash., 1978;
23. Stonier T. The Wealth of Information. – L., 1983, 176 p.

© Печерских Н.А., 2025 petcher@list.ru

Поступило в редакцию 23.03.2025

Материалы научно-практической конференции «Аксиология, организация и финансирование медицины»

На уровне здравого смысла понятно, что до того, как определять стоимость результатов труда, стоит измерить величину самих этих результатов. Понятно так же, что результатом медицинской работы является здоровье, хотя ВОЗ, на уровне идеологии, здоровье подменяет отсутствием болезней. Тем не менее, макросоциологически, на уровне социальной статистики, ВОЗ рекомендует измерять именно показатель здоровья популяции – ожидаемое количество лет предстоящей здоровой (хотя бы в форме «без болезней») жизни. Показатель этот лучше, чем здоровье по Семашко-Давыдовскому-Адо, и лучше даже, чем здоровье по Амосову¹; хотя бы тем, что ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) измерима.

Но есть и проблемы. Во-первых ОПЗЖ измерима макросоциологически, на уровне социальной статистики популяций, но не для индивида. Будучи белым трансгендерным мужчиной 66 лет, отказавшимся давно от вредных привычек, впрочем с набором хронических заболеваний – на какой срок ОПЗЖ я могу рассчитывать *лично*, и насколько увеличат этот срок медицинские манипуляции, предлагаемые медицинскими организациями и финансируемые медицинским страхованием, государством, благотворителями и из личных доходов? Вполне осмысленная для популяции в целом процедура измерения ОПЗЖ не слишком осмысленна для индивида: дайте с десятка характеристик, и индивид окажется совершенно уникальным, статистике неподвластным, имеющим ровно нулевую вероятность. Чудесного ничего: этот индивид один во всей истории популяции (человечества), он не будет повторён ни с какой частотой, индивидуальная частота нулевая. Но нулевая частота не позволяет ничего предсказывать; ничего не проверишь. Для индивида легче измерить количество здоровья по Амосову (резерв адаптации), и такой показатель может быть даже полезен для самого индивида: хороший опытный врач может обоснованно рекомендовать изменение режима тренировок, работ и отдыха, способствующих повышению индивидуальной ОПЗЖ (не за 12 минут, конечно). Но сложить индивидуальные показатели здоровья по Амосову в популяционную ОПЗЖ невозможно (невозможно даже сколько-нибудь обоснованно вычислить индивидуальную ОПЗЖ).

Вторая проблема не менее трудна к решению. В обществе нет ни одного лица, интерес которого совпадал бы с увеличением ОПЗЖ. Положим, увеличение ОПЗЖ есть общественная потребность. Но «невидимая рука рынка» раскалывает эту потребность на множество интересов, и направляет деятельность участников процесса здравоохранения в разные стороны, только не к увеличению общественного и индивидуального здоровья. Кроме регионального министра здравоохранения, никому больше нельзя назначить премию за увеличение ОПЗЖ! Да и министру эта премия относительна: он заинтересован во власти, в объемах финансирования, и много ещё в чем другом, кроме ОПЗЖ популяции. Индивидуальное здоровье, кроме собственного, вне сферы его интересов вообще. Врач заинтересован (в ныне существующей системе медицины) не в здоровье пациента (который болен по определению ВОЗ), а в осуществлении возможно большего количества медицинских манипуляций, причём тех именно, которым он (врач) обучен. Клиника заинтересована не в операциях, производимых врачом, а в общих объемах финансирования. Страховая организация – в балансе страховых премий и выплат. Даже пациент, и тот заинтересован не в здоровье. Собственное здоровье есть потребность индивида, это так. Но

1 См.: Печерских Н.А. О количества здоровья // *Актуальные проблемы науки в исследованиях студентов, ученых, практиков. Сб. Науч. ст. по итогам Межд. Научно-практич. конференции. Ижевск, 2021. С. 656-673.*

интерес пациента состоит не в максимальном количестве здоровья за приемлемое время и приемлемую цену, а как раз в получении какого-нибудь такого лечения, которое этого пациента утешит, желательно лечения особо редкого и дорогого. Режим тренировок, укрепляющих здоровье (Амосов в этом совершенно прав), находится далеко за пределами интереса пациента (и тем более, здорового индивида). Система медицины (в России, в Европе, в США, в Японии) обычно такова, что здоровье *охраняют*, более или менее плохо, но не производят. Семашко в свое время создал систему здравоохранения (впервые в мире) – создайте систему *производства здоровья* нации, если сможете!

Третья проблема, на первый взгляд, с измерением количества здоровья пересекается только исторически, совпадает по времени, но не по содержанию. С 1970-х годов происходит переход от «медицины врача» к «медицине клиники». Высокотехнологическая медицина современной клиники есть медицина коллективной работы. «Терапевт» выслушивает жалобы пациента и направляет его на *t*-инструментальные анализы. Результаты анализов передаёт «лечащему врачу», хорошо если вместе с пациентом. «Лечащий врач» назначает манипуляции. «Хирург» манипуляции осуществляет при поддержке «анестезиолога». Ни один медицинский работник не обследует пациента по Давыдовскому-Адо, от начала и до конца, от кончика носа до пяток. «Клиническое мышление врача» по Давыдовскому-Адо заменяется на «поликлиническое мышление» какого-то искусственного (а то и синтетического) *интеллекта клиники*. Со всеми проблемами корпоративного восприятия: пока процедура дойдёт до решения, изменится и пациент, и клиника (новые машины появятся), и протоколы медицинской работы.

В 2025 году в адрес конференции поступило 5 материалов, которые и публикуются в настоящем сборнике. В 2026 г. работа конференции продолжится в электронном формате (материалы размещаются на сайте <http://aksiologiamedici.coevolutia.ru/>), с официальной публикацией и регистрацией в e-Library (РИНЦ) в сборниках ежеквартально.

ЦИФРОВОЙ КАПИТАЛ: ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ ДЛЯ БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛЮДЕЙ

Платонова Светлана Ипатовна

*Д. филос. наук, доцент, профессор
кафедры социально- гуманитарных
дисциплин Удмуртского
государственного аграрного
университета*

Аннотация: в статье анализируется многозначное понимание цифрового капитала, показано значение социальной теории П. Бурдьё в концептуализации цифрового капитала. Рассматриваются основные подходы к анализу капитала и его форм, представленные в отечественных и зарубежных исследованиях. Отмечены возможности конвертации цифрового капитала в другие виды капитала, формирование цифрового неравенства и трансформация традиционных критериев социальной стратификации.

Ключевые термины: цифровой капитал, социальный капитал, нематериальный капитал, конвертация

DIGITAL CAPITAL: ITS OPPORTUNITIES AND RISKS FOR HUMAN WELL-BEING

Platonova Svetlana Ipatovna

*D.Phil.Sc., Associate Professor, Professor
of the Department of Social and
Humanitarian disciplines of the Udmurt
State Agricultural University*

Abstract: this article analyzes the multifaceted understanding of digital capital and demonstrates the importance of P. Bourdieu's theory of capital in conceptualizing digital capital. It examines the main approaches to analyzing social capital presented in domestic and international studies. The possibilities for converting digital capital into other forms of capital and the growing importance of digital capital in modern society are highlighted.

Key terms: digital capital, social capital, intangible capital, conversion

В условиях продолжающейся цифровой трансформации общества большое значение приобретает осмысление цифровых процессов, анализ новых вызовов, сопровождающихся существенными изменениями в социальной структуре, в функционировании основных социальных институтов, в формировании социальной идентичности и другими проблемами во всех социальных сферах. Функционирование цифрового общества порождает принципиально новые феномены, связанные с экспансией цифровых технологий и растущим пребыванием индивидов в виртуальном пространстве.

Цель статьи связана с социально-философским анализом понятия «цифровой капитал», предполагающим выделение его сущностных характеристик на основе подходов, сложившихся в философской и социологической традициях, представленных в отечественной

и зарубежной литературе. Основой для концептуализации понятия «цифровой капитал» выступает социальная теория выдающегося французского мыслителя XX века П.Бурдьё¹.

В статье «Формы капитала» (1983) П.Бурдьё выделяет три формы капитала: экономический, культурный, социальный. Для П.Бурдьё капиталы – это ресурсы, общепризнанные и ценимые членами общества и стратифицированные таким образом, что не все члены общества обладают одинаковым уровнем таких капиталов. Под экономическим капиталом П. Бурдьё понимал доход человека и другие ресурсы, которые конвертируются в деньги. Культурный капитал относится к «любой данной культурной компетенции» и включает в себя знания и навыки в различных областях культуры, таких как живопись, литература, театр или музыка. Социальный капитал включает в себя ресурсы, доступные человеку благодаря членству в стабильной социальной сети/группе. П.Бурдьё полагает, что социальный капитал, поскольку подчинен логике знания и признания, может функционировать как символический капитал.

Важной является мысль П.Бурдьё о возможности конвертации разных видов капитала. Так, например, культурный и социальный капитал могут конвертироваться в экономический капитал, точно так же как экономический капитал может конвертироваться в культурный и социальный капиталы². Французский социолог утверждает, что основой для всех видов капитала является экономический капитал³. Реконструируя выводы П.Бурдьё, обратим внимание на то, что для французского социолога различные типы капитала направлены на обеспечение воспроизводства капитала и являются основой для социальной стратификации.

Несмотря на авторитетную позицию П.Бурдьё, разделяемую многими исследователями, существуют иные трактовки понятия «капитал». В фокусе внимания американских теоретиков Р.Патнема (Putnam) и Дж.Коулмена (Coleman) находится понятие «социальный капитал». Для Р.Патнема социальный капитал – это характеристика социальной организации, это мера доверия между организациями. Следовательно, Р.Патнем понимает социальный капитал как общественное благо⁴.

Дж.Коулман интегрирует идеи экономистов и социологов. У экономистов он заимствует теорию рационального действия о том, что индивиды действуют в личных интересах, а у социологов использует и развивает тезис о взаимосвязи социального действия с социальной структурой. Социальный капитал является ресурсом, который индивиды могут использовать в своих целях. Для Дж.Коулмена социальный капитал является не только частным, но и общественным благом⁵. Таким образом, интерпретация понятия «социальный капитал» у рассмотренных исследователей различается. Если для П.Бурдьё социальный капитал – это частное благо, для Р.Патнема социальный капитал – это общественное благо, то для Дж.Коулмена социальный капитал является не только частным, но и общественным благом.

В изучении цифрового капитала мы будем опираться на идеи П.Бурдьё, чья концепция, по нашему мнению, более релевантна для объяснения цифрового неравенства и социальной стратификации современного общества. Понятие цифрового капитала было введено австралийской исследовательницей С.Парк (S. Park), которая, взяв за основу теорию капиталов П.Бурдьё, связала цифровой капитал с цифровыми навыками⁶. Цифровые навыки (умение пользоваться компьютерными технологиями, анализировать информацию, обмениваться информацией) становятся важной характеристикой для индивида, поскольку они позволяют человеку использовать государственные цифровые услуги, быть конкурентоспособным на рынке труда, получать информацию, коммуницировать в Интернете. С.Парк предполагает, что

1 Бурдьё П. Формы капитала // Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 5. С. 60-74.

2 Бурдьё П. Формы капитала // Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 5. С. 65-66.

3 Там же. С. 71.

4 Putnam R.D. Bowling Alone: America's Declining Social Capital // Journal of Democracy. 1995. Vol. 6. № 1. P. 65-78.

5 Coleman J.S. Foundations of Social Theory. Cambridge: Harvard University Press, 1990. 993 p.

6 Park S. Digital Capital. London: Palgrave Macmillan, 2017. 247 p.

только эффективно взаимодействуя с цифровыми технологиями, индивид может извлечь пользу из цифрового опыта. Таким образом, цифровой капитал приобретает особую значимость в современном обществе, являясь при этом одним из факторов и причин социального расслоения и формирования цифрового неравенства. С.Парк и Дж.Ким (G.Kim), проанализировав доступ к Интернету и его использование в сельских районах, сформулировали гипотезу «цифровой изоляции сельских жителей»⁷, в основе которой лежит два фактора: затрудненный доступ и высокая стоимость Интернета.

Что такое цифровой капитал? В современной исследовательской литературе единого определения данного понятия не предложено. Отметим понимание цифрового капитала как совокупности «навыков и знаний в области цифровых продуктов и технологий»⁸. Авторы данной статьи обнаружили, что цифровой капитал значительно повышает статус человека, он сопоставим с эффектом, связанным с культурным капиталом, хотя и менее выраженным, чем в случае с экономическим и социальным капиталами. Кроме того, на накопление цифрового капитала влияет как прошлая социализация, в виде цифрового воспитания, так и нынешняя социализация, включающая в себя взаимодействие со сверстниками, обладающими цифровыми навыками. Цифровой капитал может формироваться и накапливаться в семье, и эта характеристика сближает цифровой капитал с культурным капиталом. П.Бурдье полагал, что культурный капитал существует в инкорпорированном, объективированном и институционализированном состояниях. По-видимому, такие же особенности присущи и цифровому капиталу: он может существовать в инкорпорированном состоянии (как усвоенные человеком цифровые навыки и умения), объективированном состоянии (наличие устройства, доступ к Интернету) и институционализированном состоянии (формально признанная квалификация, сертификация индивида как, например, разработчика цифровых программ, ресурсов, контента).

Известный испанский социолог М.Рагнедда определяет цифровой капитал как «совокупность цифровых компетенций (информация, коммуникация, безопасность, создание контента и решение проблем) и цифровых технологий»⁹. Таким образом, цифровой капитал представляет самостоятельную форму капитала и не может быть сведен ни к одной из уже существующих форм капитала. Важной особенностью цифрового капитала является способность его конвертации в другие виды капитала. Поэтому М.Рагнедда называет цифровой капитал «капиталом-мостом (bridge capital) между возможностями офлайн- и онлайн-жизни»¹⁰. Нами уже отмечалось, что «разные виды капиталов (политический, культурный, личный, социальный, экономический), функционирующие оффлайн, влияют на развитие цифрового капитала, который, в свою очередь, приводит к практикам внедрения цифровых навыков и ресурсов в социальную сферу»¹¹.

Цифровой капитал – это разновидность нематериального капитала. Если в теории П.Бурдье нематериальными формами капитала являлись культурный и социальный капиталы, то сейчас к нематериальным формам относят политический, административный, коммуникативный, человеческий и другие виды капитала¹². Цифровой капитал

7 Лебединцева Л.А., Дерюгин П.П. [и др.] Цифровое неравенство: современные тренды формирования и исследования // Дискурс. 2024. Т. 10. № 6. С. 98.

8 Rodríguez-Camacho J. A., Linder M. [etc.] Digital Capital: Importance for Social Status in Contemporary Society and Antecedents of its Accumulation // Computers in Human Behavior. 2024. Vol. 159. P. 1.

9 Вартанова Е.Л., Gladkova A.A., Дунас Д.В. Цифровой капитал как гибридный нематериальный капитал: теоретические подходы и практические решения в российском контексте // Вопросы теории и практики журналистики. 2022. Т. 11. № 1. С. 10.

10 Там же. С. 21.

11 Платонова С. И. Цифровое неравенство как новая форма социального неравенства // Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2024. № 6. С. 144.

12 Вартанова Е.Л., Gladkova A.A. Цифровой капитал в контексте концепции нематериальных капиталов // Медиаскоп. 2020. Вып. 1. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mediascope.ru/2614> (дата обращения: 18.11.2025)

перестраивает стратификационную картину цифрового общества. Традиционные критерии стратификации – доход, власть и профессиональный престиж трансформируются в условиях цифровизации. Так, например, доход может существовать в форме криптовалюты, власть – функционировать в цифровом поле, а престиж профессии – определяться уровнем владения индивидом цифровых навыков. Исследователями отмечается формирование принципиально новых форм социальной стратификации. Так, «в Китае ... сформировалась новая “цифровая социальная стратификация”, представленная социальными слоями не только собственников информации и несобственников информации, но и промежуточного слоя между ними, «не обладающего информацией»¹³. Китайские ученые предлагают «разделить вес социальные группы на пять слоев: цифровая элита, цифровые богатые, цифровой средний класс, цифровая бедность и цифровое обнищание»¹⁴.

Таким образом, цифровой капитал – это самостоятельная форма капитала, возникновение которой связано с развитием цифровых технологий. Цифровой капитал не сводим к другим формам капитала, хотя находится в тесной взаимосвязи и взаимозависимости с этими формами. С одной стороны, цифровой капитал является важным средством для профессиональной карьеры, социального общения, роста материального и социального благополучия индивидов. С другой стороны, цифровой капитал является одной из причин социальной стратификации, маргинализируя индивидов, лишенных или слабо владеющих цифровыми навыками. Также чрезмерное развитие цифровых навыков может привести (и уже приводит) к таким явлениям, как цифровой эскапизм. Поскольку цифровые процессы имеют тенденцию к дальнейшему распространению, развитию, то роль и значение цифрового капитала, видимо, будет возрастать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурдые П. Формы капитала // Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 5. С. 60-74.
2. Варганова Е.Л., Гладкова А.А. Цифровой капитал в контексте концепции нематериальных капиталов // Медиаскоп. 2020. Вып. 1. Режим доступа: <http://www.mediascope.ru/2614>
3. Варганова Е.Л., Гладкова А.А., Дунас Д.В. Цифровой капитал как гибридный нематериальный капитал: теоретические подходы и практические решения в российском контексте // Вопросы теории и практики журналистики. 2022. Т. 11. № 1. С. 6-26.
4. Лебединцева Л.А., Дерюгин П.П. [и др.] Цифровое неравенство: современные тренды формирования и исследования // Дискурс. 2024. Т. 10. № 6. С. 94-107
5. Платонова С.И. Цифровое неравенство как новая форма социального неравенства // Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2024. № 6. С. 139–149.
6. Coleman J.S. Foundations of Social Theory. Cambridge: Harvard University Press. 1990. 993 p.
7. Park S. Digital capital. London: Palgrave Macmillan, 2017. 247 p.
8. Putnam R.D. Bowling Alone: America’s Declining Social Capital // Journal of Democracy. 1995. Vol. 6. № 1. P. 65-78.
9. Rodríguez-Camacho J.A., Linder M., Jütte D., Hennig-Thurau T. Digital Capital: Importance for Social Status in Contemporary Society and Antecedents of its Accumulation // Computers in Human Behavior. 2024. Vol. 159. Pp. 1-15.

© Платонова С.И., 2025 platon-s@bk.ru

Поступило в редакцию 24.11.2025

13 Лебединцева Л.А., Дерюгин П.П. [и др.] Цифровое неравенство: современные тренды формирования и исследования // Дискурс. 2024. Т. 10. № 6. С. 99.

14 Лебединцева Л.А., Дерюгин П.П. [и др.] Цифровое неравенство: современные тренды формирования и исследования // Дискурс. 2024. Т. 10. № 6. С. 99.

ПРИМЕР АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ (РАЗМЫШЛЕНИЯ НАД МЕМУАРАМИ ОТЦА)

Оропай Аркадий Федорович

Канд. филос. наук, доцент, пенсионер

Аннотация: текст представляет собой размышления над некоторыми страницами воспоминаний долгожителя, участника Великой отечественной войны Ф.Е.Оропая в аспекте взглядов их автора на здоровье и долголетие. Эти воспоминания представляют интерес и потому, что в них личный опыт много пережившего человека соединен с профессиональными знаниями философа, занимавшегося философскими проблемами медицины. Позитивный взгляд на мир, физическая и умственная активность и чувство меры, по мнению автора воспоминаний, являются залогом долголетия.

Ключевые термины: военные мемуары, долголетие, физическая активность, умственная активность, превентивная медицина.

AN EXAMPLE OF ACTIVE LONGEVITY (REFLECTIONS ON MY FATHER'S MEMOIRS)

Oropay Arkadiy Fedorovich

PhD in Philosophy, Associate Prof., Pensioner

Abstract: The text is a reflection on some pages of the memoirs of a long-lived participant in the Great Patriotic War F.E.Oropay in the terms of their author's views on health and longevity. These memoirs are also interesting because they combine the personal experience of a person who has experienced a lot with the professional knowledge of a philosopher who dealt with philosophical problems of medicine. A positive outlook on the world, physical and mental activity and a sense of proportion, according to the author of the memoirs, are the keys to longevity.

Key terms: military memoirs, longevity, physical activity, mental activity, preventive medicine.

Как известно, долгожителями считаются граждане, достигшие девяностолетнего возраста. Мой отец Оропай Федор Евдокимович (1921–2017) подпадает под эту категорию. Согласно его трудовой книжке, закончил он трудовую деятельность в августе 2013 г., когда ему шел уже 93-й год. Книжка была выдана в октябре 1976 г., а до этого отец свыше тридцати пяти лет отслужил в Вооруженных силах СССР на красноармейских, командирских и офицерских должностях. На гражданском поприще он проработал примерно тот же срок, что и его служба в армии. Находясь на покое, он работал над воспоминаниями, которые были опубликованы посмертно под моей редакцией, с моими же комментариями, предисловием и послесловием.¹ В книге описаны «детство, отрочество, юность» автора, призыв в РККА, военные годы и его послевоенная воинская служба в Германии, Средней Азии и в военно-артиллерийской академии в Ленинграде.

Федор Евдокимович родился в селе под названием Духова Лубенского района Харьковской области (с тех пор и название, и областное с районным подчинение изменились) в семье селянина-середняка. Второй своей малой родиной отец считал находящееся в 10–12 км южнее село Лазорки. Там он окончил среднюю школу, шагнул во взрослую жизнь. Там же

1 Оропай Ф.Е. Война, до и после (Из воспоминаний). СПб.: Химиздат, 2020.

он встретил девушку, которая стала матерью его детей и спутницей всей последующей жизни «пока смерть не разлучила их».

Его отец Евдоким Никонович был неграмотным, но тянувшимся к знаниям и новизне человеком. Он стал энтузиастом и пионером «кооперативного движения» в 20-х гг. Из-за его скоропалительного вступления в какое-то техническое «товарищество» семья угодила в долговую яму, сам же он зарекся от участия в любых формах коллективной работы и, несмотря на «великий перелом» 30-х гг., долгое время продолжал жить единоличным порядком. Это не прибавило ему расположения со стороны властей. Тем не менее, несмотря на все трудности и лишения, семья без потерь пережила голод 1933 г., который в публицистике часто называют «организованным», хотя отец считал его «следствием неорганизованности – и во власти, и среди большей части населения».

Те дети в семье, которые того хотели, получили образование. Отец круглым отличником окончил среднюю школу (медалей тогда не давали), при этом в учебе он проявил блестящие математические способности. Его учитель даже доверял ему («по ланкастерской системе») проводить занятия по этому предмету. Он же порекомендовал отцу поступать на физико-математический факультет Одесского университета. До этого он по убеждению вступил в ряды ВЛКСМ, возглавил школьную комсомольскую организацию (по его словам, выдвинули его скорее, за успехи в учебе, чем за организаторский талант) и даже стал кандидатом в члены ВКП(б). Последнее обстоятельство сыграло немаловажную роль в его дальнейшем жизненном пути.

Студентом университета он был недолго: у студентов 1939 г. поступления отсрочка от призыва в РККА была отменена. Отец был не из тех, кто жалуется на суровые жизненные повороты (особенно, если таковые приходились на период «советского лихолетья»). Началась Вторая мировая война, и было ясно, что стране ее не миновать. Отец понимал, что лучше вступить в войну подготовленным в физическом, психологическом и военно-специальном отношении.

С физической подготовкой у отца было из рук вон плохо. В артиллерийском полку, куда он прибыл новобранцем, он не мог и трех раз подтянуться на турнике. Это были последствия перенесенных дистрофии и полиартрита. Но отец с проблемой справился. Следует отметить методичность в том, как он в опорном прыжке «укротил» гимнастического коня. Постепенно увеличивая расстояния между двумя козлами, он научился прыгать и через коня. Отмечу, что такая же методичность присутствовала и в обучении меня плаванию. Долгое время особого прогресса не было, наставления и личный пример не оказывали действия. Тогда он применил, я бы сказал, технико-психологический метод: он снабдил меня ластами, и я в одночасье и овладел должной координацией движений, и навсегда обрел уверенность, в том, что могу держаться на воде. В детстве я тонул (что, к счастью, не заразило меня «водобоязнью»), взрослым же я сам принимал участие в спасении тонущего ребенка. Можно сказать, благодаря отцу, я «отдал долг ОСВОДу».

В военно-специальной подготовке тоже были свои повороты. Студент-математик сразу был зачислен в полковую «учебку» с перспективой стать командиром вычислительного отделения. Однако политическое доверие командование ставило выше умения вычислять установки для стрельбы. Отца перевели в писари секретной части полка, расквартированного на западе Украины. Ему приходилось наносить на карту дислокацию германских соединений на сопредельной территории. Картина вырисовывалась мрачная. Отец по совету своего непосредственного начальника, по разнарядке, поступил в Брянское военно-политическое училище, а через полгода началась война.

Его серая кандидатская книжка стала «билетом на фронт». Отец был откомандирован в Москву, в распоряжение Политуправления Московского военного округа, где, после присвоения ему звания «младший политрук», он получил назначение в формирующийся отдельный батальон связи. Ровно через месяц после начала войны отец впервые с ней

познакомился. В ночь на 22 июля состоялся первый массированный налет вражеской авиации на столицу, а бойцы и командиры батальона были привлечены для подноски снарядов для ведущей огонь зенитной батареи.

На фронте отец служил в политическом составе частей и соединений 33-й армии. В последний год войны он был помощником начальника политотдела 142-й армейской пушечной артбригады, чья артиллерия первой открыла «огонь возмездия» по территории Германии. Боевые действия бригада закончила 1 мая 1945 г. встречей на Эльбе с американцами.

Думаю, самая интересная часть воспоминаний отца посвящена войне. Но что касается медицинской тематики настоящей конференции, то такого материала в ней мало, о его самочувствии на войне отцом не написано ни слова, что само по себе показательно. Отец не был не то что ранен, даже не получил серьезной травмы. Однако один фрагмент хотелось бы привести. В книге описывается, как наступающие в 1944 г. в Белоруссии советские воины не обращали особого внимания на попадающие в их поле зрения мелкие группки противника. И приводится такое суждение: «Большинство же солдат и офицеров немецкой группировки под Минском было пленено. Они-то, наверное, и составили колонну военнопленных, совершивших пеший переход от Минска до Москвы, и которых часто потом показывали шагающими по Москве в знаменитом «марше побежденных».² Это ошибка. На самом деле пленных свозили к Москве эшелонами, подвергали медосмотру на предмет допуска к шестивью, а допущенным полагалось усиленное питание. Но эта ошибка объяснима. Отец испытал все опасности, тяготы и лишения осеннего 1941 г. отступления к Москве, когда ему и его товарищам по выходу из окружения пришлось проделать долгий «пеший переход» для воссоединения с частями РККА. Отсюда безотчетная уверенность, что плененный враг испытал на себе то же самое. Я не исправил ошибки в тексте, ведь это своеобразный воинский «шрам», хотя и не на теле.

Подводя итог своим собственным военным мемуарам, перечислив свои личные утраты, понесенные за эти годы, и отмечая, что война была жестокой жизненной школой, отец резюмирует: «Надо было только правильно использовать ее уроки в послевоенной жизни».³ Эта последняя не обещала молодому офицеру, не имеющему военного образования и гражданской профессии, радужных перспектив. Их, опираясь на военный опыт, предстояло еще добиться упорной работой и учебой.

После нескольких лет службы в Германии отец был переведен в Туркестанский военный округ, где приходилось служить в разных местах, но начинал отец среднеазиатский период своей карьеры и заканчивал его в Ташкенте. Этот период связан с началом семейной жизни, рождением детей и получением высшего военного образования. Отец заочно с отличием закончил Военно-политическую академию (для очного обучения имелось медицинское противопоказание – хронический конъюнктивит). В дальнейшем отец поступил в заочную адъюнктуру при кафедре философии Военно-политической академии и работал над диссертацией на тему «Единство теории и практики в обучении и воспитании воинов». В философии его привлекало противоречивое единство абстрактности и фундаментальной значимости в жизни культуры. В этом он усматривал родство ее с математикой.

С диссертацией были свои затруднения. По этому поводу отец писал: «Я наивно был уверен, что в науке решающая роль принадлежит логике и фактам. Но как скоро убедился, в науке есть еще... начальство».⁴ «Военному» начальству, не нравилось, что в тексте слишком много теории в ущерб практике, а «философскому» не по душе пришлась сама трактовка диссертантом понятия «теория». Так или иначе, несмотря на принципиальные разногласия с научным руководителем, диссертация была представлена к защите и защищена. Это

2 Там же. С. 89.

3 Там же. С. 104.

4 Там же. С. 150.

случилось уже в бытность отца преподавателем философии Военно-артиллерийской академии. Присвоение ему воинского звания «полковник» и ученого – «доцент» означало и достойное завершение военной карьеры, и обретение солидной гражданской профессии. Последняя позволила ему продолжить преподавательскую и научную работу в стенах Ленинградского ветеринарного института. Отмечу, что читал он в числе прочих и курс «Философские проблемы медицины» для аспирантов.

В последние годы отец пересмотрел свою былую убежденность в «решающей роли» в науке логики и фактов. Он пришел к выводу, что рациональное познание должно быть дополнено интуитивным. В этой связи он рассказал мне неведомую ранее семейную быль о бегстве молодого Евдокима Никоновича из австро-венгерского плена. В решающий момент он угадал правильное направление – «подобно римским авгурам» – по полету птицы. В результате, побег удачно завершился на территории Румынии. В условиях информационной неопределенности интуитивно возникло верное решение. Синергетический принцип неразрывности *порядка* и *хаоса*, по мнению отца, способствует целостному видению сложной познавательной ситуации и облегчает поиск продуктивного выхода из нее.

С платоновских времен среди философов укоренилось мнение, что философские занятия способствуют *катарсису* – очищению от пороков и страстей. Однако в земной жизни невозможно полное очищение, лишь за порогом смерти оно достижимо. А посему философия считалась «подготовкой к смерти», научением умиранию, уходу из мира суеты и неправды. В этом отношении, воззрения на жизнь и смерть Федора Евдокимовича были, напротив, посюсторонними. В его представлении, философия должна быть *подготовкой к жизни*, средством в решении первостепенных жизненных проблем. «Великий жизнелюб» – так он называл своего отца, который испытал в своей жизни немало невзгод и мучений (война, плен, социальная несправедливость, голод, оккупация), не отказался от позитивного взгляда на жизнь.

Трудным был поздний период жизни Федора Евдокимовича. И дело не только в естественных недомоганиях, как он говаривал, «согласно паспортным данным». Страдала не только телесная, но и душевная организация. Старшее поколение обирали и грабили преступники, а либеральные публицисты в открытую называли его демографическим балластом, от которого следует поскорее избавиться. Отец болезненно переживал и разрушение былых добрососедских отношений России и Украины, начавшееся в 2014 г. Но «процесс пошел» гораздо раньше. Отец состоял в переписке с несколькими своими бывшими одноклассниками, и с некоторого времени стал отмечать нарастание националистической тональности в получаемых письмах. Не случайно, в описание «дней без войны», краткосрочного отпуска на родину осенью 1944 г., вставлен такой фрагмент; «В этой поездке я наглядно ощутил зловещие изменения в западной части Украины. Проезд через Ровенскую область – через те места, где я начинал воинскую службу до войны – оказался более опасным, чем по Польше: бандеровцы обстреливали и подрывали поезда. Невольно припомнились мне сводки нашего Генштаба, которые доводилось мне, тогда полковому писарю, читать в 1940 году – о подготовке немцами военизированных отрядов из украинских националистов».⁵ Сильно раздражала его и постсоветская кинопродукция военной тематики. Кстати, и «шапкозакидательские» фильмы 40-х–50-х гг. ему категорически не нравились, что меня в раннем детстве удивляло.

В разных местах мемуаров можно встретить ремарки, свидетельствующие о приверженности автора здоровому образу жизни. Курить он бросил еще до моего рождения, и на моей памяти, никогда не злоупотреблял спиртным. Как всякий ранее голодавший, он уважительно относился к еде, но никогда не передал. Умеренность и физическую активность считал важными факторами активного долголетия. До последних дней отец оставался приверженцем *превентивной медицины* – направлению в медицинской науке и

5 Там же. С. 95

практике, в котором основной целью считается сохранение здоровья за счет предупреждения различных заболеваний и патологий.

Отец перед призывом в армию опасался, что из-за своих былых хворей не сможет достойно выполнить воинский долг. Но, как он говорил, опасения забылись после первой же команды «Батарея, выходи строиться на физзарядку!». Он обрел уверенность, что телесные немощи преодолимы, и как это видно из воспоминаний, ему это удавалось. В свою брошюру по философским вопросам медицины отец вставил восточную притчу о поэте, защитнике народных интересов и обличителе властей. Он подвергался преследованиям, но от этого его авторитет только возрос. Но будучи «обласкан» властями, получив от них дворец и рабов, он ослаб духом и утратил былую славную репутацию. Так и организму противопоказаны тепличные условия, он должен быть в постоянном тонусе.

После ухода из жизни моей матери, с которой отец прожил свыше шести десятков лет, он жил один и успешно решал бытовые вопросы. Разумеется, при нашей поддержке – детей и членов их семей. «Слава богу, я не один», – говаривал он. Отец также старался выполнять посильную работу на своем дачном участке. Геронтологами справедливо утверждается, что пожилые люди ощущают себя моложе, когда ими осуществляется контроль над повседневной жизнью.

Основная умственная активность отца в последние годы, безусловно, связана с написанием воспоминаний. Я знал об этой работе, мы с ним обсуждали некоторые ее фрагменты, но к редактированию я приступил уже после его кончины. Не знаю, хорошо это или плохо. С одной стороны, мне, как первому читателю, хотелось бы больше живописных подробностей в некоторых «сухих» местах. Но с другой стороны, я как человек в каком-то смысле «пишущий», не всегда находил взаимопонимание со своими редакторами. Свобода слова должна быть уравновешена и свободой умолчания.

Любое, даже самое малое, умственное упражнение вызывало его живой интерес. Он с удовольствием решал сочиненные мною специально для него шарады, которые были, как правило, трех сортов – украинские, философские и военные. Они успешно им решались, но одна, военная, так и осталась нерешенной. В бытность его в ТуркВО, он одно время служил замполитом горнострелкового полка. Из-за особых условий местности, артиллерия в полку была на конной тяге, а замполиту полагался персональный конь и коновод при коне. «Конские» строки были и в шараде: «Для вас шарада у меня, // Из двух частей решенье слепится. // Что – конник знает! – у коня, // К примеру, холка или репица? // И слово – первое в присяге // (В начале всей служебной саги), // Из двух частей ответ один, // Особый это «ранг» старшин».

Когда я шараду загадывал, отец лежал в Военно-медицинской академии, в офтальмологическом отделении. «Для меня, – говаривал он, – глаза важнее сердца». Он понимал, что ухудшение зрения сужает спектр возможностей и в физической активности, и в умственной. В данном случае, через много десятков лет, напомнила о себе его давняя проблема с конъюнктивитом. Тогдашнее оперативное вмешательство привело к побочному действию: ресницы стали расти неправильно, в том числе, в сторону глазного яблока, причиняя боль. Пока зрение было сносным, отец самостоятельно периодически выщипывал мешающие ресницы. Когда же с возрастом зрение ухудшилось, пришлось обратиться в клинику. А хирургическое удаление ресниц довольно болезненная операция, и отцу было не до моих шарад.

Выписавшись из ВМА после операции, отец надеялся в ближайшее время туда же вернуться и продолжить лечение. Но этого не случилось. Наступило общее ухудшение самочувствия, и он впервые в жизни нам на это пожаловался. А дальше – резкое ухудшение состояния, срочная госпитализация, диагноз- приговор, которого он, видимо, не узнал, поскольку тот был поставлен за несколько часов до кончины. Но и на больничной койке, ставшей его смертным одром, Федор Евдокимович в беседах со мной (коллегой) продолжал

развивать свои философские идеи, чему удивлялись его соседи по палате. Он стоически относился к своему тогдашнему положению, переносил страдания со спокойным мужеством. На пороге своего ухода в «хаос», небытие, он сохранял веру в неистребимость «порядка».

Отец умер от острого лейкоза. Осталось загадкой, почему диагноз не был поставлен раньше. Между тем, немногим ранее отец наблюдался в онкоцентре по поводу базалиомы. Когда-то в радиопередаче «Посоветуйте, доктор» один видный онколог говорил с мрачным юмором: «Не все доживают до своего рака». Фраза невольно подводит к еще более мрачному продолжению – в том смысле, что поскольку долгожители непременно доживают, так незачем и диагностировать, и так понятно. Видимо, что-то не ладится с ранней диагностикой. На этом фоне несколько диссонансными выглядят недавние заявления «из вышних сфер» о радикальном продлении жизни россиян, за сто лет и далее. Пример Федора Евдокимовича скорее убеждает, что *сам человек может* достичь и *должен* стремиться к долгой по продолжительности и активной по содержанию жизни.

ЛИТЕРАТУРА

Оропай Ф.Е. Война, до и после (Из воспоминаний). СПб: Химиздат, 2020. 176 с.: ил.

© Оропай А.Ф., 2025 avolerz@mail.ru

Поступило в редакцию 4.12.2025

К ИСЧИСЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

Печерских Николай Александрович

*Д.филос.наук, доцент по кафедре
«Экономической теории», профессор
Ижевского юридического института
(филиала) ВГУЮ (РПА) Минюста России*

В медицине практически отсутствует определение и концепция здоровья. Популяционное здоровье (ожидаемая продолжительность здоровой жизни) исчисляется по смертности и заболеваемости. ВОЗ определяет здоровье отрицательно, как отсутствие болезней. Такой подход не позволяет измерять индивидуальное здоровье. Концепция здоровья по Амосову как адаптационного резерва организма не позволяет соизмерять индивидуальное и популяционное здоровье. Здоровье по Амосову может быть моделировано на основе модели стохастического программирования, обзор которой даётся в статье. Индивидуальная ожидаемая продолжительность жизни вычисляется в стохастической системной модели без обращения к популяционной статистике.

Ключевые термины: здоровье и болезнь, популяционное здоровье, адаптационный резерв организма, ожидаемая продолжительность жизни, линейное программирование, стохастическое программирование

TOWARDS HEALTH CALCULUS

Pecherskikh Nikolai Alexandrovich

*D.philos.sci., docent of «Department of
Economic Theory», Professor at Izhevsk
Law Institute (branch) The All-Russian
State University of Justice (RPA of the
Ministry of Justice of Russia)*

Abstract: There is practically no definition and concept of health in medicine. Population health (healthy life expectancy) is calculated by mortality and morbidity. WHO defines negative health as the absence of disease. This approach does not allow measuring individual health. According to Amosov's concept of health as an adaptive reserve of organism does not allow comeasuring individual and population health. Amosov's health can be modeled on the base of stochastic programming model, which synopsis is given in the article. Individual life expectancy can be calculated in stochastic system model without reference to the population statistics.

Key terms: health and disease, population health, adaptive reserve of organism, life expectancy, linear programming, stochastic programming

Когда (в эпоху античности) люди осознали проблему своей смертности, средняя продолжительность жизни составляла 25-30 лет, или, по другим расчётам, 30-40 лет. В XX веке средняя продолжительность жизни в некоторых странах резко выросла до примерно 70 лет; сегодня она в некоторых странах (Япония, Куба) даже превышает 80 лет. Рэймонд Курцвел предполагал в 2005, что после 2030 года люди смогут ежегодно увеличивать продолжительность жизни более чем на год за счет использования нанороботов¹. Означает ли это, что лет через 450 (ежегодно увеличивая продолжительность жизни на два года), люди достигнут продолжительности жизни в 1000 лет и станут практически бессмертными?

1 Kurzweil, Ray. The Singularity Is Near: When Humans Transcend Biology – Penguin Books, 2005 г. - 672 p.

По разным объективным причинам, и в отношении к разным аспектам субъективного содержания вышеприведённой фразы – нет. Статистически средняя продолжительность жизни вычисляется как средний возраст смерти, поэтому Советский Союз мог в 1953-1964 годах увеличивать продолжительность жизни ежегодно более чем на год (с 59,0 в 1953 до 70,4 года в 1964², то есть на 11,4 года за 10 лет), а в 1985-1987 годах за 2 года на 2,8 года у мужчин и на 1,3 года у женщин³. Среднее есть первый момент распределения, и не более того. Если у вас распределение смертности таково, что один из четырех новорожденных умирает, не дожив и года (его вклад в продолжительность жизни населения нулевой), а трое других спокойно доживают до возраста 60 лет (пусть от одного года до шестидесяти никто не умирает), и для них вероятность смерти равномерно распределена между 60 и 80 годами, то средняя продолжительность жизни составит 52,5 лет. Добейтесь, чтобы из четырех новорожденных ни один не умер, и у вас внезапно в этом году средняя продолжительность жизни составит 70 лет, увеличившись за год на... 17,5 лет! Такие предположения о распределении смертности, конечно, фантастические, нереальные, но позволяют проблему поставить ясно. Увеличить продолжительность жизни до 1000 лет за год можно только в том случае, если в популяции есть люди в возрасте уже 999 лет, и вы добьётесь, что за год никто моложе 999 лет не умрёт. Вторая часть этого предположения имеет вероятность строго 0, а первая ещё меньше. Что это за положительное число меньше нуля, я не знаю; дело математиков разобраться, каковы свойства такой вероятности, но вот она, такая вероятность. Работайте, братья математики.

Именно вследствие этой проблемы в последние 30 лет часто говорят не о средней, а о максимальной продолжительности жизни. Но «с этой стороны ничуть не лучше», как говорил ослик Иа-Иа. Максимальная продолжительность жизни, если вообще существует, то не может быть наблюдаема. Положим, Жанна Кальман умерла в 1997 г. действительно в возрасте 122 года 164 дня, а Сара Носс в 1999 году в возрасте 119 лет 107 дней⁴ (проблемы подтверждения возраста долгожителей, старше 110 лет, очень велики). Значит, в 1995 году в мире не было ни одного человека старше 120 лет. Была ли в 1995 году максимальная продолжительность жизни равна 120 годам, возросла ли она к 1997 году до 122 лет, упала ли она в 1998 году до 116 лет? Вопросы осмыслены, но осмысленный ответ на них может быть только в том случае, если будет доказано, что максимальная продолжительность жизни постоянна и ни от чего не зависит. А это не доказано. Оценки максимальной продолжительности жизни возможны⁵, но их верификация невозможна, а фальсификация возможна только одним способом: дожидаться, пока появится человек, переваливший за «предельный» возраст. Максимальная продолжительность жизни сама вычисляется как некоторое среднее и определена только если имеет место «уплотнение» коэффициента смертности по мере увеличения возраста⁶. Но при этом для человека никакого «по

2 Андреев Е. Ожидаемая продолжительность жизни 70 лет, или *deja vu* отечественной демографии // Демоскоп weekly, №487-488, 21 ноября – 4 декабря 2011. URL: <https://www.demoscope.ru/weekly/2011/0487/tema03.php> (07.07.2024)

3 Дудина В. И. Субъективное неравенство, социальная сплоченность и политические реформы: на примере роста продолжительности жизни в Советском Союзе в 1985-1987 гг // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2015. №3., с. 111. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/subektivnoe-neravenstvo-sotsialnaya-splochnost-i-politicheskie-reformy-na-primere-rosta-prodolzhitelnosti-zhizni-v-sovetskom-soyuze-v> (дата обращения: 07.07.2024).

4 Gerontology Research Group Table B - Verified Supercentenarians (Ranked By Age) As of January 1, 2015 (Excludes incomplete validated cases) – URL: <https://grg.org/Adams/B.HTM> (07.07.2024)

5 Weon, B.M., Je, J.H. Theoretical estimation of maximum human lifespan. *Biogerontology* 10, 65–71 (2009). <https://doi.org/10.1007/s10522-008-9156-4> (07.07.2024). «We find a tendency that survival probability is maximized in modern human survival curves. Based on such tendency, we develop an estimation method for maximum human lifespan and indeed obtain about 126 years from periodic life tables for Swedish female between 1950 and 2005» (p.65)

6 Stacy L. Andersen, Paola Sebastiani, Daniel A. Dworkis, Lori Feldman, Thomas T. Perls, Health Span Approximates Life Span Among Many Supercentenarians: Compression of Morbidity at the Approximate Limit of Life Span, *The*

достижении возраста X обязательно умереть» нет. Если есть живой человек возраста 122 года, то есть и ненулевая вероятность, что этот человек доживёт до 123 лет; когда будет человек 126 лет, то с небольшой, но не нулевой вероятностью, он может дожить до 127 лет⁷. И это не благодаря какой-то специальной медицине, просто по законам вероятности.

По поводу коэффициентов смертности следует заметить, что то, что наблюдается ближе к непосредственному, в этом случае и реальнее, чем то, что можно вычислить на основе наблюдаемого. Средняя продолжительность жизни – показатель, но не реальность. Гораздо ближе к реальности таблицы смертности⁸. Средняя продолжительность жизни есть лишь момент таблиц смертности, вычисляемый из-за удобства использования, которое, тем не менее, относительно: при усреднении значительная часть информации теряется, и приходится дополнять среднюю продолжительность — условной при условии, что индивид дожил до определённого возраста. Именно такова ОПЗЖ (ожидаемая продолжительность здоровой жизни при условии уже достигнутого определённого возраста). И нет ничего глупее, чем выбрать один или два (или пять) «показателей» (индексов) и сделать их КРІ системы здравоохранения как организации: менеджмент с легкостью найдёт, как достичь заданной величины индексов, не улучшая, а ухудшая performance (постановку работы). Благими алгоритмами оценки КРІ мощена дорога в ад.

Зафиксировав распределение смертности и болезней, можно уловить и более тонкие эффекты. Та же статистика ВОЗ сообщает ожидаемую продолжительность здоровой жизни при рождении и в возрасте 60 лет (исключив время болезней, можно вычислить как предстоящую продолжительность жизни, так и предстоящую продолжительность здоровой жизни для любого возраста). Вообще, в качестве показателя здоровья популяции, видимо, наиболее наглядна вероятность смерти в течение года пребывания в заданном возрасте (на основе которой можно рассчитать ожидаемую продолжительность жизни), хотя полезны и статистики первичной заболеваемости и потерь трудоспособности по болезни. С.А.Новосельский⁹ впервые рассчитал вероятности умереть и вероятности остаться в живых в течение следующего года жизни для каждого возраста (вероятность остаться в живых=1 – вероятность умереть). Vladislav_01 в публикации «Смертность мужчин и женщин в Российской империи 1896-1897 и в РСФСР-РФ 1959-2008»¹⁰ представляет данные Новосельского в виде диаграмм и сравнивает их с современной статистикой. По ним наглядно видно, что 1896-1897 гг. здоровье детей до 6-8 лет было слабым, здоровье когорт в возрасте от 8 до 55-60 лет – наилучшим среди всех возрастов, и в когорте старше 60 лет постепенно ухудшалось. График для возрастов старше 80-88 лет не слишком надёжен: и возраст указан не очень надёжно, и респондентов считанные единицы. В 2008 г.¹¹ существенно улучшилось здоровье детей и несколько возросла смертность старшей когорты (той самой, где данные Новосельцева ненадёжны). Здоровье женщин всех возрастов сильнее, чем у мужчин.

Восторги, как и алармизм по поводу успехов поддержания жизни без болезней, развития технологий стволовых клеток (позволяющих делать «запасные органы»),

Journals of Gerontology: Series A, Volume 67A, Issue 4, April 2012, P.395–405, <https://doi.org/10.1093/gerona/glr223> (07.07.2024); максимальная продолжительность жизни в этой публикации оценивается в 125-127 лет.

7 По данным Gerontology Research Group, столетние имеют шанс от 0,15 до 0,25% дожить до 110 лет // *"GRG World Supercentenarian Rankings List"*. Gerontology Research Group. 9 April 2021. Retrieved 12 April 2021. — see note 2 at bottom of page) – URL: <https://grg.org/WSRL/TableE.aspx> (10.07.2024)

8 См.: Демографический ежегодник России. 2023: Стат.сб./ Росстат. – М., 2023, с.76. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Demogr_ejegod_2023.pdf (10.07.2024)

9 Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России. – Петроград: Тип. Министерства Внутренних Дел, 1916. – 208 с. «Таблица смертности населения Европейской России. 1896-1897» на с.120-134.

10 URL: <https://vladislav-01.livejournal.com/730.html> (19.05.2020)

11 The Human Mortality Database – URL: <https://www.mortality.org/>. Данные доступны по запросу.

прижизненных генетических модификаций и тому подобного¹² не слишком убедительны и есть философия, которая должна быть изгнана для прогресса науки, человечества и гуманизма. Практическое бессмертие не есть «средняя продолжительность жизни в 1000 лет» (или в 150, или в 10000). Человек всё равно останется смертным «в свете кирпича», как говорил Л.Шестов, человек всё равно смертен от внезапных угроз (кирпича с крыши). Поэтому практическое бессмертие есть прежде всего работа самого индивида по производству собственного здоровья, достаточного для продолжения жизни; но так же (и в не меньшей степени) работа общества по производству общественного здоровья — и условий для работы индивида по производству индивидуального здоровья.

Определение понятий «здоровье» и «болезнь» применительно к индивиду, основных категорий медицины, встречается с теми же проблемами, что и определение других категорий. Парные категории можно определять, только противопоставляя одну другой, неявно; как писал В.И.Ленин по поводу другой пары категорий (материи и сознания): «...нельзя, по сути дела, дать иного определения двух последних понятий гносеологии, кроме указания на то, которое из них берётся за первичное»¹³. Казалось бы, любому даже неспециалисту понятно, что болезнь есть недостаток здоровья, а не наоборот, и тогда, говоря о наличии и лишённости (отсутствии того, чему надлежало бы быть в вещи) – прямой путь к тому, что бы определить, чему надлежит быть в теле, дабы быть телу здоровым, и уж от этой опорной точки идти к тому, чего это тело лишено, то есть к болезни. Но Аристотель, в медицине сведущий неспециалист, а в философии вовсе профессионал,- в «Категориях», говоря об обладании и лишённости, о здоровье и болезни не вспоминает.

Скорее у него можно найти осторожную логическую критику распространённых в его время концепций здоровья. Определение здоровья как правильного соотношения тёплого и холодного логически некорректно – то, для чего указано определяемое состояние не может быть его носителем (тепло и холод не являются носителями здоровья, не бывают ни здоровы, ни больны)¹⁴; главное здесь понятие «правильное соотношение», и определяемое понятие заменяется неопределённым. Гиппократова «гуморальная концепция» под эту критику подпадает полностью. Во-первых, если здоровье есть гармония четырёх соков, то что есть гармония? Неизвестное заменено неизвестным. Во-вторых, практика аллопатического (и чуть в меньшей степени, гомеопатического) лечения требует приписывания каждой болезни определённого «избытка» или «недостатка» соков, а лекарству – способности прибавлять «жидкости» или «высушивать». Здоровье оказывается всего лишь «исправлением болезни»! «Солидарная концепция» первую проблему (здоровье есть норма, но что есть норма?) несколько маскирует, зато вторую (здоровье есть отсутствие болезни) высвечивает сполна, с хирургическим уклоном в лечении: лишнее (болезнь) – отрезать. Вплоть до Рудольфа Вирхова лишь добавлялись методы распознавания болезней и развивалась *патология*: патологическая анатомия, патологическая физиология, патологическая цитология. Целюлярная патология XIX века есть этап в развитии теоретической медицины; валеология не состоялась и в конце XX века. В том же ключе строится даже Международная классификация болезней, и устав Всемирной организации здравоохранения: «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»¹⁵. Характерно, что в универсальной десятичной библиографической классификации (УДК) есть раздел для патологии (616), но

12 Вишев И.В. Имортализм — новое направление гуманизма // Вестник МГПУ. Серия: Философские науки. 2015. №1 (13). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/immortalizm-novoe-napravlenie-gumanizma> (дата обращения: 07.07.2024).

13 Ленин В.И. П.с.с., т.18, с. 149.

14 Аристотель Топика, 135b – Соч., т.2. – М.:Мысль, 1978, с. 477-478

15 Устав ВОЗ // Всемирная организация здравоохранения / Информация о ВОЗ – URL: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution> (1.05.2020)

нет раздела для здоровья! И это при том, что здоровье,- самоочевидно,- терминальная ценность медицины!

Социальное благополучие не есть особенно достижение Николая Александровича Семашко, но, скорее, общее место «социалистической» медицины второй половины XIX века. Вениамин Осипович Португалов в «Вопросах общественной гигиены» (1874), опять же, только первым употребил термин. Проблематика и теория отношения к здоровью и болезни разработаны в России даже не в научной медицинской литературе, а в публицистике и в резолюциях земских медицинских съездов. Профессиональные болезни, алкоголизм (пьянство), туберкулёз и необходимость противоэпидемических общественных мероприятий – есть или болезни, лечение которых требует общественной деятельности, или общественные проблемы, принимающие форму болезни.

Аналогично обстояли дела и в области психического здоровья. Психиатрия Зигмунда Фрейда мог появиться только после отработки концепции «единого психоза». Вильгельм Гризингер в «Патологии и терапии психических болезней» (Wilhelm Griesinger. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1845) трактовал различные формы психических заболеваний как стадии одного патологического процесса. Меланхолия или мания как начало процесса, переходит, при его усилении в стадию безумия (аффективно-бредовых нарушений); на третьей стадии возникают галлюцинаторно-бредовые расстройства (сумасшествие); четвёртая (заключительная) стадия деменции характеризуется полным упадком психических процессов. Дальнейшее развитие психиатрии (даже в работах самого Гризингера) не подтвердило гиптезы, будто психическая болезнь единственна – в МКБ-10 присутствовали десятки нозологических единиц психических расстройств. Но то, что у нормы и патологии есть особая, психическая форма, наряду с анатомической и химической (гуморальной) – особый вклад психиатрии в понятия здоровья и болезни.

Добавления относительно социальной и психической формы болезни значимые. Алкоголизм есть не свободный выбор личности, а болезнь, прямо и непосредственно. Социопатия и стойкая неспособность изменить своё поведение, сами не есть болезнь, но есть симптомы, прямо означающие болезнь. Но обе Аристотелевы проблемы относительно понятия «здоровье» видны яснейшим образом: здоровье есть благополучие, а что такое это благополучие, можно установить лишь исключая патологии физические, психические и социальные. Здоровье определяется отрицательно, через отсутствие болезни.

Весьма характерно, что физиологический, «динамический» взгляд на болезнь как на процесс, развёртывающийся во времени, а не как на состояние с особой формой, был реализован во времена Вирхова и Гризингера, но по отношению к здоровью не завершён до сих пор. В общефилософском плане есть концепция «ортобиоза» Ильи Ильича Мечникова (формулирована в 1901-1907); в частно-прикладном есть исследования нервно-психического развития детей Владимира Михайловича Бехтерева (1884-1897) и по физическому воспитанию Петра Францевича Лесгафта (1884-1909), но на уровне теоретической медицины и в конце XX века всё равно остаётся «состояние благополучия»! Исследованы и исследуются дифференцировки тканей, генетические программы развития, возрастные особенности анатомии, биохимии, физиологии и психологии детей, процессы старения, но нормальное развитие организма человека в единую модель не сведено, физиологический идеал здоровья как гомеореза (К.Х.Уоддингтон), от зачатия до векового возраста, для практического использования не создан. Может быть, оттого, что сама идея «идеала» не вполне работоспособна?

Отрицательный результат есть то же результат. Идеал анатомический, идеал гуморальный, идеал физиологический, идеал психический и социо-коммуникативный на практике медицинской общественностью определяются через лечение болезней, то есть через исправление отклонений от идеала. Слишком велико разнообразие людей – каждый имеет особенности отличающие его от среднего, именно каждый, а не «практически

каждый». Средний человек, возможно, был бы самым красивым и самым здоровым, но каждый реальный в чём-то отличается от среднего. А с другой стороны, значение имеет не только строение и развитие организма, но и отношение организма к условиям жизни – то, о чём говорят социальная медицина, и чуть меньше психиатрия. Организм не здоров и не болен вне отношения к среде, потому, что просто не живёт вне такового.

Вариабельность здоровых и больных людей и неразрывная связь организма и среды есть уже не просто дополнения к решению, а существенное изменение самой постановки проблемы. Такое изменение постановки проблемы было осуществлено в рамках эволюционного подхода (правда, до сих пор трудно говорить об эволюционной медицине). Здоровье есть хорошая адаптация организма человека к природной и социальной среде, а плохая адаптация есть болезнь. Здоровье не форма организма, а отношение, «переживание наиболее приспособленных к среде в борьбе за жизнь». Это уже не просто Платоновский идеал, противостоящий «плохой материи», а именно количество. В хорошей адаптации больше адаптации, чем в плохой; только «больше» важнее, чем «хорошо» и «плохо».

Самая первая из достаточно развёрнутых моделей здоровья как адаптации организма к среде – модель Николая Михайловича Амосова (разрабатывалась от 60-х - 70-х гг. XX в. до 2002 г.). Основные механизмы здоровья ясно различимы уже на уровне отдельной клетки. Клетка имеет два уровня структур: управляющие (синтез белков) и рабочие. Рабочие структуры выполняют две группы функций – специфические (например, выработка жёлчи клетками печени) и обеспечивающие жизнь самой клетки.

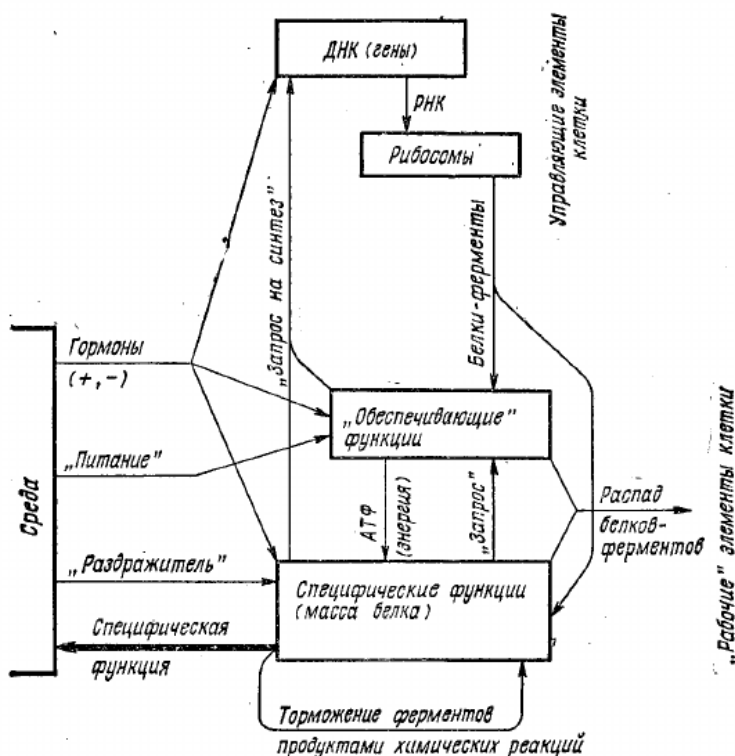


Рисунок 1. Схема клетки (по Н.М.Амосову)

Синтез белков происходит «порциями» в ответ на «запрос» со стороны рабочих органоидов – химических сигналов, указывающих на напряжение функции. Распад белков происходит непрерывно с постоянной скоростью, исчисляемой временем полураспада. ... Максимальная интенсивность функции определяется массой функционального белка, накопленной в результате соотношения распада и синтеза, как следствие тренировки. Организм управляет клеткой через «раздражитель», «питание» и гормоны. (Амосов Н.М. Природа человека – Киев: Наукова Думка, 1983, с.153)

Величина функции, выход, ответ на действие раздражителя, определяется массой функционального белка (массой структур и ферментов), а эта масса определяется двумя процессами (ассимиляцией и диссимиляцией): функциональный белок производится в ответ на напряжение функции, функциональный белок распадается по экспоненциальному закону с периодом полураспада от 1 до 200 дней. «Закон тренировки» при напряжении функций универсален, скорости образования и распада функциональных структур и ферментов

специфичны для каждой функции: нервные клетки увеличивают функцию и массу в ответ на напряжение, но в неизмеримо меньшей степени, чем мышечные.

Объективно и наблюдаемо различаются нормальный, форсированный и

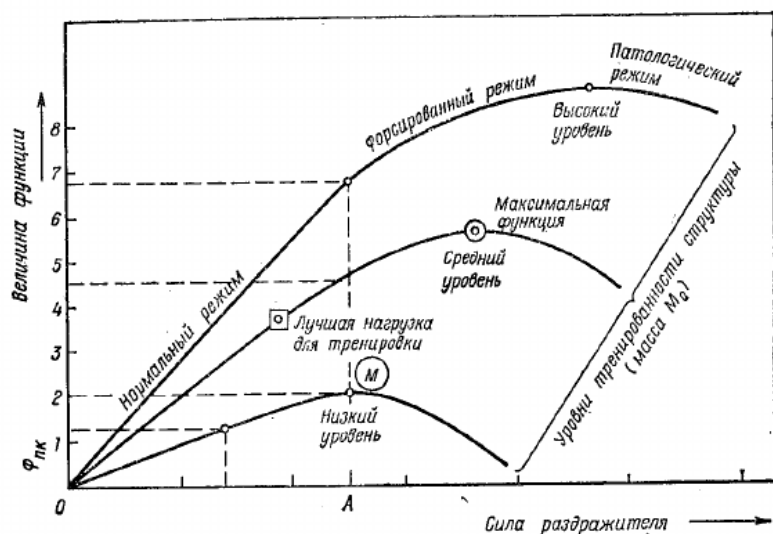


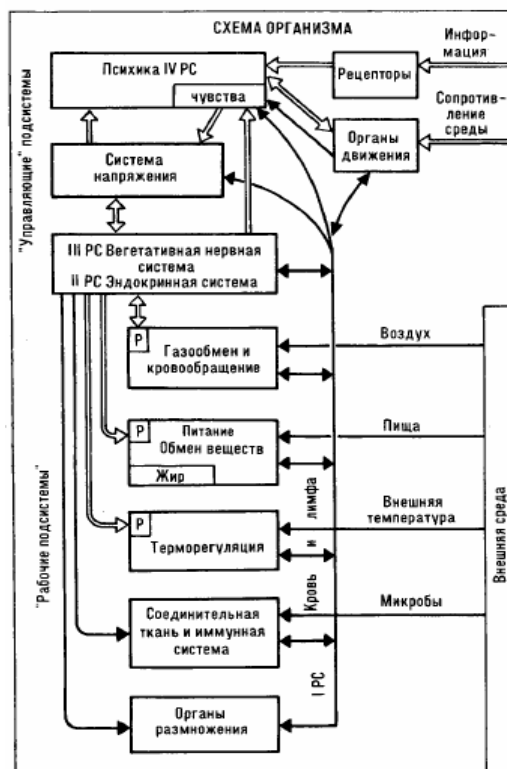
Рисунок 2. Резерв мощности организма (по Н.М.Амосову)

Статические функциональные характеристики биологического объекта – клетки, органа или организма. Зависимость между силой раздражителя и величиной функции для трёх уровней тренированности структур, выражающейся в массе функционального белка. Три типа режимов соответствуют трём участкам на характеристиках. При тренировке характеристики не только повышаются, но и разделительные точки режимов смещаются вправо. (Амосов Н.М. Природа человека – Киев: Наукова Думка, 1983, с.157)

патологический режимы функционирования (напряжённости функции в ответ на раздражитель). Нормальный режим показывает линейную зависимость между силой раздражителя и величиной функции, и устойчивость при длительном режиме работы. Форсированный режим не обеспечивает линейности и неустойчив при длительной перегрузке: недостаточно «материальное» и «энергетическое» обеспечение функции. Патологический режим приводит к достаточно быстрому разрушению структур и ферментов, так что с возрастанием силы раздражителя функция «парадоксально» снижается.

Рисунок 2 иллюстрирует понятие функционального резерва организма или резервной мощности, которая и есть количество здоровья: «Количество здоровья можно определить как сумму «резервных мощностей» основных функциональных систем»¹⁶. На рисунке изображены реакции трёх «организмов» на силу раздражителя. Пусть нормальное, обычное, «состояние покоя» характеризуется величиной функции 1. «Организм» с низким уровнем тренированности (данной функции) в форсированном режиме может выдать величину функции 2 (и адаптироваться, кратковременно, к уровню раздражителя А). При среднем уровне тренированности максимальная функция достигает примерно 5,5, а высокий уровень тренированности обеспечивает уже функцию около 9, и позволяет адаптироваться почти к вдвое большей силе раздражителя. Конечно, рисунок условен, но

Рисунок 3.



По Н.М.Амосову (Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – 3-е изд., доп., перераб. – М.: Физкультура и спорт, 1987, с.13)

16Амосов Н.М. Моя система здоровья. // Наука и жизнь, 1998, №5, с. 29.

«запас здоровья» он показывает: низкая величина тренированности даёт запас здоровья 2, а высокая больше, хотя, может быть и не в 4,5 раза. Наиболее важно для понимания адаптивности различие нормального, форсированного и патологического режимов функционирования организма: в нормальном режиме величина функции (частота дыхания, пульс, выработка ферментов и т.п.) соотносится с силой раздражителя линейно: вдвое выше нагрузка, вдвое возрастает и потребление кислорода, и выработка тепла и так далее. В форсированном режиме величина функции отстаёт от раздражителя (нагрузки): например, рост раздражителя втрое — рост функции только вдвое; рост раздражителя вчетверо — рост функции в 2,5 раза. Наконец, в патологическом режиме организм на увеличение нагрузки (раздражителя) отвечает снижением функции (что в конце концов может привести к разрушению структур, но заметно задолго до разрушения).

Состав функций организма, которые необходимо оценить для измерения количества здоровья, Н.М.Амосов иллюстрирует схемами клетки и организма (последняя на Рис.3). Геномные и обеспечивающие функции клеток являются общими у всех клеток организма; специфические функции клеток особенны в каждой из 10 выделенных на Рис.3 подсистем. В своих практических рекомендациях Н.М.Амосов выделяет тренировки 4 комплексных функций: для системы терморегуляции, для системы напряжения, физические тренировки (физкультура, бег), ограничения питания; при этом ясно определённые рекомендации даны для измерения 3-4 параметров «резервной мощности» (пульс, артериальное давление, частота дыхания, общий газообмен и энергопотребление – в условиях клиники). Тренировка терморегуляции (закаливание) воздействует на собственно систему терморегуляции, вегетативную нервную систему и обеспечивающие функции на клеточном уровне. Тренировка «системы напряжения» (эмоциональная реакция на стресс, и сон) нацелена на нормализацию засыпания, но так же влияет на иммунный статус, эндокринную систему, психику. Физические упражнения тренируют газообмен, кровообращение, мышцы. В практической реализации система здоровья Амосова ориентирована не на измерение количества здоровья, а на его увеличение. Советская система медицины вышла на тот рубеж, когда могли начаться систематические измерения количества здоровья (в рамках программы диспансеризации), но Советский Союз был распущен, финансирование государственной системы здравоохранения было обвалено, а ни частной, ни страховой медицине измерения количества здоровья оказались не нужны. Публикаций по измерению количества здоровья, тем более эпидемических, обнаружить не удаётся. Частные измерения диапазонов адаптации (та же велоэргометрия) производятся без ссылок на количество здоровья.

Критика модели количества здоровья Амосова, во-первых, однозначно требует, чтобы медицина реабилитации, медицина тренировки здоровья включалась в любую последующую модель. Это тот момент, который уже на уровне повседневного опыта и здравого смысла очевиден без доказательства, и доказательство его нужно только для уточнения «в четвёртом знаке после запятой».

Но во-вторых, следует учесть, что за пятьдесят лет с начала разработки модели Амосова, врачи начали измерять уже сотни параметров. Только сто лет назад (точнее, около 1915 г.) в амбулаторную и «полевую» практику вошёл термометр, а к 2020 не только велоэргометр, а уже и томографы (стереотаксические измерения!) были вполне доступным стандартом медицины. Есть технические возможности измерять тысячи параметров организма, а при необходимости число измеряемых параметров можно увеличить кратно, достаточно знать, что нужно измерять. Если параметр измерим, то можно измерить и диапазон реакции по этому параметру; нужно только разработать методику. Важно помнить, что нужно знание не о параметрах (характеристиках), а о функциях, выполняемых системами организма. Артериальное давление есть характеристика, а функция сердечно-сосудистой системы состоит в перекачивании определённого объёма крови в единицу времени. Характеристика есть то, что наблюдаемо прямо, но каждая характеристика обычно является

внешним выражением нескольких функций. Артериальное давление отражает не только перекачивание крови, но и функцию надпочечников, тонус сосудов, и многое другое. Диапазон реакции по артериальному давлению и сам по себе показателен, но «резервная мощность» не в диапазоне давления, а в других функциях. Впрочем, если показателей измерено несколько больше, чем нужно знать функций, то можно перекодировать полученную информацию и вычислить значения функций.

Наконец, в-третьих, при измерении встаёт постоянная проблема гуманитарного знания: как соизмерить степени сладкого и красного? Неделимое здоровье в процессе измерения по Амосову распадается на десятки частных функций, как собрать их в нечто целое? Если запас мощности сердца у данного человека пятикратный, запас мощности печени трехкратный, а запас клеток головного мозга только 20%, то сколько у него здоровья? И станет ли здоровья больше, если резерв печени сократится на 1%, а резерв мозга вырастет на 0,35%? В экономике эта проблема имеет форму «несопоставимости потребностей»: якобы нельзя определить, кому из двух людей нужнее или полезнее то или иное благо, но зато каждый из них сам для себя с лёгкостью решает, какое из двух количеств двух разных благ ему полезнее. Нельзя сказать, Петру или Павлу полезнее прирост резерва головного мозга на 1%, но и Петр, и Павел должны быть в состоянии определить, что для каждого из них для самого полезнее: 1% резерва мозга или 20% резерва сердца. Но в теории здоровья и этого нет.

Н.М.Амосов неоднократно указывал, что резервы нужны не ради резервов, а для приспособления к условиям среды. Более того, «количество здоровья» и существует-то только относительно обычных условий среды. Но формальную модель интеграции частных моментов здоровья в единую форму, хотя бы и относительную, как в экономической теории потребностей, он не предложил. Единый показатель здоровья относительно среды, относительно реальных условий жизни мы имеем только в эпидемической статистике и статистике смертности. Если ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Японии в 2016 г. составляла 84.2 года, а в Лесото 52.9¹⁷, то, видимо, здоровье населения в Японии выше. Конечно, как и в теории потребностей в экономике, это соизмерение только порядковое: имеет смысл только то, что продолжительность жизни в Японии выше, чем в Лесото, но ни то, что она выше на 31.3 года, ни то, что на 55.76%, значения уже не имеет. Здоровье населения Японии выше не на 31 год и не в полтора раза, оно только выше. Здоровье населения России находится между показателями Лесото и Японии, но даже не посередине. Данные понятны, наглядны и валидны в отношении количества здоровья – но только здоровья популяции, а не отдельного индивида. Модель Амосова (статистики по ней, к сожалению, собрано не было) относится как раз к индивиду. Можно ли осуществить переход от резерва мощности организма к вероятности переживания, от индивида к популяции и наоборот?

В 1925 г. Василий Леонтьев нашёл основную формулу системных эффектов, знаменитую $O=(E-A)^{-1}Y$ ¹⁸. Сформулированная для экономики, эта формула (или её полные аналоги) затем была обнаружена в экологии, популяционной генетике, теории связи и во многих других областях, где требовалось системное исследование. Здесь Y есть «конечный продукт», взаимосвязь системы со средой; O — «валовый выпуск», текущая работа системы; A — матрица коэффициентов прямых затрат каждого вида ресурсов в системе на производство каждого вида ресурсов. Системность состоит в том, что рассматривается взаимодействие ресурсов (элементов системы) друг с другом каждого с каждым. Вся математика, поэтому, приобретает характерную «квадратную» форму (E в

17 Life expectancy and Healthy life expectancy. Data by country // World Health Organisation/ Global Health Observatory data repository – URL: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en> (19.05.2020)

18 Leontieff W. «Die Bilanz der Russischen Volkswirtschaft—Eine methodologische Untersuchung». Weltwirtschaftliches Archiv, Vol. 22, No. 2, Oct. 1925, pp. 338–344; Weltwirtschaftliches Archiv—Chronik und Archivalien, Vol. 22, (1925 II), pp. 265–269.

формуле Леонтьева — квадратная единичная матрица). Системный подход в медицине, несомненно, в силе, но для теории здоровья полезны будут несколько дополнений.

Во-первых, обоснован переход от системной формы «взаимодействие ресурсов каждый с каждым» к форме «производство и потребление ресурсов в ходе выполнения функций», соответственно, от «квадратной» математической формы к «прямоугольной». В экономике такие формы исследовали и Леонид Канторович, и Джон фон Нейман (в рамках линейного программирования). Производство и потребление ресурсов (функциональных белковых комплексов и нутриентов) в ходе различных видов деятельности естественным образом появляются и в модели Н.М.Амосова. «Квадратная» форма и в экономике, и тем более в медицине, требует специальных усилий и приёмов: приходится постоянно пересматривать номенклатуру видов ресурсов и отраслей, и предпринимать специальные и специфические усилия по их измерению («условные» консервные банки, «условное» топливо, тонны тракторов и магистральных локомотивов). «Прямоугольные» формы могли бы быть немедленно полезны, например в диетологии. Таблица, приведённая на рисунке 6 имеет чисто учебное значение, цифры часового потребления совершенно условны.

Рисунок 6. Потребность в основных нутриентах в зависимости от выполняемой деятельности

	Потребление в час						Структура деятельности, часов в сутки
	Энергия, ккал	Белки, г	Жиры, г	Витамины гр. А, мг	Витамины гр. В, мг	Витамины гр. С, мг	
Базовая жизнедеятельность покоя (сон, расслабление)	75	3,8	4	0,02	0,5	2,8	10,5
Малая физическая активность	200	5	4	0,025	1,2	2,8	4
Напряжённая физическая активность	300	7	8	0,027	2,4	5,2	0,5
Умственный труд	100	4	5	0,022	1,8	4,2	6
Сложная концентрация внимания	100	4,8	5	0,05	2	5,2	2
Концентрация внимания при физической напряжённости	200	5,5	6	0,054	2,6	5,2	1
Итого в сутки	2737,5	102,5	108	0,6095	28,65	84	24

Более реалистичная модель должна опираться на наблюдения, аналогичные, например, «Дневнику использования времени: для лиц в возрасте 15 лет и более», применяемому Росстатом в выборочном наблюдении использования суточного времени населением¹⁹. Разработка балансов времени в публикациях ведётся в социологическом ключе, и производится очень грубая группировка данных (буквально: работа; транспортное время; сон; приготовление и прием пищи; свободное время). При этом даже в примере заполнения «Дневника...» приводятся 18-20 видов деятельности²⁰. С учётом того, что моделирование всё равно возможно только статистически, выделение нескольких десятков видов деятельности следует ожидать вполне достаточным. По строкам первой таблицы располагаются основные физиологические процессы (по оценке Н.М.Амосова, порядка 100-110): кислородный обмен, углекислотный обмен, энергетический обмен, выделительные и другие базовые процессы обмена веществ, процессы нервно-психической регуляции (в том числе, обеспечивающие эмоциональные реакции), процессы эндокринной регуляции, терморегуляции, стресс-иммунные процессы.

Показатели интенсивности физиологических процессов для каждого вида деятельности могут быть на современном техническом уровне измерены автоматически (типа хольтера или смарт-часов, при всей приблизительности последних). *Содержание, интенсивность* физиологических процессов должны быть найдены в моделирующих нагрузочно-тестовых исследованиях. «Смарт-часы» автоматически снимают частоту пульса,

19 Дневник использования времени для лиц в возрасте 15 лет и более (3-бюджет времени). Код формы по ОКУД 0603038 // <https://rosstat.gov.ru/monitoring?document=57267> (17.11.2025)

20 Там же.

дыхания, скорость перемещения в пространстве и ещё несколько параметров в процессе «шла с детьми в детский сад». Моделирующее исследование в лабораторных условиях должно воспроизвести под нагрузкой все эти показатели — и в то же время измерить интенсивность поглощения кислорода, выделения углекислого газа, соотношение возбуждения и торможения в нервной системе и т.п. На данном этапе развития приборов и исследований процедура не может быть включена в клиническую практику (слишком дорого), но она всё же реализуема.

Напряженность физиологических процессов в зависимости от форм деятельности

	Базовый обмен веществ				Процессы нейрорегуляции				Процессы эндокринной регуляции	Процессы терморегуляции	Стресс-иммунные процессы	Структура деятельности, часов в сутки
	Аспирация кислорода	Газообмен углекислоты	Энергетический обмен	...	Возбуждение ЦНС	Торможение ЦНС	Периферическое возбуждение	...				
1												Будила детей
2												Завтракала
3												Убирала со стола
4												Помогала детям одеваться
5												Собиралась сама
6												Шла с детьми в детский сад
7												Ожидала на остановке
8												Ехала на работу
											
												Структура физиологических процессов (в показателях интенсивности физиологических процессов/в сутки)

Виды деятельности взяты из указаний Росстата по заполнению «Дневника использования времени»

Наконец, в настоящее время в литературе содержится большой объем данных о потреблении и производстве ресурсов в ходе физиологических процессов (при дыхании кислород поглощается, углекислый газ выделяется, энергия потребляется, образуются метаболиты мышечной работы, происходит взаимодействие с нервной, эндокринной, иммунной системами). Эта сторона жизнедеятельности организма подлежит моделированию в виде ещё одной «прямоугольной» таблицы: «100 физиологических процессов»*«400-500 ресурсов-метаболитов». Вероятно, 400-500 «столбцов» метаболитов при 100 «строках» физиологических процессов будет достаточно для каждого индивида, хотя списки метаболитов и процессов у разных индивидов могут отличаться. При такой модели красиво выводятся системные взаимодействия («производство метаболитов посредством метаболитов», перефразируя выражение экономиста Сараффы: «товары производятся посредством товаров»), а так же с любой необходимой точностью и чисто алгебраически моделируется переход от нормального физиологического режима к форсированному в теории количества здоровья по Амосову. Тренированность организма накладывает ограничения на каждый физиологический процесс. Когда нагрузка достигает предела, дальнейшее увеличение реакции идёт за счёт других, менее эффективных процессов. Объем реакции возрастает, но средняя эффективность ответа снижается, прирост реакции «отстаёт» от прироста стимула. Но вот патологический режим в этой модели смоделировать не удаётся. В примере, который приводил Л.Канторович, вспашка земли производится тракторами, на конной тяге и перекопкой вручную. Понятно, что когда полностью реализуется возможность вспашки тракторами, и приходится применять конную вспашку, а затем и ручную перекопку, эффективность работы падает. Но до самого последнего, до того, как все три вида работы будут реализованы полностью, общий объем будет возрастать, хотя и медленнее. Почему за гранью патологического сверхнапряжения происходит спад об-

щего объема? Модель линейного программирования Канторовича-Фон Неймана моделирует стагнацию, но не спад.

Между 1960 и 1990 годами медицина научилась считать дозировку; ещё в середине XX века вещество лекарства считалось важнее дозы. Взвешивали сырьё при приготовлении лекарства, само лекарство давали «порошком» или «пилюлей». Конечно, и сегодня практикующие врачи дозы не рассчитывают, а «берут из таблиц» (детям, мужчинам, женщинам), но по крайней мере в теории есть «период полувыведения» и «терапевтические концентрации». Между 1970 и 2010 годами в практику вошли многообразные вероятностные оценки – от периода полувыведения лекарства до вероятности побочных эффектов. Правда, пока статистические оценки доминируют над стохастическими моделями: те же оценки побочных эффектов (как и более важные оценки прогноза лечения) делаются по результатам эпидемических наблюдений, статистически и *postfactum*. Рассчитывать прогноз лечения и побочных эффектов медицина не любит. Даже клинический эксперимент начинается не с гипотетического расчёта: «вероятность полного излечения увеличивается на x , вероятность стойкой ремиссии на y , вероятность летального исхода сокращается на z , вероятность побочных эффектов уменьшается на w », а с качественной констатации факта «данному больному стандартные методы лечения не помогают». Но если есть статистические оценки, то стохастическое моделирование вполне возможно.

В той же «диетической» модели пусть потребление нутриентов в ходе деятельности индивида *точно балансируется* рационом питания, то есть белков, жиров, углеводов и витаминов в среднем поступает с питанием столько же, сколько расходуется. *В среднем* (например за год, за месяц, за неделю). Но ведь совершенно очевидно, что если на бутылке молока стоит процент жирности «3,2%», то он измерен анализатором качества молока, и ошибка может составлять 0,1% по жирности (1/32 от его содержания, или 3% измеряемой величины). Точнейшим образом контролируя вес рациона, вы обеспечите точность поступления нутриентов только $\pm 3\%$. Но и вес ежедневного рациона вам скорее всего удастся контролировать только с точностью $\pm 5\div 10\%$. *В среднем* отклонения компенсируются, но сегодняшней рацион почти наверное отличается от среднего. Менее очевидно, что потребление нутриентов в ходе деятельности так же подвержено случайным вариациям. Вчера и сегодня я прочитал страниц 100 лёгкого чтения, почему бы сегодня мне на это затратить больше или меньше энергии, чем вчера? Да потому, что я испытывал сегодня по этому поводу лёгкие эмоции, но в другом объёме и в другом порядке, чем вчера...

Как следствие, в половине случаев дневное (часовое, минутное, секундное..., или недельное, годовое...) потребление нутриентов превышает их поступление в тот же период времени (а в другой половине случаев, наоборот, поступление превалирует). Если бы не было запаса ресурсов в организме, то превалирование потребления моментально сделало бы невозможным выполнение тех или иных функций, наступил бы отказ системы. «По счастью», а точнее – по необходимости, организм каждого человека формирует запас ресурсов и «терапевтические концентрации» – белков, жиров, витаминов, ферментов, ингибиторов, протагонистов и т.п. Ежедневные колебания поступления и потребления ресурсов не убивают организм и не ввергают его в болезнь «авитаминоза», но тем не менее, могут и накапливаться. Если запас витамина С в вашем организме около 2 грамм, суточное потребление и поступление в среднем 0,1 грамма, а стандартные вариации того и другого 0,01 грамма, то есть не большая, но не нулевая вероятность того, что за 10000 дней вариации накопятся до авитаминоза. Если же запас на старте сократить в 4 раза, а суточное потребление и вариации увеличить вдвое, то вероятность «случайного» авитаминоза уже в течение года станет вполне заметной. По мере неограниченного продолжения процесса «случайный» авитаминоз наступит почти наверное, с вероятностью стремящейся к 100%. Если известен закон вариации поступления и потребления нутриентов, то можно вычислить закон возрастания вероятности случайного отказа из-за недостатка нутриентов с течением времени, а если известен этот за-

кон, то можно вычислить и *ожидаемое время до первого отказа* — некоторый прямой аналог ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

Модель количества здоровья по Н.М.Амосову даёт дополнительные отличия от модели «случайного авитаминоза». Нутриенты прямо подчиняются закону сохранения вещества, запас их определяется балансом поступления и потребления. Функциональные белковые комплексы (ФБК) Н.М.Амосова есть резерв несколько в ином смысле. ФБК производится в порядке тренировки и при наличии ресурсов, и распадается по закону случайного распада по экспоненте с образованием «вторичных» ресурсов, далее метаболируемых и удаляемых из организма. С одной стороны, в этом нет прямого «сохранения вещества». С другой стороны, выход ФБК в патологический режим в модели Н.М.Амосова есть не отказ (отсутствие или недостаток ресурса), а только условие, при котором вероятность отказа значительно возрастает. Именно, ФБК создают ограничения по интенсивности физиологических процессов. Когда эффективный процесс (точнее, эффективный комплекс процессов) достигает полной загрузки своего ФБК, приходится подключать менее эффективные процессы (комплексы процессов) и эффективность снижается. В примере, который приводил Л.Канторович, если запашка превышает возможности наличного количества тракторов, то производительность на одного человека, скорость вспашки гектара в среднем и так далее уменьшаются по мере возрастания площадей к обработке за ограниченное время посевной: конный плуг менее эффективен, чем тракторный агрегат, и тем более менее эффективна ручная перекопка. Но для модели Амосова нужно объяснить не только снижение удельной эффективности (форсированный режим), но снижение общей выработки в патологическом режиме. За две недели посевной тракторами можно вспахать 100 га, конные плуги могут дать ещё 10 га, свободных людей достаточно для перекопки 1 гектара. Каким образом назначение к обработке 120 гектаров должно привести к тому, что фактически будет вспахано 95 вместо 111 теоретически возможных?

Модели Леонтьева и Канторовича были моделями линейного программирования. Организм (индивида, предприятия, общества) функционирует иначе; его и моделировать надо не линейным, а стохастическим программированием. Форма деятельности («помогала детям одеваться», «делала с детьми уроки») как функциональная система по П.К.Анохину, по мере исполнения обращается к ФБК особого вида («возбуждение/торможение нейронов ядра ХХХ для переключения внимания»), а потом к другим ФБК. Если две или более формы деятельности обращаются одновременно к одному и тому же ФБК, то исполняется только одно обращение. Остальные или сбрасываются, или ожидают исполнения в очереди. Теория очередей (теория массового обслуживания Эрланга-Поллака-Хинчина) предсказывает, что при малой загрузке очереди время от времени образуются, но почти наверное рассасываются; при несколько большей загрузке очередь становится постоянной; наконец при почти полной загрузке ФБК очередь должна возрастать почти неограниченно. Грубо говоря (в простейшем случае однолинейного обслуживания), при загрузке ФБК менее 75% пропускной способности очередь рассасывается скорее, чем возникает, и для форм деятельности (функциональных систем) особых последствий нет. Реакция в ответ на стимул происходит в соответствии с линейной моделью. Если загрузка ФБК между 75% и 95%, очередь постоянно существует и тем больше, чем выше загрузка, а средняя эффективность форм деятельности тем ниже, чем выше загрузка. При загрузке выше 95% очередь должна возрастать до весьма больших величин (потому рост очереди не останавливается), а при 100% загрузки — до бесконечности. Общая эффективность на уровне форм деятельности в этом случае снижается по мере роста загрузки, причем не только в среднем (удельная), но и абсолютно. Такой подход позволяет моделировать все эффекты количества здоровья по Амосову. «Внутренняя очередь» приводит к снижению эффективности в форсированном режиме, параллельно с эффектом «замены технологий» (эффекты, впрочем, вполне можно разделить и различить). В патологическом режиме, там, где начинается перегрузка, стохастический системный эффект приводит к снижению уже не эффективности, а абсолютной величины реакции (эффект, который «линейная» теория

систем была неспособна отразить). К тому же, такого рода «теория здоровья» вполне применима как к здоровью индивида, так и к «здоровью корпорации», и к макроэкономическому «здоровью нации». При 96% загрузке поликлиники равновесная длина очереди может оказаться настолько велика, что процесс будет выглядеть как её непрерывный рост в течение всего дня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н.М. Моя система здоровья. // Наука и жизнь, 1998, №5
2. Амосов Н.М. Природа человека – Киев: Наукова Думка, 1983
3. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. – 3-е изд., доп., перераб. – М.: Физкультура и спорт, 1987
4. Андреев Е. Ожидаемая продолжительность жизни 70 лет, или déjà vu отечественной демографии // Демоскоп weekly, №487-488, 21 ноября — 4 декабря 2011. URL: <https://www.demoscope.ru/weekly/2011/0487/tema03.php> (07.07.2024)
5. Аристотель Топика, 135b – Соч., т.2 . – М.:Мысль, 1978, с. 477-478
6. Вишев И.В. Имортализм – новое направление гуманизма // Вестник МГПУ. Серия: Философские науки. 2015. №1 (13). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/immortalizm-novoe-napravlenie-gumanizma> (дата обращения: 07.07.2024).
7. Демографический ежегодник России. 2023: Стат.сб./ Росстат. – М., 2023, с.76. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Demogr_ejegod_2023.pdf (10.07.2024)
8. Дудина В. И. Субъективное неравенство, социальная сплоченность и политические реформы: на примере роста продолжительности жизни в Советском Союзе в 1985-1987 гг // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2015. №3., с. 111. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/subektivnoe-neravenstvo-sotsialnaya-splochnost-i-politicheskie-reformy-na-primere-rosta-prodolzhitelnosti-zhizni-v-sovetskom-soyuze-v> (07.07.2024).
9. Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в россии. – Петроград: Тип. Министерства Внутренних Дел, 1916. – 208 с.
10. Устав ВОЗ // Всемирная организация здравоохранения / Информация о ВОЗ – URL: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution> (1.05.2020)
11. Gerontology Research Group Table B - Verified Supercentenarians (Ranked By Age) As of January 1, 2015 (Excludes incomplete validated cases) – URL: <https://grg.org/Adams/B.HTM> (07.07.2024)
12. [GRG World Supercentenarian Rankings List](https://grg.org/WSRL/TableE.aspx)// Gerontology Research Group. 9 April 2021. Retrieved 12 April 2021. – see note 2 at bottom of page) – URL: <https://grg.org/WSRL/TableE.aspx> (10.07.2024)
13. Kurzweil, Ray. The Singularity Is Near: When Humans Transcend Biology – Penguin Books, 2005 г. - 672 p.
14. Leontieff W. «Die Bilanz der Russischen Volkswirtschaft—Eine methodologische Untersuchung». Weltwirtschaftliches Archiv, Vol. 22, No. 2, Oct. 1925, pp. 338—344; Weltwirtschaftliches Archiv—Chronik und Archivalien, Vol. 22, (1925 II), pp. 265—269.
15. Life expectancy and Healthy life expectancy. Data by country // World Health Organisation/ Global Health Observatory data repository – URL: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en> (19.05.2020)
16. Stacy L. Andersen, Paola Sebastiani, Daniel A. Dworkis, Lori Feldman, Thomas T. Perls, Health Span Approximates Life Span Among Many Supercentenarians: Compression of Morbidity at the Approximate Limit of Life Span, *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 67A, Issue 4, April 2012, P.395–405, <https://doi.org/10.1093/gerona/gle223> (07.07.2024)
17. Weon, B.M., Je, J.H. Theoretical estimation of maximum human lifespan. *Biogerontology* 10, 65–71 (2009). <https://doi.org/10.1007/s10522-008-9156-4> (07.07.2024).

© Печерских Н.А., 2025 petcher@list.ru Поступило в редакцию 10.12.2025

АКСИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ В ПАКИСТАНЕ: ПРОПЛУТЬ МЕЖДУ ЦЕННОСТЯМИ, ИНТЕРЕСАМИ И ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬЮ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Яхья
Закария**

Студенты (Пакистан) Ижевского
государственного медицинского университета
Научный руководитель: **Печерских Светлана
Павловна**, доцент кафедры «Философия и
гуманитарные науки» ИГМУ, к.филос.н.

Аннотация: В системе здравоохранения в Пакистане идут сложные дискуссии о ценностях в условиях жестких ограничений. Концептуализация здоровья и болезней отражает конкурирующие концепции - религиозные, культурные и биомедицинские, которые формируют как индивидуальное поведение, так и системные реакции. Взаимодействие различных интересов — государственных, частных, коммерческих и профессиональных — создает условия, в которых этическая практика должна постоянно обсуждаться, а не приниматься на веру. По сути, принцип пропорциональности подвергается серьезным испытаниям в системе, характеризующейся значительными ограничениями ресурсов и глубоким структурным неравенством. Несмотря на эти трудности, существуют многообещающие разработки, которые указывают путь к созданию более справедливой и эффективной системы здравоохранения. Программа "Сехат Сахулат" представляет собой амбициозные усилия по расширению финансовой защиты в сфере здравоохранения, хотя их эффективность еще предстоит оценить в полной мере. Программа "Женщины - медицинские работники", несмотря на свои ограничения, демонстрирует потенциал подходов, основанных на участии местных сообществ, для оказания медицинской помощи группам населения, не получающим достаточного обслуживания. А растущее признание важности первичной медико-санитарной помощи предполагает изменение понимания того, что представляет собой пропорциональный объем инвестиций в охрану здоровья населения. Ключевые термины: аксиология медицины, концептуализация здоровья, пропорциональность целей и средств в медицине, здравоохранение Пакистана, интересы в медицине, травничество

AXIOLOGY OF MEDICINE IN PAKISTAN. NAVIGATING VALUES, INTERESTS, AND PROPORTIONALITY IN HEALTH

Yahya and Zakaria

students of medicine (MD) Izhevsk state medical
university Udmurt Republic Russia
Chief in science: **Pecherskikh Svetlana Pavlovna**,
docent departament «Philosophy and yumanities»
Izhevsk state medical university candidate in
philosophy science

Abstract: The axiology of medicine in Pakistan reveals a healthcare system navigating complex value negotiations under severe constraints. The conceptualization of health and disease reflects competing frameworks—religious, cultural, and biomedical—that shape both individual behaviors and systemic responses. The interplay of various interests—state, private, commercial, and professional—creates a landscape where ethical practice must constantly be negotiated rather than assumed. Most fundamentally, the principle of proportionality faces extreme tests in a system characterized by significant resource limitations and profound structural inequities. Despite these challenges, there are promising developments that suggest a path toward a more equitable and effective healthcare system. The Sehat Sahulat Program represents an ambitious effort to expand financial protection for healthcare, though its impact remains to be fully realized. The Lady Health Workers Program, despite its limitations, demonstrates the potential of community-based approaches to extend care to underserved populations. And a growing recognition of the importance of primary care suggests a shifting understanding of what constitutes a proportionate investment in population health.

Key terms: axiology of medicine, conceptualization of health, proportionality of goals and means in medicine, healthcare in Pakistan, interests in medicine, herbal medicine

ВВЕДЕНИЕ

Аксиология медицины — изучение ценностей и этики, лежащих в основе здравоохранения, представляет собой особенно сложную ситуацию в Пакистане, где конкурирующие моральные устои и серьезные ограничения в ресурсах создают уникальную экосистему для медицинской практики. Эта система осторожно балансирует между универсальной медицинской этикой и глубоко укоренившимися социокультурными и религиозными ценностями, и все это в условиях значительного экономического давления. Недавняя передача стратегии здравоохранения на провинциальный уровень в соответствии с 18-й поправкой к Конституции еще больше усложнила ситуацию, этот ландшафт создает фрагментированную систему, в которой равенство и доступность существенно различаются в зависимости от региона. Понимание медицинской аксиологии для Пакистана требует изучения того, как страна осмысляет здоровье и болезни, управляет конкурирующими интересами в сфере здравоохранения и уравнивает цели доступными средствами с помощью этического принципа пропорциональности. Этот анализ показывает не только проблемы, с которыми сталкивается система здравоохранения Пакистана, но и устойчивость адаптации медицинских ценностей к исключительно сложным условиям.

МЕТОДЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ

В целях сбора точных и актуальных данных, которые должным образом помогут в разработке эффективных и правдоподобных рекомендаций по политике, данное краткое изложение политики основано на систематических обзорах и рандомизированных контрольных исследованиях, проведенных после 2010 года. Данные были также собраны Всемирным банком и проектом "Глобальное бремя болезней". Основными источниками исследования были Google Scholar, коллаборация Campbell Collaboration и другие рецензируемые журналы, такие как "The Lancet" и "PubMed". Хотя эти источники данных должны сформировать достаточное представление о необходимости изменений, существуют достаточные ограничения, которые необходимо учитывать.

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНЕЙ ДЛЯ ПАКИСТАНА

Для Пакистана понимание здоровья и болезней выходит за рамки простых биологических явлений, охватывая религиозные, культурные и социально-экономические измерения, которые оказывают глубокое влияние на поведение людей, обращающихся за медицинской

помощью, и медицинскую практику. Понятие здоровья часто рассматривается через призму ислама, где тело считается священной собственностью (Аманат) Бога, что делает его сохранение как личной, так и религиозной обязанностью. Эта теологическая основа сосуществует, иногда с трудом, с современными биомедицинскими моделями, создавая плюралистическую среду здравоохранения где традиционные целители, духовные средства правовой защиты и формальная медицинская помощь могут обнаруживаться одновременно.

Бремя болезней в Пакистане отражает то, что страна переживает продолжающийся эпидемиологический переход, борясь как с инфекционными, так и с неинфекционными заболеваниями одновременно. Согласно исследованию Глобального бремени болезней, неонатальные расстройства, ишемическая болезнь сердца, инсульт, диарейные заболевания и инфекции нижних дыхательных путей были основными причинами преждевременной смертности среди людей всех возрастов в 2019 году. Это двойственное бремя болезней создает серьезные проблемы для системы здравоохранения с ограниченными ресурсами, которая должна распределять внимание и ресурсы между конкурирующими приоритетами в области здравоохранения. Хотя общая ожидаемая продолжительность жизни увеличилась с 61,1 года в 1990 году до 65,9 года в 2019 году, эти достижения не были равномерно распределены по всей стране: в таких провинциях, как Белуджистан и Хайбер-Пахтунхва, показатели здоровья значительно ниже, чем в более развитых регионах.

Ведущие факторы риска смерти и инвалидности в Пакистане (2019)

Факторы риска	роль в заболеваемости
Недостаточное питание детей и матерей	основная причина неонатальных расстройств и проблем развития.
Загрязнение воздуха	важный фактор развития респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний.
Высокое систолическое артериальное давление	основной риск сердечно-сосудистых заболеваний.
Диетические риски	способствуют росту неинфекционных заболеваний).
Потребление табака	основной фактор развития рака, респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний.

Понимание болезней для Пакистана еще более осложняется значительными различиями в состоянии здоровья по географическому и социально-экономическому признакам. Исследование, оценивающее Индекс здоровья сообщества (СНІ) показывает коэффициент неравенства, равный 16,59, что означает, что самые здоровые районы почти в 17 раз лучше, чем у самых обездоленных. Это несоответствие еще более заметно между городскими и сельскими районами, причем в сельских районах показатели здоровья значительно хуже из-за концентрации ресурсов здравоохранения в городских центрах. Это неравенство отражает не только проблемы распределения ресурсов, но и более глубокие структурные проблемы в том, как различные слои пакистанского общества оценивают здоровье и болезни.

УЛУЧШЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПАКИСТАНЕ

В то время как Пакистан переживает политический, финансовый и недавно разразившийся экологический кризис, стране приходится сталкиваться не только с новыми рисками для общественного здравоохранения, вызванными наводнениями, но и с постоянными недостатками в области здравоохранения последних десятилетий, которые теперь будут только усугубляться.

Неонатальные заболевания являются основной причиной смертности, однако на долю неинфекционных заболеваний приходится более 50% от общего числа смертей, при этом ишемическая болезнь сердца и инсульт занимают первые 2 места по смертности от НИЗ.

Факторы риска: Основными факторами риска, приводящими к смерти и инвалидности в Пакистане, являются недоедание, загрязнение воздуха и высокое кровяное давление.

Мероприятия, направленные на устранение упомянутых факторов риска, включают в себя пищевые добавки, изменение рациона питания и образа жизни, а также процессы очистки воды на солнечных батареях. Другие мероприятия, направленные на борьбу с нехваткой медицинских услуг и социальным неравенством, включают общественные проекты, такие как подготовка медицинских работников для женщин и просветительские кампании в сельской местности.

ЮНИСЕФ поставил Пакистан на первое место в списке стран с наибольшим риском для рождающихся детей из-за чрезвычайно высокого показателя неонатальной смертности - 45 случаев на 1000 рождений - в 2018 году¹. Хотя в 2021 году это число сократилось до 39,44, оно по-прежнему остается чрезвычайно высоким, поскольку в шестой по численности населения стране мира ежегодно происходит более 250 000 неонатальных смертей.

Пакистан, как и несколько других стран с уровнем дохода ниже среднего, прилагает значительные усилия для улучшения своей инфраструктуры здравоохранения. Несмотря на заметные улучшения, достигнутые в результате этих реформ, имеются огромный потенциал для дальнейшего развития. Существующая система здравоохранения недостаточна для обслуживания населения численностью более 200 миллионов человек, и при прогнозируемом увеличении численности населения ситуация может усугубиться, если не будут приняты необходимые меры.

Страна, которая в течение многих лет боролась с засухами и наводнениями из-за климатического кризиса, в настоящее время является одной из самых уязвимых в мире с точки зрения стихийных бедствий. И без того хрупкая система здравоохранения была доведена до предела после катастрофического наводнения и ливневых дождей в 2022 году, в результате которых более 8 миллионов человек были вынуждены покинуть свои дома², что еще больше затруднило доступ к чистой воде.

Изменение климата, по-прежнему, будет оказывать непропорционально сильное воздействие на страну, что приведет к дальнейшему социальному неравенству, препятствующему доступу к здравоохранению и профилактической медицине.

Дети и малоимущие слои населения, которые чрезмерно подвержены инфекционным и неинфекционным заболеваниям, нуждаются в дальнейшей поддержке, чтобы оправиться от ущерба и предотвратить хронические заболевания, которые могут проявиться в будущем.

ЗДОРОВЬЕ В ЦИФРАХ:

Показатель	на 1000 человек
Больничные койки	0,6
Врачи	1,1
Медсестры и акушерки	0,6

Большинство проблем со здоровьем в Пакистане непропорционально сильно зависят от бедности. Несмотря на то, что уровень бедности, как ожидается, снизится с 39,8% в 2018 году до 37,2% в 2023 году, если учесть рост населения, это приведет к тому, что бедных

1 Malik, S. M., & Bhutta, Z. A. (2018). Reform of primary health care in Pakistan. *The Lancet*, 392(10156), 1375-1377.

2 UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2022). Pakistan Revised 2022 Floods Response Plan Summary : 01 Sep 2022 - 31 May 2023 Issued 04 Oct 2022 - Pakistan | ReliefWeb.[online] reliefweb.int. Available at: <https://reliefweb.int/report/pakistan/pakistan-revised-2022-floods-response-plan-summary-01-sep-2022-31-may-2023-issued-04-oct-2022>.

станет почти на 3 миллиона больше, чем в 2018 году³. Государственные учреждения здравоохранения предоставляют неоптимальную медицинскую помощь, и люди вынуждены обращаться в частные учреждения, которые являются чрезвычайно дорогими и недоступны для бедных.

Система здравоохранения в Пакистане является неадекватной и дорогостоящей одновременно. В связи с деятельностью государственного сектора из-за острой нехватки финансирования и дорогостоящего и нерегулируемого характера частного сектора планы в области здравоохранения выполняются плохо, а доверие к государственному здравоохранению остается низким.

Помимо неравенства, вызванного многомерной бедностью, пакистанское общество также страдает от серьезных гендерных диспропорций. Пакистан занимает 151-е место в Глобальном индексе гендерного неравенства 2020 года (GGGI), что приводит к меньшему или даже худшему доступу женщин к медицинскому обслуживанию⁴.

В сочетании с другими социально-экономическими характеристиками это неравенство является причиной того, что в Пакистане один из самых высоких показателей материнской смертности в мире и один из самых высоких в Южной Азии, где число смертей в сельских районах превышает 199 на 100 000 живорождений⁵ (Shaeen et al., 2022).

Однако за последнее десятилетие эти показатели значительно снизились. Несмотря на то, что в стране были предприняты значительные усилия для решения наиболее серьезных проблем в области здравоохранения очевидно, что требуются дополнительные усилия. Пакистан тратит на здравоохранение всего 3,98% своего ВВП. Это низкий процент расходов на здравоохранение и это можно определить, если посмотреть на количество больничных коек и медицинских кадров в стране. На 1000 человек, обращающихся за медицинской помощью, приходится менее одной койки и одного медицинского работника⁶. Количество больниц государственного сектора в 2018 г. составило 1279, число базовых медицинских пунктов достигло 5527, в то время как в сельской местности насчитывалось всего 686 сельских Центров здоровья (RHCs)⁷.

В настоящее время большая часть (70%) бюджета здравоохранения Пакистана направляется на оказание третичной медицинской помощи в крупных городских районах, в то время как менее 30% выделяется на профилактические мероприятия и медицинские учреждения, а на охрану здоровья матери и ребенка выделяется всего 0,1%⁸. Пакистанской системе здравоохранения не хватает последовательности, просвещения и правильного выполнения рекомендаций по охране здоровья.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

3 World Bank Group and Moritz, M. (2023). Poverty & Equity Brief Pakistan. [online] Available at: https://databankfiles.worldbank.org/public/ddpext_download/poverty/987B9C90-CB9F-4D93-AE8C-750588BF00QA/current/Global_POVEQPAK.pdf [Accessed 28 Mar. 2023].

4 Balakrishnan, S.S. and Margaret, C. (2022). Policy brief for Pakistan - Evaluation of South Asia's Current Community Health Worker Policies and System Support and their Readiness for Community Health Workers' Expanding Roles and Responsibilities within Post-Astana National Health Care Strengthening Plans. [online] Available at: <https://www.unicef.org/rosa/media/18181/file/Pakistan%20Country%20Profile.pdf> [Accessed 14 Mar. 2023].

5 Shaeen, S.K., Tharwani, Z.H., Bilal, W., Islam, Z. and Essar, M.Y. (2022). Maternal mortality in Pakistan: Challenges, efforts, and recommendations. *Annals of Medicine and Surgery*, 81, p.104380. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104380>.

6 The World Bank (2019). Nurses and midwives (per 1,000 people) - Pakistan | Data. [online] [data.worldbank.org](https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=PK). Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=PK> [Accessed 28 Mar. 2023].

7 Nisa, Z., Nadeem, M.A. and Mustafa, G. (2021). Health Policies Formulation in Pakistan: An Analysis. *Journal of Business and Social Review in Emerging Economies*, [online] 7(3), pp.537-546. doi:<https://doi.org/10.26710/jbsee.v7i3.1840>.

8 Malik, S. M., & Bhutta, Z. A. (2018). Reform of primary health care in Pakistan. *The Lancet*, 392(10156), 1375-1377.

Согласно проекту "Глобальное бремя болезней", две основные причины смертности в Пакистане остаются неизменными на протяжении более десяти лет: неонатальные расстройства на первом месте (снижение на 11,8%), а на втором - ишемическая болезнь сердца, рост которой за последнее десятилетие составил 28,8%⁹. За ними следуют инсульт, число случаев которого увеличилось почти на 20%, и диарейные заболевания, число которых сократилось на 22,5% с 2009 года¹⁰. В то время как число инфекционных заболеваний в целом сократилось, несмотря на их высокую распространенность, неинфекционные заболевания (НИЗ) способствуют увеличению продолжительности жизни с поправкой на инвалидность (DALY)¹¹. Наиболее распространенные факторы риска, которые являются причинами инвалидности и смерти: недоедание, загрязнение воздуха и высокое кровяное давление. Крайне важно, чтобы система здравоохранения в целом была реорганизована и учитывала особенности общества, чтобы приблизиться к достижению ЦУР (Целей устойчивого развития).

Надзор: Создать и внедрить национальный эпиднадзор, чтобы сообщать о точном количестве случаев и устранять несоответствия в реализации национальных программ, начиная с разработки на национальном уровне и заканчивая внедрением на районном уровне. Для обеспечения эффективности программ рекомендуется мониторинг третьей стороной.

Неравенство: Национальная программа медицинского страхования должна быть всеобъемлющей в том, что касается покрытия расходов на выездное или амбулаторное обслуживание и стоимость лекарств и диагностических средств, а также медицинского страхования за счет взносов и без них для населения с низким доходом¹².

Бюджет: Для решения проблем, с которыми сталкивается сектор здравоохранения в стране, как федеральному, так и провинциальным правительствам необходимо увеличить свои бюджетные ассигнования, особенно на цели развития¹³.

КОНКУРИРУЮЩИЕ ИНТЕРЕСЫ В МЕДИЦИНЕ И ВОКРУГ НЕЕ

Система здравоохранения Пакистана характеризуется сложным взаимодействием конкурирующих интересов, которые существенно влияют на медицинскую практику, распределение ресурсов и результаты в области здравоохранения. Эти интересы часто создают этическую напряженность между различными заинтересованными сторонами, включая государственные учреждения, частных поставщиков услуг, фармацевтические компании и пациентов, каждый из которых руководствуется своими системами ценностей и приоритетами.

Интересы государства и общества в области здравоохранения. Конституционная передача функций здравоохранения правительствам провинций создала фрагментированную систему, в которой координация и стандартизация представляют значительные трудности. Интересы государства в первую очередь направлены на обеспечение баланса между потребностями населения в области здравоохранения и финансовыми ограничениями, что приводит к хроническому недофинансированию системы общественного здравоохранения. Учитывая, что Пакистан тратит на здравоохранение примерно 38 долларов на душу

9 IHME (2023). Pakistan. [online] Institute for Health Metrics and Evaluation. Available at: <https://www.healthdata.org/pakistan>.

10 Ibidem

11 World Health Organization Global Health Expenditure Database (2022). Current health expenditure (% of GDP) - Pakistan | Data. [online] data.worldbank.org. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=PK> [Accessed 26 Mar. 2023].

12 Shaikh, B.T., Hafeez, A. and Ali, N. (2019). Pakistan's Health and Population Think Tank: a policy platform for achieving Sustainable Development Goal 3 national targets. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(10), pp.754–759. doi:<https://doi.org/10.26719/2019.25.10.754>.

13 Nisa, Z., Nadeem, M.A. and Mustafa, G. (2021). Health Policies Formulation in Pakistan: An Analysis. *Journal of Business and Social Review in Emerging Economies*, [online] 7(3), pp.537–546. doi:<https://doi.org/10.26710/jbsee.v7i3.1840>.

населения, что значительно меньше, чем в сопоставимых развивающихся странах, государственная система с трудом справляется с предоставлением комплексных услуг.

Такое недофинансирование проявляется в острой нехватке медицинских работников, поскольку примерно 40% врачей-выпускников ежегодно покидают страну в поисках лучших возможностей за рубежом, что приводит к существенной "утечке мозгов", которая еще больше ослабляет систему. Заинтересованность государства в поддержании стабильности часто приводит к тому, что приоритетными становятся такие известные инициативы, как программа "Сехат Сахулат" (Sehat Sahulat Program, всеобщая система медицинского страхования), в то время как основные структурные проблемы в сфере первичной медико-санитарной помощи остаются нерешенными.

Расширение частного сектора и коммерческие интересы. Частный сектор здравоохранения значительно расширился в ответ на ограничения государственной системы и в настоящее время на него приходится значительная часть услуг здравоохранения, особенно в городских районах. Этот рост привел к созданию двухуровневой системы, в которой качество напрямую зависит от платежеспособности, что усугубляет существующее неравенство в области здравоохранения.

Исследования, проведенные частными врачами общей практики в сельской местности, выявили серьезные этические проблемы, в том числе неуместное влияние фармацевтических компаний на практику назначения лекарств, а также широкое присутствие неквалифицированных специалистов-практиков, работающих в "серых зонах" регулирования.

Преобладание личных расходов, составляющих почти 60% от общего объема расходов на здравоохранение, создает серьезную финансовую нагрузку на домохозяйства и часто ставит их перед трудным выбором между здравоохранением и другими основными потребностями. Эта коммерциализированная модель превратила здравоохранение из социального блага в рыночный товар, коренным образом изменив отношения между врачом и пациентом и создав неизбежный конфликт между финансовыми интересами и благополучием пациентов.

Влияние фармацевтики и осведомленность пациентов. Фармацевтическая промышленность представляет собой мощную группу интересов в системе здравоохранения Пакистана, существенно влияя на порядок назначения лекарств и подходы к лечению. Показательное исследование показало, что две трети пациентов знали о визитах представителей фармацевтических компаний в их клиники, а более половины видели материалы фармацевтических компаний в кабинетах для осмотра.

Интересно, что отношение общественности к таким взаимодействиям менялось в зависимости от размера подарков, и только 26,7% респондентов считают неэтичным со стороны врачей принимать подарки стоимостью менее 15 000 пакистанских рупий (примерно 90 долларов), в то время как 40% возражают против подарков большего размера.

Такое неодинаковое отношение к влиянию индустрии отражает сложные культурные представления о медицинской этике и границах профессиональных взаимоотношений. Влияние фармацевтических компаний выходит за рамки взаимоотношений с врачами и напрямую влияет на обучение пациентов, при этом многие поставщики медицинских услуг полагаются на представителей компаний как на основные источники информации о лекарствах, что потенциально ставит под угрозу объективность принятия медицинских решений.

СОРАЗМЕРНОСТЬ ЦЕЛЕЙ И СРЕДСТВ В МЕДИЦИНЕ

Этический принцип соразмерности, который требует, чтобы польза от медицинских вмешательств перевешивала их бремя, и чтобы эти средства соответствовали поставленным целям, сталкивается с серьезными проблемами в условиях ограниченности ресурсов Пакистана. Этот принцип выходит за рамки индивидуальных клинических решений и

охватывает более широкие вопросы распределения ресурсов, приоритетов в области здравоохранения и справедливого распределения медицинских услуг среди населения.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РЕСУРСОВ И СИСТЕМНЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ

Непропорциональное распределение ресурсов в системе здравоохранения Пакистана представляет собой одну из наиболее серьезных проблем на пути обеспечения справедливого медицинского обслуживания. Больницы третичного звена получают примерно 60% финансирования здравоохранения, в то время как первичная медико—санитарная помощь, которая удовлетворяет подавляющее большинство потребностей населения в области здравоохранения, получает менее 40% . Это несоответствие между потребностями и ресурсами еще более усугубляется географическими различиями: сельские районы получают гораздо меньше инвестиций, несмотря на более высокие потребности в области здравоохранения.

Программа "Женщины-медработницы", несмотря на то, что она является одной из самых масштабных инициатив в области здравоохранения на уровне общин в мире, в рамках которой около 100 000 работников обслуживают 115 миллионов женщин и детей, страдает от хронического недофинансирования и проблем с материально-техническим обеспечением, которые ограничивают ее эффективность. Эта программа потенциально представляет собой пропорциональный ответ на потребности первичной медико-санитарной помощи, которые по-прежнему подрываются недостаточной поддержкой, демонстрируя, что даже хорошо продуманные мероприятия могут потерпеть неудачу, когда средства не соответствуют целям.

ТРАВНИЧЕСТВО В ПАКИСТАНЕ

Фитотерапия в Пакистане имеет долгую историю и основана на традиционных методах лечения Унани и Аюрведе. Эти методы лечения, в которых используются местные лекарственные растения и природные средства, на протяжении многих веков были жизненно важны для здоровья населения. Из-за возросшего интереса к природным методам лечения травничество, которое предлагает целостный подход к здоровью, продолжает процветать наряду с современными медицинскими подходами. Это терапевтическое наследие по-прежнему является важной частью культурного и медицинского ландшафта Пакистана.

Природа одарила нас множеством способов поддержания нашей жизни. Одним из них является фитотерапия. Эти препараты использовались с древних времен. Люди увлекаются использованием растительных лекарственных средств для лечения различных заболеваний. В лечении некоторых человеческих недугов травы всегда играли важную роль. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 80% населения земного шара доверяет традиционной медицине.

Растительные лекарственные средства подразумевают использование различных частей растения в терапевтических целях. Использование растительных лекарственных средств становится все более популярным в связи с прогрессом в анализе и контроле качества, а также достижениями в области клинических исследований, которые подтверждают их важность для лечения и профилактики заболеваний. Лекарственные растения растительного происхождения - это лекарственные растения, растительные препараты, растительные материалы, синтезированные растительные продукты, содержащие активные растительные ингредиенты, или другие растительные материалы, или их комбинации.

С древних времен местные растения использовались в различных частях света. Могут быть различные виды трав с огромным разнообразием. Они обладают разнообразными лечебными свойствами, что позволяет получать различные растительные лекарственные препараты. Это также называется альтернативным лечением, которое включает в себя применение различных растений и растительных экстрактов в лечебных целях. В развивающихся странах широко распространена тенденция полагаться на традиционную

медицину. Около 80% населения мира пользуется традиционными лекарствами. Они используют это лекарство для удовлетворения своих основных потребностей в области здравоохранения. Согласно одному из отчетов, примерно 30% фармацевтических препаратов во всем мире синтезируются из растительного сырья. Когда мы сравниваем эти растительные препараты с синтетическими, мы замечаем, что они обладают минимальной токсичностью. Они, как правило, не имеют выраженных побочных эффектов. Поэтому необходимо искать новые лекарственные растения, которые безопасны для использования и не оказывают негативного воздействия. Чтобы обнаружить новые свойства лекарственных растений, достаточно протестировать натуральные продукты из высших видов растений, которые проходят испытания. Это может привести к появлению новых источников тромболитических средств.

Фитотерапия - это древний метод лечения. Ее применяли древние цивилизации: китайцы, египтяне, греки, индийцы, жители Месопотамии и Римляне. Гиппократ, которого называют отцом медицины, был первым известным травником. Он подчеркивал важность природы в медицине, уделял особое внимание использованию лекарств по рецепту, отдыху и правильному питанию. Педаниус Диоскорид, знаменитый греческий врач, написал книгу под названием "О материальной медицине". В 1597 году, английский травник Джон Джерард работал в этой области исследований и написал книгу под названием "Травник, или Общая история растений», ставший популярным во всем регионе.

Фитотерапия внесла большой вклад в эволюцию и прогресс современной цивилизации. Древний человек наблюдал за доступными растениями и ценил разнообразие трав для лечения различных заболеваний. На протяжении веков лекарственные препараты на основе трав испытывали взлеты и падения. Большинство растительных препаратов, по-видимому, изготавливались методом проб и ошибок. Натуральные лекарства разрабатывались веками для лечения многих заболеваний, в том числе и на основе наблюдений за дикими животными. Траву можно использовать как в сушеном виде, так и в качестве отдельного компонента. Из нее готовят лекарственные препараты несколькими способами, например, в свежем и сушеном виде, а также в виде мази, настойки и масляного экстракта. Они также содержатся в жидких формах, таких как настой и отвар¹⁴.

В Пакистане люди используют лекарства Унани. Медицинская система Унани имеет греческое происхождение. Пакистанцы также верят в гомеопатическую медицину. В северном регионе страны амчи и саньяси используют сырые лекарственные препараты в качестве одной из форм аюрведической медицины. Как бы то ни было, медицинская система Унани является наиболее используемой традиционной системой медицины в мире. В Пакистане, в районах проживания племен ощущается нехватка современных медицинских учреждений. Таким образом, люди знают о местных растениях, которые помогают при основных проблемах со здоровьем¹⁵.

Пакистан - развивающаяся страна. Система здравоохранения в стране развита слабо. Из-за бедности и неграмотности для лечения заболеваний предпочтение отдается альтернативной фитотерапии. Поскольку Пакистан имеет обширные территории и различные регионы, растительные препараты также разнообразны. Таким образом, для изготовления фитотерапевтических препаратов, которые используются для лечения различных заболеваний, используется около 600-700 видов лекарственных растений¹⁶. По оценкам, в

14 Niazi P, Monib AW. The role of plants in traditional and modern medicine. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry*. 2024;13(2):643-7.

15 Khan N, Ahmad I, Anees A, Khan NA, Meraj M. Mizj (Temperament) in Unani Medicine: Scoping Review Elaborating the Historical Context and Contemporary Relevance. *Journal of Innovations in Applied Pharmaceutical Science (JIAPS)*. 2024 Aug 25:17-28.

16 Malik A, Adnan M, ben hasher FF, Abbasi AM, Gatasheh MK, Ullah Z, Aldosari AA, Ali H, Aziz MA. Wild food plant knowledge in multicultural peri-urban area of North-Western Punjab, Pakistan. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. 2024 Nov 19;20(1):99. Generated with <https://kome.ai>

Пакистане произрастает около 6000 видов растений. Из них 700 имеют терапевтическую ценность. Большинство жителей Пакистана полагаются на лекарственные препараты растительного происхождения. Многие исследовательские и образовательные институты в Пакистане изучают лекарственные свойства этих растений.

Пакистан имеет большое значение на международном рынке традиционных лекарственных средств растительного происхождения. Согласно источникам, Пакистан занимает 9-е место по импорту лекарственных средств растительного происхождения. Страна занимает 10-е место по экспорту лекарственных трав. С точки зрения бизнеса, коммерческая ценность лекарственных растений в Пакистане за последние 20 лет возросла.

В Исламской Республике Пакистан законы и нормативные акты, касающиеся лекарственных средств, были разработаны в 1965 году. Позднее в них были внесены поправки в 1970 и 2002 годах. В Национальном институте здравоохранения существует отдельное подразделение, занимающееся лекарственными средствами и традиционной медициной. Оно называется Национальным институтом традиционной медицины. Это учреждение, которое занимается развитием фитотерапии. Оно было основано в 1991 году.

Закон о лекарственных средствах от 1962 года регулирует правила и предписания в отношении традиционных лекарственных средств. Растительные лекарственные средства используются в качестве коммерческих лекарственных средств и пищевых добавок. Закон о тибетской, аюрведической, гомеопатической, травяной и любой другой неаллопатической медицине применяется для контроля за нормами и предписаниями в отношении традиционных лекарственных средств. Соответствующие органы несут ответственность за соблюдение процедур производства и продажи этих лекарств. Они также следят за тем, чтобы эти лекарства хранились надлежащим образом. Существуют соответствующие регулирующие органы, которые следят за процедурой импорта и экспорта традиционных лекарственных средств. Премьер-министр и федеральный кабинет одобрили этот закон. Таким образом, растительные лекарственные препараты готовятся, назначаются и используются в Пакистане в очень широких масштабах¹⁷.

Фитотерапия по-прежнему широко используется в пакистанской традиционной медицине и глубоко укоренилась в многие культурные практики. Использование натуральных методов лечения и лекарственных трав по-прежнему является полезной альтернативой современному лечению. В условиях растущего интереса к комплексным решениям этот традиционный подход по-прежнему применяется в системе здравоохранения Пакистана.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПА ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТИ

На клиническом уровне медицинские работники в Пакистане должны постоянно принимать решения о пропорциональности в условиях системных ограничений. Ограниченная доступность основных лекарственных средств в государственных медицинских учреждениях вынуждает медицинских работников делать сложный выбор схем лечения, часто балансируя между эффективностью, стоимостью и доступностью. Это особенно сложно при хронических заболеваниях, требующих постоянного лечения, когда часто возникают перебои с лекарствами и их замена. Принцип необходимости (Darurah) из исламской этики иногда служит руководством в таких ситуациях, разрешая обычно запрещенные действия в случае крайней необходимости, но практическое применение остается сложным.

При оказании паллиативной помощи в конце жизни поставщики медицинских услуг выбирают между технологическими требованиями и соображениями, касающимися качества жизни, при этом паллиативная помощь все больше признается как адекватный ответ на

17 Khan N, Ahmad I, Anees A, Khan NA, Meraj M. Mizj (Temperament) in Unani Medicine: Scoping Review Elaborating the Historical Context and Contemporary Relevance. Journal of Innovations in Applied Pharmaceutical Science (JIAPS). 2024 Aug 25:17-28.

смертельную болезнь, хотя формальные структуры для оказания такой помощи остаются недостаточно развитыми.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ ПРИ ПАНДЕМИИ

Пандемия COVID-19 наглядно продемонстрировала как преимущества, так и недостатки процесса принятия решений, основанного на пропорциональности, в системе здравоохранения Пакистана. Кризис вынудил принять трудное решение о нормировании ресурсов, инфекционном контроле и обеспечении баланса между лечением от COVID-19 и другими основными медицинскими услугами.

В условиях пандемии традиционные представления о пропорциональности вышли за рамки индивидуальных интересов пациентов и включили в себя более широкие соображения безопасности медицинских работников, ресурсосбережения и справедливого распределения ограниченных ресурсов. Эта расширенная система оказалась особенно важной в системе, где медицинские работники сталкиваются со значительными рисками из-за ограниченного количества средств индивидуальной защиты и высокой экспозиции, что создает ситуации, когда при соразмерности вмешательств необходимо учитывать не только пользу для пациента, но и безопасность практикующего врача и потенциальное влияние на возможности оказания медицинской помощи в будущем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В системе здравоохранения в Пакистане идут сложные дискуссии о ценностях в условиях жестких ограничений. Концептуализация здоровья и болезней отражает конкурирующие концепции - религиозные, культурные и биомедицинские, которые формируют как индивидуальное поведение, так и системные реакции. Взаимодействие различных интересов — государственных, частных, коммерческих и профессиональных — создает условия, в которых этическая практика должна постоянно обсуждаться, а не приниматься на веру. По сути, принцип пропорциональности подвергается серьезным испытаниям в системе, характеризующейся значительными ограничениями ресурсов и глубоким структурным неравенством. Несмотря на эти трудности, существуют многообещающие разработки, которые указывают путь к созданию более справедливой и эффективной системы здравоохранения. Программа "Сехат Сахулат" представляет собой амбициозную усилия по расширению финансовой защиты в сфере здравоохранения, хотя их эффективность еще предстоит оценить в полной мере. Программа "Женщины -медицинские работники", несмотря на свои ограничения, демонстрирует потенциал подходов, основанных на участии местных сообществ, для оказания медицинской помощи группам населения, не получающим достаточного обслуживания. А растущее признание важности первичной медико-санитарной помощи предполагает изменение понимания того, что представляет собой пропорциональный объем инвестиций в охрану здоровья населения.

В будущем система здравоохранения Пакистана выиграет от более четкой аксиологической основы, которая признает конкурирующие ценности и в то же время дает рекомендации по их согласованию. Это включало бы в себя более четкие этические принципы распределения ресурсов, более прозрачное регулирование частных и коммерческих интересов и усиление приверженности равенству в отношении здоровья как фундаментальной ценности. Осознанно решая эти ценностные задачи, Пакистан может создать систему здравоохранения, которая не только лечит болезни, но и отражает глубочайшие ценности общества в отношении здоровья, достоинство и справедливость.

ЛИТЕРАТУРА

- Ahmed, M. and Won, Y. (2017). Cross-National Systematic Review of Neonatal Mortality and Postnatal Newborn Care: Special Focus on Pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12), p.1442. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph14121442>.
- Ajoseh SM, Raji SO, Odejimi IO. Medicinal Herb Traders in Southwest Nigeria. *Studies in the Political Economy of Global Labor and Work*. 2024:129.
- Ali, A. (2020). Current Status of Malnutrition and Stunting in Pakistani Children: What Needs to Be Done? *Journal of the American College of Nutrition*, pp.1–13. doi:<https://doi.org/10.1080/07315724.2020.1750504>.
- Anjum, M.S., Ali, S.M., Imad-ud-din, M., Subhani, M.A., Anwar, M.N., Nizami, A.-S., Ashraf, U. and Khokhar, M.F. (2021). An Emerged Challenge of Air Pollution and Ever-Increasing Particulate Matter in Pakistan; A Critical Review. *Journal of Hazardous Materials*, [online] 402, p.123943. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhazmat.2020.123943>.
- Balakrishnan, S.S. and Margaret, C. (2022). Policy brief for Pakistan - Evaluation of South Asia's Current Community Health Worker Policies and System Support and their Readiness for Community Health Workers' Expanding Roles and Responsibilities within Post-Astana National Health Care Strengthening Plans. [online] Available at: <https://www.unicef.org/rosa/media/18181/file/Pakistan%20Country%20Profile.pdf> [Accessed 14 Mar. 2023].
- Chaachouay N, Zidane L. Plant-derived natural products: a source for drug discovery and development. *Drugs and Drug Candidates*. 2024 Feb 19;3(1):184-207.
- Chirgwin, H., Cairncross, S., Zehra, D., & Sharma Waddington, H. (2021). Interventions promoting uptake of water, sanitation and hygiene (WASH) technologies in low-and middle-income countries: An evidence and gap map of effectiveness studies. *Campbell Systematic Reviews*, 17(4), e1194.
- Das, J.K., Salam, R.A., Saeed, M., Kazmi, F.A. and Bhutta, Z.A. (2020). Effectiveness of interventions to manage acute malnutrition in children under 5 years of age in low and middle income countries: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 16(2). doi:<https://doi.org/10.1002/cl2.1082>.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (2021). Prevalence of undernourishment (%) (3-year average). [online] www.fao.org. Available at: <https://www.fao.org/faostat/en/#country/165> [Accessed 29 Mar. 2023].
- Healthy Newborn Network (2019) Leading Causes of Neonatal Deaths in Pakistan (2019). Available at: <https://www.healthynewbornnetwork.org/country/pakistan/> [Accessed 25 Mar. 2023].
- IHME (2023). Pakistan. [online] Institute for Health Metrics and Evaluation. Available at: <https://www.healthdata.org/pakistan>.
- Imdad, A., Rehman, F., Davis, E., Ranjit, D., Surin, G.S.S., Attia, S.L., Lawler, S., Smith, A.A. and Bhutta, Z.A. (2021). Effects of neonatal nutrition interventions on neonatal mortality and child health and development outcomes: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, [online] 17(1). doi:<https://doi.org/10.1002/cl2.1141>.
- Iqbal, A., Sheikh, A., Ali, E. and Islam, Z. (2022). Impact of prolonged flooding in Pakistan: In the middle of unexpected health emergency. *The International Journal of Health Planning and Management*, 38(2), pp.536–540. doi:<https://doi.org/10.1002/hpm.3604>.
- Kazmi, T., Nagi, M., Razaq, S., Hussnain, S., Shahid, N. and Athar, U. (2022). Burden of noncommunicable diseases in Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 28(11), pp.798–80
- Keats, E.C., Oh, C., Chau, T., Khalifa, D.S., Imdad, A. and Bhutta, Z.A. (2021). Effects of vitamin and mineral supplementation during pregnancy on maternal, birth, child health and development

- outcomes in low and middle income countries: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 17(2). doi:<https://doi.org/10.1002/cl2.1127>.
- Khan AA, Abdullah M, Khan R, Kazmi T, Sultan F, Aamir S, Khawaja AA, Khan A. Pakistan's national COVID-19 response: lessons from an emergent response to the pandemic. *Frontiers in Public Health*. 2024 Aug 5;12:1379867.
- Khan N, Ahmad I, Anees A, Khan NA, Meraj M. Mizj (Temperament) in Unani Medicine: Scoping Review Elaborating the Historical Context and Contemporary Relevance. *Journal of Innovations in Applied Pharmaceutical Science (JIAPS)*. 2024 Aug 25:17-28.
- Khan, M.S.B. and Lohano, H.D. (2018). Household air pollution from cooking fuel and respiratory health risks for children in Pakistan. *Environmental Science and Pollution Research*, 25(25), pp.24778–24786. doi:<https://doi.org/10.1007/s11356-018-2513-1>.
- Khan, T.A. and Zaidi, A.K. (2005). Indoor air pollution and child health in Pakistan. [online] www.who.int. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9241594169> [Accessed 30 Mar. 2023].
- Kropi K, Jastone KP, Kharumnuid SA, Das HK, Naga MM. Cross-cultural study on the uses of traditional herbal medicine to treat various women's health issues in Northeast India. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*. 2024 Sep 1;15(5):101024.
- Malik A, Adnan M, ben hasher FF, Abbasi AM, Gatasheh MK, Ullah Z, Aldosari AA, Ali H, Aziz MA. Wild food plant knowledge in multicultural peri-urban area of North-Western Punjab, Pakistan. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. 2024 Nov 19;20(1):99. Generated with <https://kome.ai>
- Malik, S. M., & Bhutta, Z. A. (2018). Reform of primary health care in Pakistan. *The Lancet*, 392(10156), 1375-1377.
- Marques da Silva M, Santana Moura YA, Leite AH, Souza KL, Brandão Costa RM, Nascimento TP, Porto AL, Bezerra RP. Toxicological assays in the evaluation of safety assessment of fibrinolytic enzymes. *Drug and Chemical Toxicology*. 2024 Nov 1;47(6):1393-403.
- Niazi P, Monib AW. The role of plants in traditional and modern medicine. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry*. 2024;13(2):643-7.
- Nisa, Z., Nadeem, M.A. and Mustafa, G. (2021). Health Policies Formulation in Pakistan: An Analysis. *Journal of Business and Social Review in Emerging Economies*, [online] 7(3), pp.537–546. doi:<https://doi.org/10.26710/jbsee.v7i3.1840>.
- Pandian, J.D., William, A.G., Kate, M.P., Norrving, B., Mensah, G.A., Davis, S., Roth, G.A., Thrift, A.G., Kengne, A.P., Kissela, B.M., Yu, C., Kim, D., Rojas-Rueda, D., Tirschwell, D.L., Abd-Allah, F., Gankpé, F., deVeber, G., Hankey, G.J., Jonas, J.B. and Sheth, K.N. (2017). Strategies to Improve Stroke Care Services in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Neuroepidemiology*, 49(1-2), pp.45–61. doi:<https://doi.org/10.1159/000479518>.
- Riaz, M., Shah, G., Asif, M., Shah, A., Adhikari, K. and Abu-Shaheen, A. (2021). Factors associated with hypertension in Pakistan: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(1), p.e0246085. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246085>.
- Saeed, O.B., Haile, Z.T. and Chertok, I.A. (2020). Association Between Exclusive Breastfeeding and Infant Health Outcomes in Pakistan. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, pp.e62–e68. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.004>.
- Shaheen, S.K., Tharwani, Z.H., Bilal, W., Islam, Z. and Essar, M.Y. (2022). Maternal mortality in Pakistan: Challenges, efforts, and recommendations. *Annals of Medicine and Surgery*, 81, p.104380. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104380>.

Shaikh, B.T., Hafeez, A. and Ali, N. (2019). Pakistan's Health and Population Think Tank: a policy platform for achieving Sustainable Development Goal 3 national targets. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(10), pp.754–759. doi:<https://doi.org/10.26719/2019.25.10.754>.

The World Bank (2019). Nurses and midwives (per 1,000 people) - Pakistan | Data. [online] data.worldbank.org. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=PK> [Accessed 28 Mar. 2023].

The World Bank (2022). People using safely managed drinking water services (% of population) - Pakistan | Data. [online] data.worldbank.org. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.H2O.SMDW.ZS?locations=PK>.

UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2022). Pakistan Revised 2022 Floods Response Plan Summary : 01 Sep 2022 - 31 May 2023 Issued 04 Oct 2022 - Pakistan | ReliefWeb. [online] reliefweb.int. Available at: <https://reliefweb.int/report/pakistan/pakistan-revised-2022-floods-response-plan-summary-01-sep-2022-31-may-2023-issued-04-oct-2022>.

Verhoeven, J.I., Allach, Y., Vaartjes, I.C.H., Klijn, C.J.M. and Leeuw, F.-E. de (2021). Ambient air pollution and the risk of ischaemic and haemorrhagic stroke. *The Lancet Planetary Health*, [online] 5(8), pp.e542–e552. doi:[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00145-5](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00145-5). Waheed, M.S. and WHO (2023). Pakistan - Environmental health. [online] World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. Available at: Generated with <https://kome.ai> <https://www.emro.who.int/pak/programmes/environmental-health.html>.

Wali, N., Agho, K. and Renzaho, A.M.N. (2019). Past drivers of and priorities for child undernutrition in South Asia: a mixed methods systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 8(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s13643-019-1112-7>.

World Bank Group and Moritz, M. (2023). Poverty & Equity Brief Pakistan. [online] Available at: https://databankfiles.worldbank.org/public/ddpext_download/poverty/987B9C90-CB9F-4D93-AE8C-750588BF00QA/current/Global_POVEQPAK.pdf [Accessed 28 Mar. 2023].

World Health Organization Global Health Expenditure Database (2022). Current health expenditure (% of GDP) - Pakistan | Data. [online] data.worldbank.org. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=PK> [Accessed 26 Mar. 2023].

World Health Organization. (2019). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. World Health Organization (2022). Global health estimates: Leading causes of DALYs. [online] www.who.int. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys> [Accessed 21 Mar. 2023].

(с) Яхья, Захария, 2025

Поступило в редакцию 12.12.2025

МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА В ИНДИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ

Маквана Вайбхавкумар Нарендрабхай
Шукла Хетви Мунджалбхай

Студенты (Индия) Ижевского государственного
медицинского университета

Научный руководитель:

Печерских Светлана Павловна, доцент
кафедры «Философия и гуманитарные науки»
ИГМУ, к.филос.н.

Аннотация: Медицинские клиники в Индии находятся на стыке этики, экономики и человеческих взаимоотношений, где организационный выбор и структура финансирования глубоко влияют на повседневный опыт врачей, медсестер и пациентов. Эти клиники отражают более широкую напряженность в индийском здравоохранении между уходом как правом человека и уходом как товаром, особенно в системе, где государственные учреждения перегружены, а частная практика быстро развивается.

Ключевые термины: Здравоохранение в Индии, проблемы организации клиник; принципы организации клинической работы, коммуникация в клиниках, интересы в клинической работе, характер и содержание клинической работы

MEDICAL CLINIC IN INDIA: PROBLEMS AND PRINCIPLES OF CLINIC ORGANIZATIONS

VAIBHAVKUMAR MAKWANA
HETVI SHUKLA

students of medicine (MD) Izhevsk state medical
university Udmurt Republic Russia

Chief in science:

Pecherskikh Svetlana Pavlovna, docent of
departament «Philosophy and yumanities» Izhevsk
state medical university, kandidate in philosophy
science

Abstract: Medical clinics in India sit at the intersection of ethics, economics, and human relationships, where organizational choices and funding structures deeply shape the everyday experience of doctors, nurses, and patients. These clinics reflect broader tensions in Indian healthcare between care as a human right and care as a commodity, especially in a system where public facilities are overstretched and private practice is rapidly growing.

Аксиология - это изучение ценностей, включая этические, социальные и экономические ценности, которые определяют решения и структуры в медицине. В Индии в клиниках постоянно возникают ценностные вопросы: что считается "хорошим уходом", чьи интересы важнее всего, и как сбалансировать прибыль, профессиональную автономию и достоинство пациента в условиях ограниченных ресурсов. С этой точки зрения,

ориентированной на ценности, медицинские клиники - это не просто сервисные подразделения, но и моральное пространство, где:

- Институциональные приоритеты (цели общественного здравоохранения и доходы) вступают в противоречие с индивидуальными потребностями.
- Профессиональные качества (сострадание, честность, компетентность) реагируют с системными требованиями (цели, временные ограничения, иерархия).
- Уязвимость пациентов (бедность, низкий уровень медицинской грамотности) взаимодействует с властью и ответственностью врачей.

Типы клиник и финансирование в Индии

Клинический ландшафт Индии весьма разнообразен: от частных палат, где работает один врач, до крупных корпоративных амбулаторных отделений. Финансирование и формы собственности сильно влияют на то, как организована медицинская помощь, кто получает доступ и какую работу на самом деле выполняют врачи и медсестры.

К основным категориям относятся:

- Государственные центры первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и вспомогательные центры: финансируемые за счет налогов, предлагающие бесплатные или платные амбулаторные услуги, уход за матерью и ребенком и профилактические программы.
- Городские медицинские центры и общественные клиники (например, “клиники мохаллы” в некоторых штатах): государственные или государственно-частные, предназначенные для расширения доступа в густонаселенных районах.
- Некоммерческие или благотворительные клиники: финансируются за счет пожертвований, грантов, а иногда и государственных программ, часто ориентированы на население с низким доходом или сельское население.
- Частные индивидуальные клиники или клиники для небольших групп: финансируются за счет наличных средств, иногда поддерживаются мелкими инвесторами и все больше привязанные к диагностическим сетям и больницам через справочные сети.
- Амбулаторные клиники корпоративных больниц: капиталоемкие, ориентированные на инвесторов, с сильным акцентом на фирменные специальности и высокодоходные услуги.

На практике пациенты часто перемещаются между этими типами услуг, “совершая покупки” в поисках поставщиков медицинских услуг и учреждений, поскольку повсеместно применяемой системы первичной медико-санитарной помощи с контролем доступа не существует.

Проблемы в организации клиник

Организационные проблемы в индийских клиниках возникают как из-за структурных недостатков, так и из-за конфликта ценностей. Эти проблемы влияют на сроки ожидания, качество, доверие и, в конечном счете, на результаты лечения.

К ключевым организационным проблемам относятся:

- Фрагментарность и отсутствие контроля: пациенты могут напрямую обращаться к специалистам и в больницы высшего звена, что подрывает непрерывность и перегружает более высокие уровни медицинской помощи
- Переполненность и недостаточное обеспечение: многие государственные клиники сталкиваются с большим количеством пациентов при ограниченном персонале и ресурсах, что приводит к поспешным консультациям и эмоциональному выгоранию.
- Профессиональные протоколы: В некоторых корпоративных структурах руководство устанавливает цели или протоколы, в которых приоритет отдается доходу (анализам, процедурам, приему пациентов), а не клинической необходимости.

- Недостаточная нормативная база: законодательство, подобное Закону о клинических учреждениях, существует для стандартизации качества и защиты пациентов, но в разных штатах оно применяется непоследовательно.

- Различия между городом и сельской местностью: клиники в сельской местности или отдаленных районах часто сталкиваются с хроническими вакансиями, неразвитой инфраструктурой и слабыми связями с направлениями

Эти структурные недостатки создают ежедневную этическую напряженность для врачей, которым приходится постоянно выбирать между идеальными стандартами оказания медицинской помощи и тем, что реально возможно в рамках системы.

Принципы организации клиники

Несмотря на эти трудности, некоторые принципы организации могут стать основой для более гуманного и этически обоснованного дизайна клиники в Индии. К важным принципам относятся:

- Доступность и равноправие: клиники должны быть физически и финансово доступны, особенно для бедных и маргинализированных групп населения, что требует государственного финансирования, географического планирования и защиты от катастрофических расходов из собственных средств.

- Непрерывность и координация: организация клиник в качестве пунктов первого контакта с четкими путями направления помогает поддерживать долгосрочные отношения и сокращать фрагментацию.

- Подотчетность и прозрачность: четкие стандарты времени ожидания, выставления счетов и качества, подкрепленные механизмами рассмотрения жалоб, помогают устранить дисбаланс полномочий между учреждениями и пациентами.

- Междисциплинарная командная работа: признание медсестер, местных медицинских работников и других смежных специалистов ключевыми членами клинической команды улучшает комплексное лечение.

- Забота, ориентированная на пациента и соблюдение его прав: структурирование клиник на основе осознанного согласия, конфиденциальности, коммуникации и уважения автономии соответствует основным принципам медицинской этики.

Эти принципы требуют согласования политики, финансирования и повседневной практики на микроуровне, а не только формальных заявлений о миссии.

Характер и содержание медицинской работы

Клиническая работа в индийских клиниках носит как технический, так и организационный характер, сочетая диагностику и лечение с коммуникацией, консультированием и поддержкой. Характер и содержание этой работы существенно различаются в государственных и частных учреждениях, но можно выявить общие закономерности. Основные компоненты медицинской работы включают в себя:

- Диагностическое обоснование в условиях ограничений: клиницисты часто работают с ограниченным количеством тестов, неполными анамнезами и высокой нагрузкой на пациентов, в значительной степени полагаясь на клинические навыки.

- Лечение острых и хронических состояний: клиники занимаются инфекциями, неинфекционными заболеваниями, охраной материнского здоровья, психического здоровья и паллиативными услугами, часто с дублирующими обязанностями.

- Профилактическая помощь: программы иммунизации, санитарного просвещения, планирования семьи и скрининга занимают центральное место во многих государственных клиниках.

- Документирование и координация: ведение документации, составление схемы лечения, направление к врачу и последующее наблюдение являются важными, но часто

недооцениваемыми аспектами повседневной работы. Нехватка времени, бюрократические требования и коммерциализация могут вытеснить те аспекты лечения, которые пациенты ценят больше всего.

Этические и аксиологические аспекты клинической практики

Клиническая работа сопряжена с необходимостью принятия этических решений, многие из которых определяются не формальными кодексами, а негласными моральными суждениями врачей и институциональной культурой. Типичные проблемы, с которыми сталкиваются индийские клиники, включают в себя:

- Предложение дорогостоящих вариантов лечения малоимущим пациентам: врачи должны взвесить выгоду и финансовый ущерб семьям, иногда представляющий собой выбор, который технически доступен, но на практике недоступен по цене.
- Баланс между честностью и надеждой: сообщение плохих новостей или неудач требует деликатности, но открытое раскрытие информации важно для уважения независимости и поддержания доверия.
- Преодоление конфликта интересов: стимулы к назначению лекарств, тестированию или направлению к врачу могут противоречить обязанности рекомендовать только необходимые вмешательства.

Аксиологический анализ показывает, как такие ценности, как справедливость, солидарность, эффективность и автономия, становятся приоритетными или игнорируются при принятии этих решений и разработке политики клиники.

Пациенты в индийских клиниках

У пациентов индийских клиник сложные биографии, социальное положение и ожидания, которые оказывают глубокое влияние на клиническую практику. Многие сталкиваются с различными факторами уязвимости, связанными с бедностью, полом, кастовой принадлежностью, инвалидностью и проживанием в сельской местности. К числу распространенных проблем пациентов относятся:

- Финансовая уязвимость: поскольку значительная доля медицинских услуг финансируется из собственных средств, даже непродолжительные визиты в клинику могут привести к продаже активов или долгам.
- Информационная асимметрия и низкий уровень медицинской грамотности: пациенты часто с трудом понимают диагнозы, риски и варианты лечения, что делает их сильно зависимыми от рекомендаций врача.
- Доверие и недоверие: хотя врачи традиционно пользуются уважением, сообщения о завышении счетов, ненужных процедурах и пренебрежительном отношении к ним в некоторых случаях подрывают доверие, что иногда приводит к конфликтам и даже насилию.

Гуманизация организации клиники требует рассматривать пациентов не как “отдельные случаи” или “цифры”, а как людей с социальным контекстом, эмоциональными потребностями и законными притязаниями на участие в принятии решений об оказании им медицинской помощи.

Врачи: роли, давление и моральные страдания

Врачи в индийских клиниках выполняют двойную роль - целителей и распорядителей скудных ресурсов, часто находясь под пристальным вниманием как учреждений, так и пациентов. Их профессиональная идентичность определяется медицинским образованием, нормами поведения среди коллег и рыночной средой, в которой они работают. Ключевые аспекты опыта работы врачей включают в себя:

- Высокая рабочая нагрузка и распределение ролей: В клиниках с нехваткой персонала врачи могут одновременно заниматься консультациями, неотложными делами, административными задачами и преподавательскими обязанностями.

- Коммерческое и институциональное давление: В частных и корпоративных клиниках необходимость получения дохода или достижения целевых показателей может противоречить клиническим суждениям и профессиональной этике.

- Моральное расстройство: Когда врачи чувствуют, что не могут оказать этически приемлемую медицинскую помощь из-за системных ограничений, они испытывают моральное расстройство, которое может способствовать эмоциональному выгоранию и цинизму.

Поддержка этической практики врачей требует справедливых условий труда, возможностей для размышлений и надзора, а также институциональной политики, которая поощряет добросовестность, а не только объем или доходы.

Медсестры: зачастую невидимая опора

Медсестры составляют значительную часть медицинских работников Индии и играют центральную роль в функционировании клиник, особенно в сфере первичной медико-санитарной помощи и в сельской местности. Их работа включает в себя клинические задачи, обучение пациентов, эмоциональную поддержку и координацию на всех этапах оказания медицинской помощи. Во многих индийских клиниках медсестры:

- Обеспечивают первый контакт и постоянную медицинскую помощь: в некоторых моделях практикующие медсестры или медсестры первичной медико-санитарной помощи проводят консультации, лечат распространенные заболевания и координируют направления.

- Обеспечивают целостный уход и коммуникации: исследования показывают, что медсестры часто проводят больше времени с пациентами, предоставляют больше консультаций и достигают высокого уровня удовлетворенности пациентов без ущерба для клинических результатов.

- Сталкиваются с недостаточным признанием и ограниченной автономией: несмотря на свою центральную роль, медсестры часто сталкиваются с иерархическими ограничениями, ограниченными полномочиями по принятию решений и неадекватными карьерными путями.

Гуманизированный аксиологический подход рассматривает медсестер как моральных агентов и клинических лидеров, а не просто вспомогательный персонал, и проектирует клиники таким образом, чтобы они могли в полной мере осуществлять свою практику.

Человеческие отношения и коммуникация в клиниках

Клиника - это тесное пространство для взаимоотношений, где микровзаимодействия формируют представления о достоинстве, справедливости и доверии. Стиль общения, язык тела и умение слушать так же важны для многих пациентов, как и техническая компетентность. Гуманизация клиники предполагает:

- Активное слушание и сопереживание: создание пространства для рассказов и эмоций пациентов помогает врачам понять значение болезни в жизни этого человека.

- Взаимодействие с учетом культурных особенностей: признание языковых различий, гендерных норм и социальной иерархии важно для предотвращения унижения и содействия открытому диалогу.

- Уважительное отношение ко времени и присутствию: даже в условиях большой нагрузки небольшие жесты — объяснение задержек, признание опасений — могут защитить достоинство пациента.

Организационные правила (например, нормы времени на консультации, соотношение персонала) либо поддерживают, либо подрывают такую гуманизирующую практику.

Принципы организации и финансирования

Модели финансирования определяют ценностный выбор отношении того, кто имеет значение, какие результаты учитываются и как распределяются риски. В Индии смешанная система услуг, финансируемых за счет налогов, социального страхования и наличных платежей, создает сложные стимулы для клиник. Основные ценностные противоречия включают в себя:

- Соотношение рынка и солидарности: когда доходы клиники зависят в основном от прямых платежей, малоимущие пациенты могут быть фактически исключены из системы или влезть в долги, что бросает вызов идеалам справедливости распределения.
- Соотношение эффективности и равенства: Концентрация высокотехнологичных услуг в городских центрах может показаться эффективной, но может увеличить разрыв в доступе между сельскими и городскими районами.
- Автономия в сравнении с регулированием: чрезмерное регулирование может препятствовать инновациям и гибкости, в то время как недостаточное регулирование приводит к эксплуатации и снижению качества.

Подход к финансированию клиник, основанный на оценке стоимости, предполагает объединение рисков, перекрестное субсидирование и государственные инвестиции в первичную медико-санитарную помощь, снижающие зависимость от наличных платежей на месте оказания медицинской помощи.

Структурные проблемы: “Пять пунктов А”

Анализ состояния индийского здравоохранения часто определяет основные проблемы, используя “Пять пунктов А”: наличие, доступность, доступность по цене, приемлемость и осведомленность (Availability, Accessibility, Affordability, Acceptability, Awareness). Эти аспекты напрямую связаны с планированием, укомплектованием и оценкой клиник.

- **Наличие:** достаточное количество клиник и медицинских работников, обладающих необходимыми навыками и расходными материалами, особенно в районах с недостаточным уровнем обслуживания.
- **Доступность:** разумное расстояние, транспорт, часы работы и дизайн, учитывающий особенности инвалидов.
- **Доступность по цене:** расходы, которые не ввергают домохозяйства в нищету, включая оплату услуг, медикаментов и диагностики.
- **Приемлемость:** уход, учитывающий культурные и социальные особенности, включая услуги, учитывающие гендерные аспекты.
- **Осведомленность:** понимание общественностью того, когда и как обращаться за медицинской помощью и какие услуги доступны.

Эффективная клиническая организация должна относиться к этим показателям не как к техническим показателям, а как к выражению более глубокой приверженности принципам равенства и человеческого достоинства.

Сравнительные роли: врач, медсестра и пациент

Взаимоотношения между врачами, медсестрами и пациентами в клиниках определяются иерархией, ожиданиями и нормативными ролями. Понимание этих ролей помогает понять, как перепроектировать клиники таким образом, чтобы они были более совместными и гуманными. Гуманизированные модели клиник направлены на то, чтобы сбалансировать эти роли, повышая самостоятельность медсестер и участие пациентов, одновременно поддерживая врачей в соблюдении этических норм.

Примеры перспективных моделей клиник:

Инновационные модели клиник в Индии демонстрируют, как организационные решения могут воплощать более гуманные ценности. Эти примеры показывают, что можно улучшить доступ, качество и достоинство одновременно, если дизайн ориентирован на ценности. В качестве примера можно привести следующие:

- Клиники первичной медико-санитарной помощи под руководством медсестер: обученные медсестры или практикующие медсестры оказывают помощь при первом обращении, опираясь на протоколы и удаленную поддержку врача, что улучшает охват в районах с недостаточным уровнем обслуживания.
- Клиники, основанные на местных принципах: учреждения, в которых работает местный персонал, вовлекают общественные группы, укрепляют доверие и обращают к социальным детерминантам здоровья.
- Прозрачное выставление счетов и предоставление информации о пациентах: четкое информирование о затратах, альтернативах и ожидаемых результатах помогает предотвратить эксплуатацию и поддерживает совместное принятие решений.

Финансирование медицины в Индии

Особенности и проблемы объединения общественных гарантий и частной медицины

Аксиология - это изучение ценностей, то есть того, что общество считает хорошим, справедливым или заслуживающим внимания, а финансирование здравоохранения в Индии отражает глубокий ценностный выбор в отношении солидарности, рынков и роли государства.

Государственное финансирование и национальные программы здравоохранения основаны на принципах равноправия, социальной справедливости и защиты бедных, в то время как стремительное развитие частной медицины отражает ценности индивидуального выбора, эффективности и профессионального предпринимательства. Противоречия между этими системами ценностей проявляются в политических дебатах: следует ли делать приоритетным всеобщее бесплатное государственное обслуживание, целевое страхование для бедных или дерегулирование частного сектора при минимальном вмешательстве государства.

В индийском контексте аксиология также проявляется в оправданных ожиданиях людей о достойном уходе - коротком времени ожидания, уважительном общении и доступе к современным технологиям - что часто заставляет пациентов обращаться к частным врачам, даже если государственная помощь номинально бесплатна. В то же время катастрофические расходы на здравоохранение, которые обрекают семьи на нищету, ставят под сомнение этическую легитимность системы, в которой доступ и качество во многом определяются личными финансовыми возможностями.

Индия официально переходит к модели "всеобщего медицинского обслуживания с несколькими плательщиками", финансируемой за счет сочетания общего налогообложения, частного медицинского страхования, регулируемого государством, и государственных больниц, почти полностью финансируемых за счет налогов, в дополнение к крупным выплатам домохозяйств из собственных средств. Центральное правительство и правительства штатов финансируют и управляют широкой сетью государственных учреждений, в то время как более половины стационарной и подавляющая часть амбулаторной помощи оказывается в частном секторе и часто оплачивается непосредственно пациентами.

Несмотря на такие реформы, как «Аюшман Бхарат» и другие системы медицинского страхования, финансируемые государством в рамках программ РГНИ расходы из собственных средств остаются крупнейшим источником финансирования системы здравоохранения, на долю которого, по последним оценкам, приходится около 59% текущих расходов на

здравоохранение. Государственные расходы на здравоохранение, хотя и увеличиваются, остаются на низком уровне в ВВП по сравнению со многими странами с аналогичным уровнем дохода, что ограничивает способность государственного и социального страхования в полной мере компенсировать частное финансирование и финансирование из собственных средств.

Основные направления: государственное, страховое и частное здравоохранение

Государственное (финансируемое за счет налогов) здравоохранение

Государственное финансирование в основном осуществляется за счет налогов и поступает из бюджетов Союза и штатов департаментам здравоохранения и программным структурам, таким как Национальная миссия здравоохранения и Государственные общества здравоохранения, которые объединяют средства и направляют их районам и на уровне первичной медико-санитарной помощи. Районные больницы и многие другие государственные учреждения финансируются преимущественно за счет ассигнований “со стороны предложения”: государство строит инфраструктуру, выплачивает заработную плату и централизованно закупает лекарства и расходные материалы, при этом за некоторые услуги взимается лишь небольшая плата.

Государственные учреждения, по-прежнему, имеют решающее значение для бедного и сельского населения, предлагая высокосубсидируемую или бесплатную медицинскую помощь, но они часто сталкиваются с недостаточным финансированием, нехваткой персонала и пробелами в качестве, что ограничивает их способность в полной мере реализовать принципы справедливости, заложенные в системах здравоохранения, финансируемых за счет налогов. В то же время новые инициативы, такие как центры здоровья и хорошего самочувствия "Аюшман Бхарат", направлены на укрепление финансирования и организации первичной медико-санитарной помощи, с тем чтобы перевести систему на более профилактические и комплексные услуги.

Медицинское страхование, финансируемое государством (PFHI)

Индия разработала ряд финансируемых государством программ медицинского страхования на национальном и штатном уровнях, кульминацией которых является Аюшман Бхарат Прадхан Мантри Джан Арогья Йоджана (PMJAY), запущенный в 2018 году. PMJAY - это финансируемая за счет налогов безналичная схема, в рамках которой приобретаются услуги преимущественно вторичной и третичной стационарной помощи для значительной части бедных и уязвимых слоев населения, с лимитами покрытия до нескольких сотен тысяч рупий на семью в год и поддержкой как государственных, так и частных больниц.

Эти схемы сосуществуют с традиционным финансированием за счет предложения и дополняют его: государственные районные больницы, например, продолжают получать бюджетные ассигнования, а также получают от PFHI выплаты в зависимости от конкретного случая за прием пациентов, имеющих на это право.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что PFHI комплексным образом повлияла на использование и защиту от финансовых рисков; хотя во многих областях число участников и пользователей покрываемых услуг возросло, общие выплаты из собственных средств и обнищание населения из-за расходов на здравоохранение остаются высокими, что указывает на неполную финансовую защиту и ограниченное покрытие амбулаторных и внебольничных расходов.

Частный сектор и частное страхование

Частный сектор доминирует в сфере предоставления услуг в Индии, особенно в сфере амбулаторного лечения, диагностики и растущей доли высококлассных третичных услуг. Она варьируется от неформальных поставщиков услуг и небольших семейных домов

престарелых до крупных корпоративных больничных сетей с широким спектром различий в качестве, ценах и надзоре со стороны регулирующих органов. Частное финансирование осуществляется по двум основным каналам: прямые выплаты домохозяйств из собственных средств и небольшой, но растущий рынок коммерческого медицинского страхования, часто связанного с работодателями или добровольного.

Регулирование деятельности частных страховых компаний и больниц осуществляется в основном через центральные органы, такие как Управление по регулированию и развитию страхования, а также через контракты и правила передачи полномочий в рамках таких схем, как РМЖАУ, но рынок остается относительно открытым и фрагментированным. Механизмы оплаты услуг на платной основе и ограниченный контроль за ценами создают сильные стимулы для чрезмерного использования диагностических средств и процедур и могут искажать распределение средств в пользу профессиональных услуг, а не в пользу потребностей населения в области здравоохранения.

Ключевые количественные и структурные характеристики

К важным структурным особенностям финансирования здравоохранения в Индии относятся преобладание ООПЭ, относительно низкие государственные расходы и двойной способ финансирования многих государственных больниц, сочетающий традиционные бюджеты со страховыми выплатами. Районные больницы, например, финансируются из государственной казны на инфраструктуру и персонал, а также получают частичную компенсацию за соответствующие случаи, что может принести значительный дополнительный доход без серьезных дополнительных капитальных затрат.

Федерализм определяет финансирование: центр и штаты разделяют ответственность за такие схемы финансирования, как РМЖАУ, часто с разделением расходов в соотношении 60:40 (или 90:10 в некоторых северо-восточных и Гималайских штатах), в то время как штаты сохраняют значительную автономию в отношении бюджетов здравоохранения и разработки дополнительных схем. Фрагментация пулов рисков между несколькими схемами, штатами и частными страховщиками в сочетании с большим количеством незастрахованного или недостаточно застрахованного населения подрывает способность системы эффективно осуществлять перекрестное субсидирование от здоровых к больным и от богатых к бедным.

Объединение государственной, страховой и частной медицины: механизмы заключения контрактов и предоставления услуг

Программы РМЖАУ и государственного медицинского страхования (PFHI) создают официальные связи между государственными заказчиками и частными поставщиками, предоставляя услуги больницам и оплачивая им единые или стандартизированные пакетные тарифы за определенные условия и процедуры. Государственные больницы также выставляют счета PFHI за прием пациентов, имеющих на это право, и при этом получают бюджетные средства, эффективно сочетая финансовые потоки на стороне предложения и спроса для одного и того же учреждения.

Контракты, руководящие принципы и стандарты аккредитации предназначены для определения качества обслуживания, содержание пакета и процессы рассмотрения претензий, но правоприменение варьируется, а информационная асимметрия между плательщиками, поставщиками услуг и пациентами усложняет надзор. Этот смешанный подход к закупкам направлен на использование частного потенциала для достижения общественных целей (всеобщего охвата медицинским обслуживанием и финансовой защиты) без полной национализации услуг здравоохранения, отражая гибридную аксиологическую позицию, в которой ценятся как солидарность, так и участие в рынке.

Объединение рисков и потоков средств

Что касается объединения, то налоговые поступления собираются на национальном уровне и на уровне штата и затем распределяются между программами здравоохранения, включая субсидии на страховые взносы по программе РФНІ или прямое финансирование по схеме. Что касается ПМСП, то средства часто объединяются на уровне государственного общественного здравоохранения и затем передаются районам и блокам, в то время как средства РФНІ могут управляться по контракту государственными учреждениями здравоохранения или страховыми компаниями, ответственными за обработку претензий и выплат.

С точки зрения исполнительной организации, существует множество плательщиков: районная больница может получать бюджеты по отдельным статьям, выплаты РМЈАУ и абонентскую плату, в то время как частная больница может одновременно выставлять счета РМЈАУ, государственным программам, частным страховщикам и отдельным пациентам. Эта среда с несколькими плательщиками усложняет бухгалтерский учет и стратегическое поведение, поскольку у поставщиков услуг могут быть стимулы отдавать предпочтение более высокооплачиваемым источникам или направлять пациентов к пакетам услуг или процедурам, которые максимизируют доход.

Оплата и стимулирование поставщиков услуг

Различные способы оплаты, встроенные в объединенную систему, формируют стимулы для поставщиков услуг. Государственные поставщики услуг, получающие заработную плату за счет бюджетных средств, могут сталкиваться со слабыми стимулами для повышения производительности или оперативности, в то время как выплаты РФНІ, основанные на конкретных случаях, могут способствовать увеличению объемов определенных видов приема и процедур. Частные поставщики услуг, оплачиваемые домохозяйствами, или частные страховые компании могут извлечь выгоду из большого объема диагностических тестов, фирменных лекарств и вмешательств, особенно в тех случаях, когда регулирование цен ограничено.

В последнее время в Индии обсуждаются модели “интегрированный плательщик–поставщик” или управляемой медицинской помощи в частном секторе, где страховщики и поставщики разделяют риски и получают вознаграждение за результаты, а не за объем, но их внедрение сдерживается существующими структурами, такими как больничная практика на базе консультантов и фрагментированная собственность. Таким образом, согласование платежных стимулов в государственном и частном секторах с целями системы здравоохранения является центральной задачей объединенной архитектуры финансирования.

Преимущества смешанной модели финансирования

Сосуществование государственного, ОМС и частного финансирования при правильном управлении имеет несколько потенциальных преимуществ. Во-первых, объединение государственных средств для закупок как у государственных, так и у частных поставщиков может быстро расширить возможности и географический доступ, особенно для сложных стационарных услуг, где государственная инфраструктура ограничена. Это особенно ценно в отдаленных районах или районах с недостаточным уровнем обслуживания, где привлечение различных поставщиков медицинских услуг может сократить время в пути и очереди для малоимущих пациентов.

Во-вторых, дополнительные источники дохода, такие как выплаты РМЈАУ государственным больницам, могут быть использованы для модернизации инфраструктуры, стимулирования персонала и закупок лекарств и расходных материалов на местах, не требуя новых крупных капиталовложений со стороны государства. При надлежащем управлении эти фонды могут сократить личные расходы пациентов государственных учреждений за счет

обеспечения постоянной доступности лекарств и диагностических средств, тем самым улучшая качество “бесплатной” государственной медицинской помощи.

В третьих, предпринимательский динамизм и инвестиции частного сектора могут стимулировать инновации в технологиях, процессах и моделях обслуживания, которые при строгом регулировании и правилах закупок могут быть направлены на достижение целей в области здравоохранения. Конкурентное давление также может стимулировать государственных поставщиков услуг улучшать качество и опыт работы с пациентами, если механизмы финансирования поощряют эффективность и результаты, а не только возможности.

Проблемы комбинированной модели: справедливость и финансовая защита

Несмотря на реформы, сочетание государственного, страхового и частного финансирования не устранило высокие расходы из собственных средств и их последствия. На долю ООПЭ по-прежнему приходится большая часть текущих расходов на здравоохранение, что обусловлено расходами на лекарства, амбулаторные визиты и услуги, не полностью покрываемые РФНІ или государственным обеспечением, что приводит к продолжающимся случаям катастрофических расходов на здравоохранение и обнищанию медицинских работников.

Программы РФНІ часто ориентированы на стационарную помощь, в результате чего повседневные амбулаторные потребности и потребности в лечении хронических заболеваний в значительной степени финансируются за свой счет, что непропорционально сильно вредит домохозяйствам с низкими доходами.

Неравенство возникает из-за того, что малоимущие чаще зависят от государственных учреждений, не имеющих достаточных ресурсов, или откладывают лечение, в то время как более обеспеченные могут сочетать РФНІ, частную страховку и прямые выплаты, чтобы получить доступ к высококлассной частной медицинской помощи.

Географические различия в государственных инвестициях и доступности уполномоченных поставщиков услуг означают, что одно и то же право на получение РФНІ может привести к очень разным реальным условиям доступа в разных штатах и округах. Фрагментированные пулы рисков и ограниченное перекрестное субсидирование снижают способность объединенной системы реализовывать основополагающие обязательства в отношении справедливости и равноправного уважения.

Проблемы: эффективность, фрагментация и управление

Модель с несколькими плательщиками и смешанными поставками может привести к неэффективности из-за дублирования административных функций, сложных потоков средств и дублирующих друг друга схем, если они не будут тщательно скоординированы. Множественные схемы ОМСЗ, вертикальные программы по борьбе с болезнями и различные механизмы закупок могут создавать параллельные структуры, конкурирующие за ограниченный управленческий и аналитический потенциал на уровне штатов и округов. Слабые информационные системы и ограниченная интеграция рутинных данных между схемами и поставщиками препятствуют стратегическим закупкам и корректировке политики, основанной на фактических данных.

Регулирование деятельности частных поставщиков услуг и страховщиков, включая контроль цен, качества и этических стандартов, остается сложной задачей в условиях плюралистической системы. Без строгого надзора и прозрачных контрактов взаимодействие между фондами РФНІ и частными больницами может породить «игровое поведение»: кодирование данных, ненужные процедуры или выборное исключение пациентов из группы высокого риска.

С государственной точки зрения, двойное финансирование (бюджеты плюс выплаты по линии ОМС) не может автоматически привести к улучшению медицинского обслуживания, если автономия, подотчетность и способность эффективно использовать средства на уровне учреждения ограничены.

Гуманизированная перспектива: жизненный опыт и повествования

С точки зрения гуманизированного исследования, модели финансирования воспринимаются у постели больного и в семьях как истории о долгах, жертвах, помощи или предательстве. Высокий уровень ООПЭ означает, что болезнь часто приводит к принятию трудных решений: продавать ли имущество, забирать ли детей из школы или искать неофициальные займы для оплаты услуг частных поставщиков, когда государственные варианты воспринимаются как неадекватные. Семьи, имеющие право на получение РФНІ, могут по-прежнему сталкиваться с расходами на диагностику, лекарства или “дополнительные услуги”, которые не покрываются или недоступны в программе, что приводит к путанице и разочарованию из-за того, что их льготная карточка не позволяет получить по-настоящему бесплатную медицинскую помощь.

Что касается поставщиков медицинских услуг, то государственные врачи и медсестры могут разрываться между своим профессиональным стремлением обслуживать всех и реалиями дефицита, перенаселенности и ограниченной автономии в вопросах бюджета, в то время как частные поставщики медицинских услуг уравнивают клинические суждения необходимостью достижения финансовых целей, установленных корпоративным руководством, или необходимостью поддерживать небольшие учреждения в рабочем состоянии.

Политики и администраторы, в свою очередь, вынуждены искать компромиссы: расширять ли перечень услуг в рамках программы РФНІ, вкладывать больше средств в ПМСП или договариваться о более жестких тарифах с частными больницами, зная, что каждый выбор влияет на миллионы жизней и источников средств к существованию.

Политические дебаты: усиление государственного финансирования против расширения страхования

Основные дебаты в Индии касаются того, следует ли обеспечивать всеобщий охват услугами здравоохранения главным образом за счет укрепления и расширения государственных услуг, финансируемых за счет налогов, или за счет расширения РФНІ и закупок на основе страхования у нескольких поставщиков. Сторонники усиления государственного финансирования подчеркивают, что устойчивые системы здравоохранения зависят от надежной первичной медико-санитарной помощи и функций общественного здравоохранения, которые трудно эффективно оплачивать с помощью страхования, и что системы, основанные на налогообложении, в принципе более прогрессивны и справедливы.

Сторонники РФНІ подчеркивают его потенциал для быстрой мобилизации частного потенциала, расширения выбора и создания стимулов, основанных на результатах, особенно для оказания медицинской помощи в больницах, не дожидаясь масштабного расширения государственной инфраструктуры.

Появляющиеся данные свидетельствуют о необходимости сбалансированного подхода: РФНІ может дополнять, но не заменять значительные государственные инвестиции в ПМСП и общественное здравоохранение, а реформы должны быть направлены на решение системных проблем, таких как низкие государственные расходы, фрагментированные фонды и слабое регулирование, чтобы гарантировать, что объединение финансовых потоков способствует, а не подрывает универсализм и справедливость.

Намечающиеся реформы и направления на будущее

Недавние и текущие реформы направлены на изменение баланса и интеграцию финансирования на всех уровнях оказания медицинской помощи. Укрепление государственного финансирования первичной медико-санитарной помощи через Центры здравоохранения и оздоровления Аюшман Бхарат, а также увеличение государственных ассигнований направлены на то, чтобы сместить акцент на профилактические услуги и услуги на уровне общин, которые снижают расходы на больницы и ООП. В то же время призывы к пересмотру структуры РФНІ, включая пакетные тарифы, охват льготами и механизмы корректировки рисков, отражают растущее признание того, что существующие схемы нуждаются в постоянной адаптации, чтобы оставаться финансово устойчивыми и справедливыми.

Другое направление предполагает на будущее открытие более интегрированных моделей, связывающих финансирование и оказание услуг, таких как подотчетная медицинская помощь или организации управляемой медицинской помощи, где плательщики и поставщики разделяют ответственность за результаты в области здравоохранения, а не только за отдельные услуги. Реализация таких моделей требует изменений в законодательстве, позволяющих создавать новые организационные формы, более мощные информационные системы здравоохранения для мониторинга эффективности и целенаправленного внимания к основополагающей цели - приведению финансовых стимулов в соответствие с человеческим достоинством, защитой от бедности и правом на здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

- M.Jadhav A.Bhatt. Ethics in clinical research in India: A survey of clinical research professionals' perceptions. //Indian Journal of Medical Ethics (PMC) 2013, Jan-Mar;4(1):4–8.
- L.Nanda, A.Anilkumar. Role of nurse practitioners within health system in India //Journal of Family Medicine and Primary Care (PMC) 2021 August 27;10(8):2751–2756.
- A.Parabakar. The History of Medical Ethics in India //Voices in Bioethics (Columbia University Libraries) November 20, 2022. Vol. 8 (2022)/ Articles - <https://journals.library.columbia.edu/index.php/bioethics/article/view/10117> (12.01.2026)
- A.Phadke The Indian Medical Association and the Clinical Establishment Act 2010: Irrational opposition to regulation// Indian Journal of Medical Ethics Oct-Dec;7(4):229-32. doi: 10.20529/IJME.2010.084.

© Маквана Вайбхавкумар Нарендрабхай, Шукла Хетви Мунджалбхай 2025
Поступило в редакцию 12.12.2025

Публикации на разные темы

ТЕХНИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ: ЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС РЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕДПИСАНИЙ

Печерских Н.А.

Актуальная проблема модальной логики - рецептурные знания, вид эмпирического знания и вид технических знания. Целью исследования является выявление логического содержания и анализ структуры технического знания как практического суждения. Технический рецепт обращён не только к объекту деятельности, но и к субъекту, его естественным органам и психическим способностям. Рецептурное знание имеет прескриптивный, а не дескриптивный характер, есть конкретная цель или средство определения цели. В техническом искусстве отражение объекта происходит через отражение опыта. Деонтическое высказывание не является ни описанием, ни объяснением, и не содержит материальной импликации. В структуре технологического предписания как суждения присутствуют высказывания о цели, средствах и стратагема, а так же два оператора: отношение средств к стратагеме, родственное деонтическому «предписано», и отношение цели к двум другим элементам — телеономическая связь, относящаяся к условному классу. Модальность телеономической связи - «целерационально», допускает количественное измерение, разлагается на эффективность и риск.

Ключевые слова: технологический рецепт, эмпирическое знание, прескриптивное знание, логическая модальность, дескрипция, прескрипция, цель, средства, стратагема

TECHNOLOGICAL KNOWLEDGE: LOGICAL STATUS OF «KNOW HOW» PRESCRIPTIONS PECHERSKIKH N.A.

Prescription knowledge is actual problem of modality logic (prescriptive judgment). It is as empirical knowledge as well as technical knowledge. Aim of inquiry were logic content and structure of technical knowledge as practical judgment. Technology prescription knowledge is concrete goal or aim determining meaning. It contains abstract goal (in name), aim determining meaning (description of meaning which produce goal), stratagema (action instruction). Technique reflex objective reality through reflecting experience. Deontical proposition is not description or explanation, nor contains material implication. Technology prescription contains two operators between goal, meaning and stratagema. Junction between meaning and stratagema is similar to deontic 'oblige', goal junction to two other is teleonomy. Teleonomy belongs to conditional class, but is not material implication, as deontical operators do. Teleonomy modality is 'instrumentally rational', quantitative, and decompose into efficiency and risk. The results are to be exploited as method for analysis of norms in prescription form.

Key words: technology prescription, empirical knowledge, prescriptive knowledge, logical modality, description, prescription, goal, mean, stratagema

Рецептурные предписания как объект логического анализа

Эмпирическое исследование составляет первый этап всякого научного исследования и первый этап развития всякой науки. Античная наука считала, что знание может быть получено путём непосредственного созерцания и даже непосредственного умозрения; но, вопреки этим представлениям, опыт, практическое взаимодействие с объективной действительностью предшествует всякому, в том числе и научному знанию. Выполняя функцию описания, эмпирическое исследование производит или собирает факты. Однако факты-дескрипции нельзя считать единственной и окончательной целью эмпирического исследования и единственной формой эмпирического знания. В более развёрнутом виде эмпирическое исследование находит эмпирические закономерности (так называемые феноменологические обобщения). Высшая форма эмпирического исследования – классификация – представляет собой уже переходный уровень к теоретическому исследованию. Необходимо учитывать и такую форму эмпирического знания, как рецепты, нормативные предписания опытного происхождения.

С другой стороны, и технические знания имеют достаточно многообразные формы: «обычные» факты (записи наблюдений), теоретические модели, и «технические коэффициенты» (являющиеся эмпирическими обобщениями). Особенный логический статус имеют «рецептурные предписания» – технологические знания *know how*. В.В.Чешев пишет: «Знания такого рода имеют ту особенность, что они направлены непосредственно на обучение тем или иным действиям, сливаются с ними и «угасают» в этих действиях. После того, как программа действий освоена, необходимость экспликации практического знания в форме высказываний отпадает. Мы говорим, что некто знает, как вязать узлы, набивать такелаж, брасопить реи или управлять автомобилем, если он практически осуще-

ствяет нужные действия в соответствующей ситуации»¹.

Рецептурное технологическое знание по способу его происхождения может классифицироваться в полюсах противоположностей «эмпирический поиск» – «прикладное научное знание» (производное от теоретических объяснений). Древнейшие преднаучные знания, до нас дошедшие, имеют именно эту форму (прикладного знания), тем не менее, фактическое основание древнеегипетских рецептов вряд ли подлежит сомнению. Записи наблюдений затмений Солнца, сделанные Египетскими жрецами, до нас, по большей части, не дошли (но в общем, мы знаем, что они существовали), а рецепты предсказания солнечных затмений до сих пор производят впечатление (и дошли до нас практически в оригинале). При этом древнейший известный папирус Вади аль-Джафф (XXVI в. до н.э.) содержит протокольное описание, дневники транспортировки грузов на строительстве пирамиды Хеопса, а древнейший образец письменности – палетка Нармера (конец IV тысячелетия до н.э.) – так же является «констатацией факта» победы фараона Верхнего Египта (Нармера) над Нижним Египтом. Возможно, что устная речь, возникающая из потребности пра-людей что-то сказать друг другу в процессе совместного труда (Ф.Энгельс), рождается в форме глагола повелительного наклонения; но письменность возникает в форме «протокольной записи факта».

Рецепты и в астрономии, и в медицине, и в математических вычислениях в Древнем Египте, по-видимому, были результатом долгого поиска методом проб и ошибок, эмпирического поиска. Современные технологические инструкции или чертежи изделий выступают продуктом научного расчёта, но всё-таки включают и значительный компонент опытно-конструкторских работ и испытаний. Эмпирическое содержание рецептурного технологического знания несомненно.

1 Чешев В.В. Техническое знание. Монография. — Томск: Издательство ТГАСУ, 2006. // Электронная публикация: Центр гуманитарных технологий. — URL: <http://gtmarket.ru/laboratory/basis/6189/6193> (5.07.2016)

Соединение объективного и субъективного, характерное для опыта, в рецептурном технологическом знании проявляется наиболее ярко. «Опыт» можно понимать и как «форму или процесс деятельности» (более или менее богатый опыт отдельного человека, опыт-эксперимент в науке и тому подобное), и как субъективную сторону результата такой деятельности, как единство умений и знаний, опытность в делах. Опыт есть взаимодействие человека с миром и с самим собой, и во всяком опыте можно и нужно выделять объективную и субъективную составляющую.

Появлению науки предшествуют по крайней мере две «донаучных» или «преднаучных» формы опыта. Каждой форме опыта соответствует своя форма знания. Повседневному житейскому опыту соответствует «здравый смысл»; профессиональная деятельность порождает более высокую форму опыта – техническое искусство. Для него характерна целенаправленность, систематическая преднамеренность, и гораздо большая критичность, чем у повседневного опыта и здравого смысла. Кузнец обязан опробовать все режимы калия, чтобы выбрать наилучший. Тут «здравый смысл» систематически перепроверяется, и целенаправленно вырабатывается профессиональная интуиция.

Но и у технического искусства есть свои недостатки: эзотеризм и рецептурность, «ползучий эмпиризм». После достижения некоторого уровня сложности, система технических знаний эмпирически может развиваться только очень медленно: способности человека усваивать опыт ограничены.

Предписания прямо направлены на деятельность субъекта, отражают движения естественных органов человека, осуществляемые в актах деятельности². Но эти предписания по направлению действий естественных органов и психики человека необ-

ходимо отражают и объект деятельности, они относятся к взаимодействию человека с объектом, а не только к движениям тела и психики.

Нормативный характер технологических рецептов

Важный момент, характеризующий рецептурное технологическое знание – его нормативность, прескриптивное, а не дескриптивное содержание. Прескриптивные высказывания фон Вригт рассматривает как особую форму объяснения³, что для рецептурных предписаний не вполне подходит: их задача – не объяснить, а направлять. Более подходящей логической формой является восходящий к Аристотелю «практический силлогизм» и интенция, проанализированные Э.Энском⁴. Но наиболее адекватным кажется анализ, проведенный Н.Н.Трубниковым⁵: технологическое знание есть средство определения цели.

Исходным пунктом человеческой деятельности выступает не цель, а потребность; цель же есть лишь субъективное основание интенции. Цель есть второй момент деятельности, причём цель, в своём развитии проходит две формы: абстрактной цели и конкретной цели. Абстрактная цель, по Н.Трубникову, есть отражение потребности в форме субъективного образа предмета потребления. В форме абстрактной цели потребность осознаётся, но не так, как она существует. Потребность субъекта существует как свойство субъекта. Цель есть образ предмета, способного удовлетворить потребность, порождаемый в представлении субъекта (то есть не как непосредственное отражение наличного предмета). Поэтому даже и «рациональность деятельности» можно оценивать двояко: можно оценивать рациональность действия относительно цели, но можно и саму цель оценивать относительно потребности.

2 Чешев В.В. Техническое знание. Монография. — Томск: Издательство ТГАСУ, 2006. // Электронная публикация: Центр гуманитарных технологий. — URL: <http://gtmarket.ru/laboratory/basis/6189/6193> (5.07.2016)

3 Вригт, Г.Х. фон. Логико-Философские исследования (Избранные труды) Часть I. Объяснение и понимание. — Эл. Публ.: Электронная библиотека RoyalLib.com — URL: http://royallib.com/read/fon_vrigt_georg_henrik/logiko_filosofskie_issledovaniya_izbrannie_trudi.html#0 (5.07.2016).

4 Anscombe G.E.M. Intention. Second ed. — Harvard Univ.Press: Cambridge, Mass. - London, Eng., 2000 — 96 pp.

5 Трубников Н.Н. О категориях «цель», «средство», «результат». М.: ВШ, 1967 — 148 с.

Конкретная цель, по Н.Трубникову, есть план действий или «стратагема действия». Абстрактная цель есть «650 мегаватт электрической мощности для города», или «жареная картошка» – понятно, что нужно (и для кого), не понятно, как получить. Конкретная цель будет: «Взять картошку, лук и масло в холодильнике, почистить картошку, разогреть масло на сковороде, поставив её на плиту, покрошить картошку на сковородку, жарить до готовности, помешивая, около 20 минут. За 2-3 минуты до готовности добавить мелко накрошенный лук, перед готовностью посолить». Конкретная цель включает в себя:

(а) абстрактную цель. В рецептурном предписании она обычно сокращается, но является необходимым моментом. В современной поваренной книге не обязательно встретишь фразу «Для того, чтобы приготовить...», но название блюда присутствует необходимо, часто с указанием «для кого»: «на 2 порции»;

(б) средство определения цели: «На 2 порции – 5-6 средних картофелин, 1 средняя луковица, 50 граммов растительного масла, соль по вкусу». Сковорода и плита появляются в поваренном рецепте совершенно внезапно, но и они являются средствами определения цели: «сковорода» *определяет*, что значит «пожарить». Техническое оснащение деятельности менялось от эпохи к эпохе, и отражалось в рецептах далеко не полно;

(с) технологический рецепт в узком смысле слова, инструкцию-описание деятельности в узком смысле слова, по Н.Трубникову.

Рецептурное технологическое знание, очевидно, включает все три момента, а встречающиеся на практике сокращения есть именно сокращения. Логически полная форма требует и того, и другого, и третьего.

Средства определения цели существуют «абстрактно», как образы и понятия, но в процессе конкретизации цели они должны стать образами вполне «конкретных» *средств реализации* цели, реальных, материальных предметов и сил, способных произвести результат, ожидаемый в абстрактной цели. В поваренной книге присутствуют про-

дукты «теоретические», однако в процессе «конкретизации цели» они должны превратиться в «реальные», которые существуют не как образы, а как материальные вещи. И если в шкафу картошки нет, то этот избыточно абстрактный образ должен быть заменён на более конкретный образ картофеля там, где его можно взять в объективной реальности.

Историческое развитие техники означает возрастающую «концентрацию опыта», и, вследствие этого, современные, соответствующие прогрессу техники, рецептурные технологические знания следует оценивать как «более объективные». Они не описывают и не объясняют, но все же отражают объект (средства реализации цели). Это отражение происходит не в объективированной форме, а через отражение опыта (который есть взаимодействие объекта и субъекта, и сам есть в известном смысле отражение). Объект дан в изображении изображения, и объективация – отделение того, что относится к объекту, от того, что в знании относится к субъекту – не выполнена, но отражение всё-таки есть, и объективация возможна. Древние египтяне достаточно точно *знали* периоды обращения планет, потому, что *умели* вычислять затмения и другие астрономические события.

Субъективация осуществляется в организме животного на уровне ощущения. Но уже на уровне восприятия должна осуществляться объективация. Восприятие целостно и константно, например, объект воспринимается неподвижным, когда Вы наклоняете голову. Субъект психически отделяет те изменения образа, которые происходят из-за перемещения самого субъекта, и объединяет в образ те изменения, которые отвечают объекту. На уровне рационального мышления объективируется существенное. В научном критицизме объективация ещё выше – учёный *обязан* знать, что именно он не знает. Если возможно «учёное незнание» Николая Кузанского (а оно возможно), то это значит, что учёный может и должен отделить то в его знании, что относится к объекту, от того, что относится к субъекту.

Субъективация осуществляется в технологическом рецепте за счёт обращения к средствам деятельности. Средства есть орга-

ны субъекта, идёт ли речь о технике или о естественных органах человеческого тела, или о психических способностях. Точнее, все три компонента (техника, естественные органы и психические способности) соединяются в функциональной системе, как в теле животного структура и функция объединяются (например, порождая ощущение). Качество этой системы есть трансцендентальная форма апперцепции, противостоящая объекту. Молоток соответствует забиванию гвоздей. Поэтому молоток в технологическом рецепте есть трансцендентальная форма для апперцепции объекта в отношении «забивания гвоздей» как его (объекта) свойства, подобно тому, как ощущение зелёного цвета есть трансцендентальная форма апперцепции для света в отношении определённого свойства света. Если объективация не выполнена, возможны ошибки. Ощущение жёлтого цвета, например, может быть вследствие заболевания печени (у человека).

Выполнение объективации рецептурных предписаний возможно путём критики факта, то есть теми же средствами, что и у других эмпирических знаний. Чтобы понять древний алхимический рецепт следует сопоставить этот рецепт с другими единицами эмпирического знания – с другими рецептами и рисунками, с музейными коллекциями древней алхимической посуды, с современными таблицами, чертежами и рецептами. Алхимические рецепты и посуда «несут в себе» знания о свойствах химических веществ и реакций, но в такой форме, что древние алхимики не были способны выделить их и выразить в форме «объективных» утверждений.

В традиции Йеори фон Врикта, Эрнста Мали, Сола Крипки логическая структура деонтического суждения формализуется как $O(A \rightarrow B)$ или $A \rightarrow O(B)$. Здесь A есть дескриптивное высказывание, описывающее ситуацию, в которой действует субъект, B – проскриптивное высказывание, описывающее действие, которое может совершать субъект, \rightarrow есть знак материальной импликации, O – символ деонтического оператора (запрещено, разрешено, предписано). Это не совсем точно, потому что деонтический оператор действует не на *высказывания* дескрип-

ции или прескрипции, а на их связь. **Деонтическое суждение не содержит материальной импликации!** Что в нем содержится – деонтический оператор, но не материальная импликация. «При красном свете проезд запрещён». Из истинности высказывания «горит красный свет» следует не истинность и не ложность «субъект проезжает перекрёсток». В лучшем случае, следует «проезд *запрещён*», то есть $A \rightarrow O(B)$. Более точно, не $A \rightarrow O(B)$, а $A(\rightarrow O)B$. Деонтический оператор полностью поглощает материальную импликацию.

Прояснить структуру деонтического высказывания дополнительно может двойственность модальной и многозначной логики, или различие *высказывания* и *суждения*. Фраза «Тише, Танечка, не плачь, не утонет в речке мяч» – правильная и законченная, и следовательно содержит высказывание. Но это высказывание не истинно и не ложно. Его значение принадлежит деонтической модальности (запрещено, разрешено, предписано или безразлично), в данном случае «запрещено»: $p_m(A, B) = O$. Здесь p_m есть двухместный предикат модального высказывания, в который подставляются, однако не термины, а высказывания, причём двух специальных классов (дескрипции и прескрипции). Деонтическое суждение содержит деонтический оператор в явном виде: «Танечке запрещено плакать, поскольку мяч не утонет»: $A(\rightarrow O)B$. Модальность в нем является не значением, а связкой, а само суждение принимает только обычные логические значения «истинно» или «ложно»: «Да, запрещено» или «Нет, не запрещено».

Является ли трехзвенная структура норм права (гипотеза, диспозиция, санкция) конкретизацией двухзвенной деонтической структуры, или юридическая норма есть обычная двухзвенная деонтическая, или деонтическое высказывание содержит три элемента? Стала общим местом структура правовой нормы в виде: «Если... (гипотеза),

то... (диспозиция), иначе... (санкция)»⁶. Однако, наличие санкции в самой норме права далеко не очевидно. «Если строитель построил дом человеку, но работу свою сделал непрочно, и построенный дом рухнул и причинил смерть хозяину дома, этот строитель должен быть убит» (§ 229 Законов Хаммурапи⁷), как и более современное: «Убийство, то есть умышленное причинение смерти другому человеку, — наказывается...» — в этих примерах легко просматривается дескриптивная гипотеза и прескриптивная диспозиция, но не присутствует санкция. Структура, очевидно, обычная деонтическая, высказывания не истины и не ложны, а имеют значение предписания. То есть вполне подтверждается то, что писал Н.М.Коркунов: «каждая юридическая норма состоит естественно из двух элементов: из определения условий применения правила и изложения самого правила»⁸ и не подтверждается мнение, высказанное К.К.Паньком: «Таким образом, деонтическая модальность — это и есть логическая конструкция нормы права, разделенная на три элемента — гипотезу, диспозицию, санкцию»⁹. «Санкция» в деонтическом высказывании присутствует не как элемент структуры, а как значение высказывания, а в суждении — именно как связка, как логический оператор. Е.А.Петрова считает, что «логическая структура нормы» — двухзвенная, а «структура нормы права» — трехзвенная, то есть право отличается от других норм тем, что его поддерживает государство, что правовые нормы сопровождаются средствами понуждения¹⁰.

Санкция, действительно, логически содержится в праве, но каждый раз не в разбираемой норме, а в связи этой нормы с другими нормами, говорящими о действиях должностных лиц, ответственных за исполнение предписаний (наказывать за правонарушение).

Дополнительное добавление субъекта в структуру деонтических высказываний, как это делает, например, Энрико Паттаро¹¹, логически излишне: в отличие от модальностей знания («Я думаю»), субъективное признание норм включено в деонтику и так. А вот различие деонтической направленности нормы и телеологической направленности «правил благоразумия» (Фома Аквинский, Аристотель) гораздо важнее для темы данной статьи. «Не стой под грузом и стрелой» гораздо ближе к рецепту жареной картошки, чем запрет проезда на красный свет.

Логическая формула рецептурных предписаний

«Правила благоразумия» обосновываются целью, целесообразностью. Технологический рецепт включает в себя цель, средства, стратегию деятельности. «Для того, чтобы ... (цель), следует взять ... (средства), и действовать следующим образом ... (стратегия)». По форме, мы видим и здесь условную связь («Для того, чтобы»), но это снова не материальная импликация. Если формализовать структуру рецептурного высказывания (А — цель, В — средства, С —

6 Например: Слинин Я.А. Современная модальная логика. — Ленинград, 1976; Пошкявичус В.А. Применение математических и логических средств в правовых исследованиях. — Вильнюс, 1974; Черданцев А.Ф. Логико-языковые феномены в праве, юридической науке и практике. — Екатеринбург, 1993; Антропов В. Г., Правовая логика: формализация и определимость правовых модальностей — Волгоград, 1998.; Теория государства и права / под ред. В.К.Бабаева — М., 1999

7 История политических и правовых учений. Электронная хрестоматия/ сос. М.Н.Грачев. — Библиотека Михаила Грачева// URL: <http://grachev62.narod.ru/hrest/chapt02.htm#pg214> (22.07.2016)

8 Коркунов Н.М. Лекции по общей теории права. — СПб.: Изд-во «Юридический центр», 2003, с.162.

9 Панько К.К. Ошибки технико-юридического оформления уголовно-правовых запретов // Юридическая техника. 2015. №9. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/oshibki-tehniko-yuridicheskogo-oformleniya-ugolovno-pravovyh-zapretov> (20.07.2016).

10 Петрова Е.А. Норма права как юридическая конструкция: отечественный и зарубежный опыт // Юридическая техника. 2013. №7-2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/norma-prava-kak-yuridicheskaya-konstruktsiya-otechestvennyy-i-zarubezhnyy-opyt> (20.07.2016).

11 См.: Касаткин С.Н. Нормативный реализм Энрико Паттаро: основные понятия и положения // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Право. 2010. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/normativnyy-realizm-enriko-pattaro-osnovnye-ponyatiya-i-polozheniya> (20.07.2016).

стратагема), то даже стрелку условной связи следует развернуть наоборот: $A \leftarrow (B \rightarrow O)$ C).

«Внутреннее» ($\rightarrow O$), «обеспечив условия, действуй», родственно с условной связью деонтического класса, а именно «предписано». Главное внешнее «Для того, чтобы» никак не может быть заменено импликацией «Если ..., то ...», хотя и является отношением условного класса. Телеономическая связь (\leftarrow) ближе не к импликации, а к выводимости, что видно из сопоставления с «Умозаключением практики» (и другими видами практического обоснования). Например:

Действие X приведет к результату Y
Я имею цель Y
Я предприму действие X

Конечно, «Умозаключение практики» есть силлогизм только по форме: его «выводом» является не высказывание, а реальное действие. В структуре технологического рецепта силлогизм отражается зеркально: одна «посылка» и двойной «вывод»:

Цель: A
Нужны средства B
Следует предпринять действия C

Цель не есть здесь консеквент, цель в рецептурном знании является обоснованием. Все три компоненты рецептурного знания (цель, средства, стратагема) являются

знаниями, дескрипциями, «обычными» высказываниями.

В предикатной записи это будет $r_R(A, B, C)$: «Для достижения цели A нужны средства B, при наличии которых следует предпринять действия C». Видно, что рецептурное предписание есть высказывание (фраза правильная и законченная), причём высказывание модальное. Оно ни истинно и не ложно в обычном дескриптивном смысле. Но при всей его нормативности, оно не несёт деонтической модальности, не выражает ни запрета, ни разрешения, ни приказа. С деонтической точки зрения оно «безразлично», но это безразличие как раз несущественно. An sich рецептурное предписание целерационально в Веберовском смысле слова, причём эта рациональность допускает количественное выражение, однако вряд ли линейное. Рецепт самолечения не истинен и не ложен, он вреден в большей или меньшей степени. Рецепт жарки картошки эффективен на 99% (1% на отключение электроэнергии). Один рецепт «плясок с бубнами» может быстро и эффективно реанимировать компьютер – или столь же быстро «убить безвозвратно», другой «вряд ли» восстановит – но и «вряд ли» убьёт. Рациональность рецепта раскладывается на его эффективность и риск; впрочем, это является предметом уже не логического, а практического, экономико-правового исследования.

Литература

1. Чешев В.В. Техническое знание. Монография. – Томск: Издательство ТГАСУ, 2006. // Электронная публикация: Центр гуманитарных технологий. – URL: <http://gtmarket.ru/laboratory/basis/6189/6193> (5.07.2016)
2. Вригт, Г.Х. фон. Логико-Философские исследования (Избранные труды) Часть I. Объяснение и понимание. – Эл. Публ.: Электронная библиотека RoyalLib.com – URL: http://royallib.com/read/fon_vrigt_georg_henrik/logiko_filosofskie_issledovaniya_izbrannie_trudi.html#0 (5.07.2016).
3. Anscombe G.E.M. Intention. Second ed. – Harvard Univ.Press: Cambridge, Mass. - London, Eng., 2000 – 96 pp.
4. Трубников Н.Н. О категориях «цель», «средство», «результат». М.: ВШ, 1967 – 148 с.
5. Слинин Я.А. Современная модальная логика. – Ленинград, 1976;
6. Пошкявичус В.А. Применение математических и логических средств в правовых исследованиях. – Вильнюс, 1974;
7. Черданцев А.Ф. Логико-языковые феномены в праве, юридической науке и практике. – Екатеринбург, 1993;

8. Антропов В. Г., Правовая логика: формализация и определенность правовых модальностей – Волгоград, 1998.;
9. Теория государства и права / под ред. В.К.Бабаева – М., 1999
10. История политических и правовых учений. Электронная хрестоматия/ сос. М.Н.Грачев. – Библиотека Михаила Грачева// URL: <http://grachev62.narod.ru/hrest/chapt02.htm#pg214> (22.07.2016)
11. Коркунов Н.М. Лекции по общей теории права. – СПб.: Изд-во «Юридический центр», 2003, 428 с.
12. Панько К.К. Ошибки технико-юридического оформления уголовно-правовых запретов // Юридическая техника. 2015. №9. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/oshibki-tehniko-yuridicheskogo-oformleniya-ugolovno-pravovyh-zapretov> (20.07.2016).
13. Петрова Е.А. Норма права как юридическая конструкция: отечественный и зарубежный опыт // Юридическая техника. 2013. №7-2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/norma-prava-kak-yuridicheskaya-konstruktsiya-otechestvennyu-i-zarubezhnyu-opyt> (20.07.2016).
14. Касаткин С.Н. Нормативный реализм Энрико Паттаро: основные понятия и положения // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Право. 2010. №1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/normativnyu-realizm-enriko-pattaro-osnovnyu-ponyatiya-i-polozheniya> (20.07.2016).
15. Коростовцев М. А. Литература Древнего царства (III тыс. до н. э.) / АН СССР; Ин-т мировой лит. им. А. М. Горького. – Литература Древнего Египта. – М. : Наука, 1983. – Т. 1.

© Н.А.Печерских
Поступило в редакцию 20.12.2020

РЕФЕРАТЫ

ПЕЧЕРСКИХ Н.А. ЧТО НАМ ГРЯДУЩЕЕ ГОТОВИТ? ГОД? ПЯТИЛЕТКА? ПОКОЛЕНИЕ?

В 2025 году в разных регионах мира продолжатся конфликты НАТО с Россией, Ираном и другими, без видимого результата. К сожалению, военная катастрофа на Украине не приближает крах НАТО. Наиболее вероятное медленное наступление Российской армии является и наиболее выгодным. Соотношение военных потерь, сосредоточение экономики России, вынужденное отстранение Китая от «Золотого миллиарда», вымывание военно-технических резервов НАТО; и если Украина до конца 2025 года не свалится в военно-политическую катастрофу, то это будет означать только, что какие-то силы НАТО втянулись в войну настолько, что потерпят крах вместе с ней, только позже (в пределах пятилетки).

Китай уже десять лет является сильнейшей экономикой мира по ППС, и до 2030 года станет и первой экономикой по текущим валютным сопоставлениям ВВП. Индия – вторая экономика мира и уверенно идёт к тому, чтобы стать третьей по валютным сопоставлениям к 2030 году. Соединенные Штаты, наоборот, вдвое потеряли в доле мировой экономики. Россия стабильно держит свои 3% мировой экономики, что бы там ни происходило в остальных 97%.

G7 составляла ядро мировой капиталистической системы, США были ядром ядра. США дают кредиты G7. Под эти кредиты G7 эммитируют свои валюты и дают кредит периферии. Периферия покупает станки, оборудование и электронику в G7, разворачивает производство, продают продукты в G7, гасят кредиты. G7 остаётся погасить кредиты в долларах и купить в США патенты на новые технологии, а США заботиться о финансовой стабильности и технологическом превосходстве над всеми остальными. Когда начинается кризис, то страдает периферия, и капиталы бегут в центр. Даже до G7 кризис толком не доходит. С технологическим превосходством тоже не очень сложно: «мозги» высасываются в «ядро ядра».

Деньги только тогда могут стать международным кредитным ресурсом, когда за них можно купить средства производства, и только тогда вы войдете в «ядро» системы. Юань к этому почти готов, у рубля свои проблемы. Показателем успеха в превращении рубля в средство накопления в предстоящие 5 лет будет создание собственных машин для производства чипов по наноразмерным технологиям, и появление в России инженерного и медицинского образования для иностранцев на русском языке. мироустройство, и в частности, валютная система должны быть сделаны более справедливыми. Нужен баланс воли и ответственности каждого участника, как и суверенитет и солидарность образующих систему государств, на основе частно-общественного партнерства и технологии блокчейна.

В более узком смысле «менеджер» есть социальная позиция руководителя в корпорации. Рядовой персонал административно-управленческих служб к менеджменту корпорации не относятся, «не правят». В общесоциологическом смысле менеджмент есть совокупность работников, занятых переработкой информации для целей организации деятельности корпораций. Ключевые признаки здесь – умственный труд и отчужденность от собственности.

Концентрация производства (укрупнение предприятий) ведет к опережающему росту объемов переработки информации. Механизация и автоматизация рабочего места меняют набор трудовых операций, выполняемых работником, но не уничтожают его социальную позицию, и не меняют его места в системе общественного разделения труда. Создание автоматических предприятий меняет сам набор рабочих мест и социальных позиций

работников. Потребность в промышленных рабочих падает, потребность в служащих (менеджерах) возрастает. Рабочий класс отстывает, менеджеры как класс выступают на передний план. Класс восходящий требует социально-политического признания. Менеджеры объявляются ведущей силой общественного прогресса. Обработка информации в целях организации производства в ходе «менеджерской революции» становится важнейшей сферой деятельности людей. Её общественная полезность признаётся через признание сферы услуг производительной.

Ситуация меняется в последние 25-30 лет. Цифровые электронно-вычислительные машины дополняются программными комплексами и дают автоматизированные системы обработки информации. Если на обочину истории в 1970-х – 1990-х годах выбрасывался традиционный промышленный рабочий класс, то с 2000-х происходит прекариатизация менеджеров. Прекариат, по разным оценкам достигает 30-40% численности трудоспособного населения. Прекариат лишён перспективы, не видит будущего; его доход нестабилен. Прекариат депрофессионализирован, и в силу неважности имеющейся квалификации, и в смысле отсутствия профессиональной самоидентификации. Праздный наполовину и лишенный стабильных средств существования класс в половину населения – есть скорейшая социальная катастрофа.

Новые классы могут возникнуть из социально-профессиональных слоев, занимающихся «производством здоровья» и «производством знающих людей».

Негативная полуволна Кондратьевского цикла развертывается начиная с 2020-2023 года и продлится до 2048 года ± 5 лет. Хозяйственный механизм рубежа 2050 года, на основе которого начнётся следующая повышательная полуволна будет предполагать сокращение менеджеров, перераспределение функций организации и информационного обеспечения в пользу рабочих, техников, инженеров-исследователей.

Трансгуманизм и постгуманизм в виде планов или угроз расчеловечивания само по себе даже не вызов. Вызов и угроза природе человека идут не из будущего, а из прошлого. Отчуждению человека, превращению человека в имущество по крайней мере 5 тысяч лет. Побеждают и проигрывают не технологии, а люди, владеющие новыми или отжившими технологиями. Побеждает и выигрывает то общество, которое готовит, воспитывает и образует достаточно «новых» людей для новых технологий, проигрывает то, которое готовит «квалифицированных потребителей».

Поскольку России не нужен такой мир, где нет России, то интеграция с Европой становится возможна только как интеграция Европы по частям. Азиатское направление интеграции не менее трудное, прежде всего пока идет война с Европой и из-за того, что идёт война с Европой. Россия, Турция и Иран, как и постсоветские государства с арабскими, авторитарны, вполне следуют совету Маккиавели: для обеспечения суверенитета государство выступает в союзе с простым народом и ограничивает своеволие (демократию) аристократов (олигархата). «Цветные революции» обеспечили политическим классам (=глубинному государству) этих стран политический иммунитет. Нет внутренней необходимости во внешнем враге для консолидации общества, а сам такой внешний вызов есть. Создаются условия для перехода от «богатовекторной» свободной торговли к экономической и политической консолидации – против ядра капиталистической мировой системы.

ПЛАТОНОВА С.И. ЦИФРОВОЙ КАПИТАЛ: ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ ДЛЯ БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛЮДЕЙ

П. Бурдье выделяет три формы капитала: экономический, культурный, социальный. Это ресурсы, общепризнанные и ценимые членами общества и стратифицированные таким образом, что не все члены общества обладают одинаковым уровнем таких капиталов. Культурный и социальный капитал могут конвертироваться в экономический капитал, точно так же как экономический капитал может конвертироваться в культурный и социальный

капиталы. Основой для всех видов капитала является экономический капитал. Различные типы капитала направлены на обеспечение воспроизводства капитала и являются основой для социальной стратификации.

Понятие цифрового капитала было введено С. Парк (S. Park), которая связала цифровой капитал с цифровыми навыками. Цифровой капитал значительно повышает статус человека, он сопоставим с эффектом, связанным с культурным капиталом, хотя и менее выраженным, чем в случае с экономическим и социальным капиталами. М. Рагнетта определяет цифровой капитал как «совокупность цифровых компетенций (информация, коммуникация, безопасность, создание контента и решение проблем) и цифровых технологий». Цифровой капитал – разновидность нематериального капитала. Традиционные критерии стратификации трансформируются в условиях цифровизации.

Цифровой капитал не сводим к другим формам капитала, хотя находится в тесной взаимосвязи и взаимозависимости с этими формами. С одной стороны, цифровой капитал является важным средством для профессиональной карьеры, социального общения, роста материального и социального благополучия индивидов. С другой стороны, цифровой капитал является одной из причин социальной стратификации, маргинализируя индивидов, лишенных или слабо владеющих цифровыми навыками. Также чрезмерное развитие цифровых навыков может привести (и уже приводит) к таким явлениям, как цифровой эскапизм. Поскольку цифровые процессы имеют тенденцию к дальнейшему распространению, развитию, то роль и значение цифрового капитала, видимо, будет возрастать.

ОРОПАЙ А.Ф. ПРИМЕР АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ (РАЗМЫШЛЕНИЯ НАД МЕМУАРАМИ ОТЦА)

Долгожителями считаются граждане, достигшие девяностолетнего возраста. Оропай Федор Евдокимович (1921–2017) закончил трудовую деятельность в августе 2013 г., когда ему шел уже 93-й год. Его отец Евдоким Никонович был неграмотным, но тянувшимся к знаниям и новизне человеком, энтузиастом и пионером «кооперативного движения». Несмотря на трудности и лишения, семья без потерь пережила голод 1933 г., который в публицистике часто называют «организованным», хотя отец считал его «следствием неорганизованности – и во власти, и среди большей части населения».

Отец по разнарядке поступил в Брянское военно-политическое училище, а через полгода началась война. На фронте отец служил в политическом составе 33-й армии. В последний год войны он был помощником начальника политотдела 142-й артбригады, чья артиллерия первой открыла «огонь возмездия» по территории Германии. Боевые действия бригада закончила 1 мая 1945 г. встречей на Эльбе с американцами.

После нескольких лет службы в Германии отец был переведен в Туркестанский ВО. Этот период связан с началом семейной жизни. Отец заочно с отличием закончил Военно-политическую академию. Отец писал: «Я наивно был уверен, что в науке решающая роль принадлежит логике и фактам. Но как скоро убедился, в науке есть еще... начальство». «Военному» начальству, не нравилось, слишком много теории в ущерб практике, а «философскому» не по душе пришлась сама трактовка понятия «теория». Присвоение ему воинского звания «полковник» и ученого – «доцент» означало и достойное завершение военной карьеры, и обретение солидной гражданской профессии. Читал он в числе прочих и курс «Философские проблемы медицины» для аспирантов. В последние годы отец пересмотрел свою былую убежденность в «решающей роли» в науке логики и фактов: рациональное познание должно быть дополнено интуитивным. Синергетический принцип неразрывности *порядка* и *хаоса* способствует целостному видению познавательной ситуации.

С платоновских времен укоренилось мнение, что философские занятия способствуют *катарсису*. Философия считалась «подготовкой к смерти». Воззрения Федора Евдокимовича были, напротив, поюсторонними: философия должна быть *подготовкой к жизни*. До

последних дней отец оставался приверженцем *превентивной медицины* – сохранение здоровья за счет предупреждения заболеваний и патологий. Он уважительно относился к еде, но никогда не переедал. Умеренность и физическую активность считал важными факторами активного долголетия. Основная умственная активность отца в последние годы связана с написанием воспоминаний. И на больничной койке, на пороге своего ухода в «хаос», небытие, он сохранял веру в неистребимость «порядка».

Отец умер от острого лейкоза. Осталось загадкой, почему диагноз не был поставлен раньше. На этом фоне несколько диссонансными выглядят заявления о радикальном продлении жизни, за сто лет и далее. Пример Федора Евдокимовича скорее убеждает, что *сам человек может* достичь и *должен* стремиться к долгой по продолжительности и активной по содержанию жизни.

Оропай Ф.Е. Война, до и после (Из воспоминаний). СПб: Химиздат, 2020. 176 с.: ил.

ПЕЧЕРСКИХ Н.А. К ИСЧИСЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

Средняя продолжительность жизни есть лишь момент таблиц смертности, вычисляемый из-за удобства использования, её приходится дополнять условной при условии, что индивид дожил до определённого возраста (ОПЗЖ). Практическое бессмертие есть работа самого индивида по производству собственного здоровья, но так же работа общества по производству общественного здоровья.

Определение понятий «здоровье» и «болезнь» проблематично. Болезнь есть недостаток здоровья, а не наоборот. Следует определить, чему надлежит быть дабы быть телу здоровым, и уж от этого идти к болезни. Если здоровье есть гармония четырёх соков, то что есть гармония? Неизвестное заменено неизвестным. Международная классификация болезней, и устав Всемирной организации здравоохранения: «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». В библиографической УДК есть раздел для патологии (616), но нет раздела для здоровья! И это при том, что здоровье - терминальная ценность медицины!

Физиологический взгляд на болезнь как на процесс, развёртывающийся во времени, а не как на состояние с особой формой, был реализован во времена Вирхова и Гринингера, но по отношению к здоровью не завершён до сих пор. В общефилософском плане есть концепция «ортобиоза» Ильи Ильича Мечникова (формулирована в 1901-1907); в частно-прикладном есть исследования нервно-психического развития детей Владимира Михайловича Бехтерева (1884-1897) и по физическому воспитанию Петра Францевича Лесгафта (1884-1909), но на уровне теоретической медицины и в конце XX века всё равно остаётся «*состояние благополучия*»! Идеал анатомический, идеал гуморальный, идеал физиологический, идеал психический и социо-коммуникативный на практике медицинской общественностью определяются через лечение болезней, то есть через исправление отклонений от идеала. Вариабельность здоровых и больных людей и неразрывная связь организма и среды есть уже не просто дополнения к решению, а существенное изменение самой постановки проблемы.

Модель здоровья как адаптации организма к среде Н.М.Амосова разрабатывалась от 60-х - 70-х гг. XX в. до 2002 г. Основные механизмы здоровья различимы уже на уровне клетки, имеющей два уровня структур: управляющие (синтез белков) и рабочие. Рабочие структуры выполняют две группы функций – специфические (например, выработка жёлчи клетками печени) и обеспечивающие жизнь самой клетки. Величина функции, выход, ответ на действие раздражителя, определяется массой функционального белка которая определяется двумя процессами: функциональный белок производится в ответ на напряжение функции, функциональный белок распадается по экспоненциальному закону.

Объективно и наблюдаемо различаются нормальный, форсированный и патологический режимы функционирования (напряжённости функции в ответ на раздражитель). Количество здоровья можно определить как сумму «резервных мощностей» основных функциональных систем». В практической реализации система Амосова ориентирована не на измерение количества здоровья, а на его увеличение. Советская система медицины вышла на тот рубеж, когда могли начаться систематические измерения количества здоровья (в рамках программы диспансеризации), но ни частной, ни страховой медицине измерения количества здоровья оказались не нужны. Публикаций по измерению количества здоровья, тем более эпидемических, обнаружить не удаётся. Частные измерения диапазонов адаптации производятся без ссылок на количество здоровья.

Медицина реабилитации и тренировки здоровья должна включаться в любую последующую модель. Врачи начали измерять уже сотни параметров. Есть технические возможности измерять тысячи параметров организма; можно измерить и диапазон реакции, нужно только разработать методику. Важно помнить, что нужно знание не о параметрах, а о функциях систем организма.

При измерении встаёт постоянная проблема гуманитарного знания: как соизмерить степени сладкого и красного? И станет ли здоровья больше, если резерв печени сократится на 1%, а резерв мозга вырастет на 0,35%? В экономике эта проблема имеет форму «несопоставимости потребностей»: якобы нельзя определить, кому из двух людей нужнее или полезнее то или иное благо, но зато каждый из них сам для себя с лёгкостью решает, какое из двух количеств двух разных благ ему полезнее.

В 1925 г. Василий Леонтьев нашёл основную формулу системных эффектов, знаменитую $O = (E - A)^{-1} Y$. Сформулированная для экономики, эта формула (или её полные аналоги) затем была обнаружена в экологии, популяционной генетике, теории связи и во многих других областях. Обоснован переход от системной формы «взаимодействие ресурсов каждый с каждым» к форме «производство и потребление ресурсов в ходе выполнения функций». В экономике такие формы исследовали и Л.Канторович, и Д. фон Нейман (в рамках линейного программирования).

Организм каждого человека формирует запас ресурсов и «терапевтические концентрации» – белков, жиров, витаминов, ферментов, ингибиторов, протагонистов и т.п. Ежедневные колебания поступления и потребления ресурсов не убивают организм и не ввергают его в болезнь «авитаминоза», но тем не менее, могут и накапливаться. Есть небольшая, но не нулевая вероятность того, что вариации накопятся до «авитаминоза». Если известен закон вариации поступления и потребления нутриентов, то можно вычислить закон возрастания вероятности случайного отказа из-за недостатка нутриентов с течением времени, а если известен этот закон, то можно вычислить и **ожидаемое время до первого отказа** — аналог ОПЗЖ.

Нутриенты прямо подчиняются закону сохранения вещества, запас их определяется балансом поступления и потребления. Функциональные белковые комплексы (ФБК) производится в порядке тренировки при наличии ресурсов, и распадается по закону случайного распада. С одной стороны, в этом нет прямого «сохранения вещества». С другой стороны, выход ФБК в патологический режим в модели Н.М.Амосова есть не отказ (отсутствие или недостаток ресурса), а только условие, при котором вероятность отказа значительно возрастает. Именно ФБК создают ограничения по интенсивности физиологических процессов. Когда эффективный процесс (точнее, эффективный комплекс процессов) достигает полной загрузки своего ФБК, приходится подключать менее эффективные процессы (комплексы процессов) и эффективность снижается.

Организм моделировать надо не линейным, а стохастическим программированием. Если две или более формы деятельности обращаются одновременно к одному и тому же ФБК, то исполняется только одно обращение. Остальные или сбрасываются, или ожидают

исполнения в очереди. Теория очередей (теория массового обслуживания Эрланга-Поллака-Хинчина) предсказывает, что при малой загрузке очереди время от времени образуются, но почти наверное рассасываются; при несколько большей загрузке очередь становится постоянной; наконец при почти полной загрузке ФБК очередь должна возрастать почти неограниченно. Общая эффективность на уровне форм деятельности в этом случае снижается по мере роста загрузки, причем не только в среднем (удельная), но и абсолютно. паталогическом режиме, там, где начинается перегрузка, стохастический системный эффект приводит к снижению уже не эффективности, а абсолютной величины реакции (эффект, который «линейная» теория систем была неспособна отразить). К тому же, такого рода «теория здоровья» вполне применима как к здоровью индивида, так и к «здоровью корпорации», и к макроэкономическому «здоровью нации». При 96% загрузке поликлиники равновесная длина очереди может оказаться настолько велика, что процесс будет выглядеть как её непрерывный рост.

ЯХЬЯ, ЗАХАРИЯ. АКСИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ В ПАКИСТАНЕ. ПРОПЛЫТЬ МЕЖДУ ЦЕННОСТЯМИ, ИНТЕРЕСАМИ И ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬЮ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В системе здравоохранения в Пакистане идут сложные дискуссии о ценностях в условиях жестких ограничений. Бремя болезней в Пакистане отражает то, что страна переживает продолжающийся эпидемиологический переход, борясь как с инфекционными, так и с неинфекционными заболеваниями одновременно. Концептуализация здоровья и болезней отражает конкурирующие концепции - религиозные, культурные и биомедицинские, которые формируют как индивидуальное поведение, так и системные реакции. Большинство проблем со здоровьем в Пакистане непропорционально сильно зависят от бедности. Взаимодействие различных интересов — государственных, частных, коммерческих и профессиональных — создает условия, в которых этическая практика должна постоянно обсуждаться, а не приниматься на веру. Коммерциализированная модель превратила здравоохранение из социального блага в рыночный товар, коренным образом изменив отношения между врачом и пациентом и создав неизбежный конфликт между финансовыми интересами и благополучием пациентов. По сути, принцип пропорциональности подвергается серьезным испытаниям в системе, характеризующейся значительными ограничениями ресурсов и глубоким структурным неравенством. Фармацевтическая промышленность представляет собой мощную группу интересов в системе здравоохранения Пакистана, существенно влияя на порядок назначения лекарств и подходы к лечению. Несмотря на эти трудности, существуют многообещающие разработки, которые указывают путь к созданию более справедливой и эффективной системы здравоохранения. Программа "Сехат Сахулат" представляет собой амбициозные усилия по расширению финансовой защиты в сфере здравоохранения, хотя их эффективность еще предстоит оценить в полной мере. Программа "Женщины - медицинские работники", несмотря на свои ограничения, демонстрирует потенциал подходов, основанных на участии местных сообществ, для оказания медицинской помощи группам населения, не получающим достаточного обслуживания. А растущее признание важности первичной медико-санитарной помощи предполагает изменение понимания того, что представляет собой пропорциональный объем инвестиций в охрану здоровья населения. В Пакистане люди используют лекарства Унани. Медицинская система Унани имеет греческое происхождение. Пакистанцы также верят в гомеопатическую медицину. В северном регионе страны амчи и саньяси используют сырые лекарственные препараты в качестве одной из форм аюрведической медицины. Как бы то ни было, медицинская система Унани является наиболее используемой традиционной системой медицины в мире. В Пакистане, в районах проживания племен ощущается нехватка современных медицинских учреждений. Таким образом, люди знают о местных растениях, которые помогают при основных проблемах со здоровьем

МАКВАНА ВАЙБХАВКУМАР НАРЕНДРАБХАЙ, ШУКЛА ХЕТВИ МУНДЖАЛБХАЙ. МЕДИЦИНСКАЯ КЛИНИКА В ИНДИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ

Клинический ландшафт Индии весьма разнообразен: государственные центры первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и вспомогательные центры; государственные или государственно-частные, предназначенные для расширения доступа в густонаселенных районах; некоммерческие или благотворительные клиники; частные индивидуальные клиники; амбулаторные клиники корпоративных больниц (капиталоемкие, ориентированные на инвесторов, с сильным акцентом на фирменные специальности и высокодоходные услуги). Организационные проблемы в индийских клиниках возникают как из-за структурных недостатков, так и из-за конфликта ценностей:

- **Фрагментарность и отсутствие контроля:** пациенты могут напрямую обращаться к специалистам и в больницы высшего звена, что подрывает непрерывность и перегружает более высокие уровни медицинской помощи
- **Переполненность и недостаточное обеспечение:** многие государственные клиники сталкиваются с большим количеством пациентов при ограниченном персонале и ресурсах, что приводит к поспешным консультациям и эмоциональному выгоранию.
- **Профессиональные протоколы:** В некоторых корпоративных структурах руководство устанавливает цели или протоколы, в которых приоритет отдается доходу (анализам, процедурам, приему пациентов), а не клинической необходимости.
- **Недостаточная нормативная база:** законодательство, подобное Закону о клинических учреждениях, существует для стандартизации качества и защиты пациентов, но в разных штатах оно применяется непоследовательно.
- **Различия между городом и сельской местностью:** клиники в сельской местности или отдаленных районах часто сталкиваются с хроническими вакансиями, неразвитой инфраструктурой и слабыми связями с направлениями

Анализ состояния индийского здравоохранения часто определяет основные проблемы, используя “Пять пунктов А”: наличие, доступность, доступность по цене, приемлемость и осведомленность (Availability, Accessibility, Affordability, Acceptability, Awareness). Эти аспекты напрямую связаны с планированием, укомплектованием и оценкой клиник.

- **Наличие:** достаточное количество клиник и медицинских работников, обладающих необходимыми навыками и расходными материалами, особенно в районах с недостаточным уровнем обслуживания.
- **Доступность:** разумное расстояние, транспорт, часы работы и дизайн, учитывающий особенности инвалидов.
- **Доступность по цене:** расходы, которые не ввергают домохозяйства в нищету, включая оплату услуг, медикаментов и диагностики.
- **Приемлемость:** уход, учитывающий культурные и социальные особенности, включая услуги, учитывающие гендерные аспекты.
- **Осведомленность:** понимание общественностью того, когда и как обращаться за медицинской помощью и какие услуги доступны.

Эффективная клиническая организация должна относиться к этим показателям не как к техническим показателям, а как к выражению более глубокой приверженности принципам равенства и человеческого достоинства.

ПЕЧЕРСКИХ Н.А. ТЕХНИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ: ЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС РЕЦЕПТУРНЫХ ПРЕДПИСАНИЙ

Эмпирическое исследование производит или собирает факты, феноменологические обобщения, но так же и рецепты, нормативные предписания опытного происхождения. С

другой стороны, и технические знания имеют достаточно многообразные формы: «обычные» факты (записи наблюдений), теоретические модели, и «технические коэффициенты». Особенный логический статус имеют «рецептурные предписания» – технологические знания *know how*. Рецептурное технологическое знание может классифицироваться в полюсах противоположностей «эмпирический поиск» – «прикладное научное знание» (производное от теоретических объяснений). Древнейшие преднаучные знания, до нас дошедшие, имеют именно эту форму (прикладного знания), тем не менее, фактическое основание древнеегипетских рецептов вряд ли подлежит сомнению. Современные технологические инструкции выступают продуктом научного расчёта, но всё-таки включают и значительный компонент опытных работ и испытаний.

Предписания прямо направлены на деятельность субъекта, отражают движения естественных органов человека. Но эти предписания необходимо отражают и объект деятельности, они относятся к взаимодействию человека с объектом, а не только к движениям тела и психики. Важный момент рецептурного технологического знания – его нормативность, прескриптивное, а не дескриптивное содержание. Наиболее адекватным будет сказать, что технологическое знание есть средство определения цели, превращающее абстрактную цель (образ предмета, могущего удовлетворить потребность) в конкретную цель (по Н.Трубникову). В форме абстрактной цели потребность осознаётся, но не так, как она существует. Потребность субъекта существует как свойство субъекта. Цель есть образ предмета, способного удовлетворить потребность, порождаемый в представлении субъекта. Поэтому даже и «рациональность деятельности» можно оценивать двояко: можно оценивать рациональность действия относительно цели, но можно и саму цель оценивать относительно потребности. Конкретная цель включает в себя: абстрактную цель; средство определения цели; технологический рецепт в узком смысле слова, инструкцию-описание деятельности. Рецептурное технологическое знание включает все три момента, а встречающиеся на практике сокращения есть именно сокращения.

Субъективация осуществляется в технологическом рецепте за счёт обращения к средствам деятельности. Средства есть органы субъекта. Техника, естественные органы и психические способности соединяются в функциональной системе, как в теле животного структура и функция объединяются (например, порождая ощущение). Качество этой системы есть трансцендентальная форма апперцепции, противостоящая объекту.

Выполнение объективации рецептурных предписаний возможно путём критики факта, то есть теми же средствами, что и у других эмпирических знаний. Чтобы понять древний алхимический рецепт следует сопоставить этот рецепт с другими единицами эмпирического знания – с другими рецептами и рисунками, с музейными коллекциями древней алхимической посуды, с современными таблицами, чертежами и рецептами.

В традиции Йеори фон Врикта, Эрнста Мали, Сола Крипки логическая структура деонтического суждения формализуется как $O(A \rightarrow B)$ или $A \rightarrow O(B)$. Здесь A есть дескриптивное высказывание, описывающее ситуацию, в которой действует субъект, B – прескриптивное высказывание, описывающее действие, которое может совершать субъект, \rightarrow есть знак материальной импликации, O - символ деонтического оператора (запрещено, разрешено, предписано). Это не совсем точно, потому что деонтический оператор действует не на *высказывания* дескрипции или прескрипции, а на их связь.

Прояснить структуру деонтического высказывания дополнительно может двойственность модальной и многозначной логики, или различие *высказывания* и *суждения*. Фраза «Тише, Танечка, не плачь, не утонет в речке мяч» – правильная и законченная, и следовательно высказывание. Но это высказывание не истинно и не ложно. Его значение принадлежит деонтической модальности (запрещено, разрешено, предписано или безразлично), в данном случае «запрещено»: $pm(A, B) = O$. Здесь pm есть двухместный предикат модального высказывания, в который подставляются, однако не термины, а высказывания, причём двух

специальных классов (дескрипции и прескрипции). *Деонтическое суждение* содержит деонтический оператор в явном виде: «Танечке запрещено плакать, поскольку мяч не утонет»: $A(\rightarrow O)B$. Модальность в нем является не значением, а связкой, а само суждение принимает только обычные логические значения «истинно» или «ложно». Дополнительное добавление субъекта в структуру деонтических высказываний логически излишне.

Технологический рецепт включает в себя цель, средства, стратегию деятельности. Если формализовать структуру рецептурного высказывания (A – цель, B – средства, C – стратегия), то даже стрелку условной связи следует развернуть наоборот: $A \leftarrow (B (\rightarrow O) C)$.

Цель не есть здесь консеквент, цель в рецептурном знании является обоснованием. Все три компоненты рецептурного знания (цель, средства, стратегия) являются знаниями, дескрипциями, «обычными» высказываниями. Рациональность рецепта раскладывается на его эффективность и риск; впрочем, это является предметом уже не логического, а практического, экономико-правового исследования.

SYNOPSIS

PECHERSKIKH N.A. WHAT DOES THE FUTURE HOLD FOR US? THE YEAR? THE PYATILETKA? THE GENERATION?

In 2025, NATO's conflicts with Russia, Iran and others will continue in different regions of the world, with no result visible. Unfortunately, the military disaster in Ukraine does not bring the collapse of NATO any closer. The slowest advance of the Russian army is also the most advantageous. The ratio of military losses, the concentration of the Russian economy, the forced removal of China from the "Golden Billion", the leaching of NATO military-technical reserves; and if Ukraine does not fall into a military-political catastrophe by the end of 2025, it will only mean that some NATO forces have become so involved in the war that they will collapse with it only later (within the five year). China has been the world's strongest economy in terms of PPP for ten years, and by 2030 it will become the first economy in terms of current currency comparisons of GDP. India is the second largest economy in the world and is confidently moving towards becoming the third largest in terms of currency comparisons by 2030. The United States, on the contrary, has lost twice its share of the global economy. Russia keeps its 3% of the global economy stable, no matter what happens in the other 97%. The G7 formed the core of the global capitalist system, the United States was the core of the core. The United States provides loans to the G7. Under these loans, the G7 emulate their currencies and give credit to the periphery. Peripherals buy machinery, equipment, and electronics from G7, expand production, sell products to G7, and repay loans. The G7 remains to repay loans in dollars and buy patents for new technologies in the United States, while the United States takes care of financial stability and technological superiority over all others. When a crisis begins, the periphery suffers, and capital flees to the center. The crisis doesn't even really reach the G7. Technological superiority is also not very difficult: the "brains" are sucked into the "core of the core." Money can only become an international credit resource when it can be used to buy the means of production, and only then will you enter the "core" of the system. The yuan is almost ready for this, the ruble has its own problems. An indicator of success in turning the ruble into a means of accumulation in the next 5 years will be the creation of our own machinery for the production of nanoscale chips, and the emergence in Russia of engineering and medical education for foreigners in Russian. The world order, and in particular, the monetary system, must be made more equitable. We need a balance of the will and responsibility of each participant, as well as the sovereignty and solidarity of the states forming the system, based on private-public partnership and blockchain technology. In a narrower sense, "manager" is the social position of a leader in a corporation. The ordinary staff of administrative and management services do not belong to the management of the corporation, they "do not rule". In the general sociological sense, management is a set of employees engaged in processing information for the purposes of organizing corporate activities. The key signs here are mental work and alienation from property. The concentration of production (consolidation of enterprises) leads to an outstripping increase in the volume of information processing. Mechanization and automation of the workplace change the set of labor operations performed by an employee, but do not destroy his social position, and do not change his place in the system of social division of labor. The creation of automated enterprises is changing the very set of jobs and social positions of employees. The need for industrial workers is falling, and the need for employees (managers) is increasing. The working class is retreating, and managers as a class are coming to the fore. The rising class demands socio-political recognition. Managers are declared the leading force of social progress. Information processing for the purpose of organizing production in the course of the "managerial revolution" is becoming the most important area of human activity. Its public utility is recognized through the recognition of the service sector as productive. The situation has been changing in the last 25-30 years. Digital electronic computing

machines are complemented by software complexes and provide automated information processing systems. If the traditional industrial working class was thrown to the side of history in the 1970s and 1990s, then the precariatization of managers has been taking place since the 2000s. The precariat, according to various estimates, reaches 30-40% of the working-age population. The precariat has no prospects, sees no future; its income is unstable. The precariat is deprofessionalized, both because of the unimportance of the available qualifications and in the sense of the lack of professional self-identification. A half-idle and half-deprived class of the population is an early social catastrophe. New classes may arise from socio-professional strata engaged in the "production of health" and "production of knowledgeable people." The negative half-wave of the Kondratieff cycle unfolds starting from 2020-2023 and will last until 2048 ± 5 years. The economic mechanism of the turn of 2050, on the basis of which the next upward half-wave will begin, will involve the reduction of managers, the redistribution of organizational functions and information support in favor of workers, technicians, and research engineers. Transhumanism and posthumanism in the form of plans or threats of dehumanization is not even a challenge in itself. The challenge and threat to human nature come not from the future, but from the past. The alienation of a person, the transformation of a person into property, is at least 5,000 years old. It's not technology that wins and loses, but people who own new or outdated technologies. The society that trains, educates, and educates enough "new" people for new technologies wins and wins, while the one that trains "qualified consumers" loses. Since Russia does not need a world where there is no Russia, integration with Europe becomes possible only as the integration of Europe in parts. The Asian direction of integration is no less difficult, first of all, while there is a war with Europe and because there is a war with Europe. Russia, Turkey and Iran, like the post-Soviet states with Arab ones, are autocratic and fully follow the advice of Machiavelli: to ensure sovereignty, the state acts in alliance with the common people and restricts the self-will (democracy) of the aristocrats (oligarchy). The "color revolutions" provided the political classes (=deep state) of these countries with political immunity. There is no internal need for an external enemy to consolidate society, but there is such an external challenge. Conditions are being created for the transition from "richly vectorial" free trade to economic and political consolidation – against the core of the capitalist world system.

PLATONOVA S.I. DIGITAL CAPITAL: ITS OPPORTUNITIES AND RISKS FOR HUMAN WELL-BEING

Bourdieu identifies three forms of capital: economic, cultural, and social. These are resources that are generally recognized and valued by members of society and stratified in such a way that not all members of society have the same level of such capital. Cultural and social capital can be converted into economic capital, just as economic capital can be converted into cultural and social capital. The basis for all types of capital is economic capital. Different types of capital are aimed at ensuring the reproduction of capital and are the basis for social stratification. The concept of digital capital was introduced by S.Park, who linked digital capital with digital skills. Digital capital significantly enhances a person's status, it is comparable to the effect associated with cultural capital, although less pronounced than in the case of economic and social capital. M. Ragnedda defines digital capital as "a set of digital competencies (information, communication, security, content creation and problem solving) and digital technologies." Digital capital is a type of intangible capital. Traditional stratification criteria are being transformed in the context of digitalization. Digital capital cannot be reduced to other forms of capital, although it is closely related and interdependent with these forms. On the one hand, digital capital is an important means for professional careers, social communication, and the growth of individuals' material and social well-being. On the other hand, digital capital is one of the causes of social stratification, marginalizing individuals who lack or lack digital skills. Also, excessive development of digital

skills can (and already does) lead to phenomena such as digital escapism. Since digital processes tend to spread and develop further, the role and importance of digital capital is likely to increase.

OROPAI A.F. AN EXAMPLE OF ACTIVE LONGEVITY (REFLECTIONS ON HIS FATHER'S MEMOIRS)

Centenarians are citizens who have reached the age of ninety. Oropai Fyodor Evdokimovich (1921-2017) finished his career in August 2013, when he was already 93 years old. His father, Evdokim Nikonovich, was illiterate, but a man drawn to knowledge and novelty, an enthusiast and a pioneer of the "cooperative movement." Despite the difficulties and hardships, the family survived the famine of 1933 without loss, which is often called "organized" in journalism, although his father considered it "a consequence of disorganization – both in power and among the majority of the population." My father entered the Bryansk military-political college, and six months later the war began. At the front, my father served in the political staff of the 33rd Army. In the last year of the war, he was assistant chief of the political department of the 142nd artillery brigade, whose artillery was the first to open "retribution fire" on German territory. The brigade ended its military operations on May 1, 1945, with a meeting on the Elbe with the Americans. After several years of service in Germany, my father was transferred to the Turkestan Military Academy. This period is associated with the beginning of family life. My father graduated from the Military-Political Academy in absentia with honors. My father wrote: "I was naively convinced that logic and facts play a crucial role in science. But as I soon became convinced, there are still... bosses in science." The "military" authorities did not like too much theory to the detriment of practice, and the "philosophical" ones did not like the very interpretation of the concept of "theory". Awarding him the military rank of "colonel" and the scientist – "associate professor" meant both a worthy end to his military career and the acquisition of a solid civilian profession. He taught, among others, the course "Philosophical Problems of Medicine" for graduate students. In recent years, my father has revised his former conviction of the "crucial role" of logic and facts in science: rational cognition should be complemented by intuitive. The synergetic principle of the continuity of order and chaos contributes to a holistic vision of the cognitive situation. Since Platonic times, there has been an ingrained view that philosophical pursuits contribute to catharsis. Philosophy was considered a "preparation for death." Fyodor Evdokimovich's views, on the contrary, were worldly: philosophy should be a preparation for life. Until his last days, my father remained committed to preventive medicine – maintaining health through the prevention of diseases and pathologies. He was respectful of food, but he never overate. Moderation and physical activity were considered important factors for active longevity. His father's main mental activity in recent years has been related to writing memoirs. And in his hospital bed, on the threshold of his departure into "chaos", oblivion, he retained faith in the indestructibility of "order". My father died of acute leukemia. It remains a mystery why the diagnosis was not made earlier. Against this background, statements about the radical prolongation of life, for a hundred years and beyond, look somewhat dissonant. The example of Fyodor Evdokimovich rather convinces that a person himself can achieve and should strive for a long-lasting and active life. Oropai F.E. The War, before and after (From memoirs). St. Petersburg: Khimizdat, 2020. 176 p.: ill.

PECHERSKIKH N.A. ON THE CALCULUS OF HEALTH

The average life expectancy is only a moment in the mortality tables, calculated due to ease of use, it has to be supplemented with a conditional one, provided that the individual has lived to a certain age. Practical immortality is the work of the individual himself to produce his own health, but also the work of society to produce public health. Defining the concepts of "health" and "disease" is problematic. An illness is a lack of health, not the other way around. It is necessary to determine what needs to be in order for the body to be healthy, and from this to go to the disease. If health is the harmony of the four juices, then what is harmony? The unknown has been

replaced by the unknown. The International Classification of Diseases and the charter of the World Health Organization: "health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not only the absence of diseases and physical defects." The bibliographic UDC has a section for pathology (616), but there is no section for health! And this is despite the fact that health is the ultimate value of medicine! The physiological view of disease as a process unfolding over time, rather than as a condition with a special form, was implemented in the time of Virchow and Griesinger, but in relation to health has not been completed so far. In general philosophical terms, there is the concept of "orthobiosis" by Ilya Ilyich Mechnikov (formulated in 1901-1907); In the private sector, there are studies on the neuropsychic development of children by Vladimir Mikhailovich Bekhterev (1884-1897) and on physical education by Peter Frantsevich Lesgaft (1884-1909), but at the level of theoretical medicine at the end of the twentieth century, there is still a "state of well-being"! The anatomical ideal, the humoral ideal, the physiological ideal, the mental ideal and the socio-communicative ideal are determined in practice by the medical community through the treatment of diseases, that is, through the correction of deviations from the ideal. The variability of healthy and sick people and the inseparable connection between the body and the environment are no longer just additions to the solution, but a significant change in the very formulation of the problem. N.M. Amosov's model of health as an adaptation of the body to the environment was developed from the 60s -70s of the twentieth century to 2002.. The basic mechanisms of health are already distinguishable at the cell level, which has two levels of structures: control (protein synthesis) and workers. Working structures perform two groups of functions – specific (for example, the production of bile by liver cells) and ensuring the life of the cell itself. The magnitude of the function, the output, and the response to the stimulus is determined by the mass of the functional protein, which is determined by two processes: the functional protein is produced in response to the stress of the function, and the functional protein decomposes exponentially. Objectively and observably, there are differences between normal, forced, and pathological modes of functioning (tension of function in response to a stimulus). The amount of health can be defined as the sum of the "reserve capacities" of the main functional systems. In practical implementation, the Amosov system is focused not on measuring the amount of health, but on increasing it. The Soviet medical system reached the milestone when systematic measurements of the amount of health could begin (as part of a medical examination program), but neither private nor insurance medicine needed measurements of the amount of health. There are no publications on measuring the amount of health, especially epidemic ones. Private measurements of adaptation ranges are made without reference to the amount of health. Rehabilitation medicine and health training should be included in any subsequent model. Doctors have already started measuring hundreds of parameters. There are technical possibilities to measure thousands of body parameters; you can measure the range of reactions, you just need to develop a technique. It is important to remember that you need to know not about the parameters, but about the functions of the body's systems. When measuring, there is a constant problem of humanitarian knowledge: how to measure the degrees of sweet and red? And will there be more health if the liver reserve decreases by 1% and the brain reserve increases by 0.35%? In economics, this problem takes the form of a "disparity of needs": it is supposedly impossible to determine which of two people needs or benefits a particular good, but each of them easily decides for himself which of two quantities of two different goods is more useful to him. In 1925, Vasily Leontiev found the famous basic formula for systemic effects. Formulated for economics, this formula (or its full analogues) was then discovered in ecology, population genetics, communication theory, and many other fields. The transition from the system form of "interaction of resources with each other" to the form of "production and consumption of resources during the performance of functions" is justified. In economics, such forms were studied by both L. Kantorovich and D. von Neumann (within the framework of linear programming). Each person's body forms a reserve of resources and "therapeutic concentrations" – proteins, fats, vitamins, enzymes, inhibitors, protagonists, etc. Daily fluctuations in the intake and consumption of

resources do not kill the body and do not plunge it into the disease "vitamin deficiency", but nevertheless, they can accumulate. There is a small, but not zero, chance that the variations will accumulate to "vitamin deficiency." If the law of variation in the intake and consumption of nutrients is known, then the law of increasing probability of accidental failure due to a lack of nutrients can be calculated over time, and if this law is known, then the expected time to the first failure can be calculated - an analog of the CPR. Nutrients are directly subject to the law of conservation of matter, their stock is determined by the balance of intake and consumption. Functional protein complexes (FBCs) are produced in the order of training, given the availability of resources, and decompose according to the law of random decay. On the one hand, there is no direct "conservation of matter" in this. On the other hand, the release of FBK into a pathological mode in the N.M.Amosov model is not a failure (absence or lack of a resource), but only a condition under which the probability of failure increases significantly. It is FBK that creates limitations on the intensity of physiological processes. When an efficient process (more precisely, an efficient set of processes) reaches full utilization of its FBK, less efficient processes (sets of processes) have to be connected and efficiency decreases. The organism should be modeled not by linear, but by stochastic programming. If two or more forms of activity address the same FBK at the same time, then only one request is executed. The rest are either being reset or waiting in the queue for execution. Queue theory (Erlang-Pollack-Khinchin queuing theory) predicts that queues form from time to time with a low load, but almost certainly resolve; with a slightly higher load, the queue becomes permanent; finally, with an almost full load of FBK, the queue should increase almost indefinitely. In this case, the overall efficiency at the level of forms of activity decreases as the workload increases, and not only on average (specific), but also absolutely. In the pathological mode, where overload begins, the stochastic systemic effect leads to a decrease not in efficiency, but in the absolute magnitude of the reaction (an effect that the "linear" theory of systems was unable to reflect). In addition, this kind of "health theory" is quite applicable to both the health of an individual, the "health of a corporation," and the macroeconomic "health of a nation." With 96% of the clinic's workload, the equilibrium queue length may be so long that the process will look like its continuous growth.

YAHYA AND ZAKARIA AXIOLOGY OF MEDICINE IN PAKISTAN. NAVIGATING VALUES, INTERESTS, AND PROPORTIONALITY IN HEALTH

The axiology of medicine in Pakistan reveals a healthcare system navigating complex value negotiations under severe constraints. The burden of disease in Pakistan reflects that the country is going through an ongoing epidemiological transition, fighting both communicable and non-communicable diseases at the same time. The conceptualization of health and disease reflects competing frameworks—religious, cultural, and biomedical—that shape both individual behaviors and systemic responses. Most of the health problems in Pakistan are disproportionately affected by poverty. The interplay of various interests—state, private, commercial, and professional—creates a landscape where ethical practice must constantly be negotiated rather than assumed. The commercialized model has transformed healthcare from a social good into a marketable commodity, fundamentally changing the relationship between doctor and patient and creating an inevitable conflict between financial interests and patient well-being. Most fundamentally, the principle of proportionality faces extreme tests in a system characterized by significant resource limitations and profound structural inequities. Despite these challenges, there are promising developments that suggest a path toward a more equitable and effective healthcare system. The Sehat Sahulat Program represents an ambitious effort to expand financial protection for healthcare, though its impact remains to be fully realized. The Lady Health Workers Program, despite its limitations, demonstrates the potential of community-based approaches to extend care to underserved populations. And a growing recognition of the importance of primary care suggests a shifting understanding of what constitutes a proportionate investment in population health. In Pakistan, people use Unani medicines. The medical system of Unani is of Greek origin. Pakistanis also believe in homeopathic

medicine. In the northern region of the country, Amchi and Sannyasi use raw medicines as a form of Ayurvedic medicine. Anyway, the Unani medical system is the most used traditional medical system in the world. In Pakistan, there is a shortage of modern medical facilities in tribal areas. Thus, people are aware of the local plants that help with basic health problems.

VAIBHAVKUMAR MAKWANA, HETVI SHUKLA. MEDICAL CLINIC IN INDIA: PROBLEMS AND PRINCIPLES OF CLINIC ORGANIZATIONS

India's clinical landscape is very diverse: Government-run Primary Health Care (PHC) centers and support centers; public or public-private ones designed to expand access in densely populated areas; non-profit or charitable clinics; private individual clinics; outpatient clinics of corporate hospitals (capital-intensive, investor-oriented, with a strong focus on branded specialties and high-yield services). Organizational problems in Indian clinics arise both from structural deficiencies and from conflicts of values:

- Fragmentation and lack of control: patients can go directly to specialists and top-level hospitals, which undermines continuity and overloads higher levels of care
- Overcrowding and inadequate provision: Many public clinics face large numbers of patients with limited staff and resources, leading to rushed consultations and emotional burnout.
- Professional protocols: In some corporate structures, management sets goals or protocols that prioritize revenue (analyses, procedures, patient admissions) over clinical necessity.
- Insufficient regulatory framework: Legislation similar to the Clinical Facilities Act exists to standardize quality and patient protection, but it is applied inconsistently in different states.
- Differences between urban and rural areas: clinics in rural or remote areas often face chronic vacancies, poor infrastructure, and weak connections to destinations

The analysis of the state of Indian healthcare often identifies the main problems using the "Five points A": availability, Accessibility, affordability, Acceptability and Awareness (Availability, Accessibility, Affordability, Acceptability, Awareness). These aspects are directly related to the planning, staffing, and evaluation of clinics.

- Availability: a sufficient number of clinics and medical staff with the necessary skills and supplies, especially in areas with insufficient levels of care.
- Accessibility: reasonable distance, transportation, opening hours and a design that takes into account the characteristics of the disabled.
- Affordable: expenses that do not plunge households into poverty, including paying for services, medicines, and diagnostics.
- Acceptability: culturally and socially sensitive care, including gender-sensitive services.
- Awareness: The public's understanding of when and how to seek medical help and what services are available. An effective clinical organization should treat these indicators not as technical indicators, but as expressions of a deeper commitment to the principles of equality and human dignity.

PECHERSKIKH N.A. TECHNOLOGICAL KNOWLEDGE: LOGICAL STATUS OF «KNOW HOW» PRESCRIPTIONS

Technical knowledge: the logical status of prescription prescriptions Pecherskikh N.A. Empirical research produces or collects facts, phenomenological generalizations, but also prescriptions, normative prescriptions of experimental origin. On the other hand, technical knowledge has quite diverse forms: "ordinary" facts (records of observations), theoretical models, and "technical coefficients". "Prescription prescriptions" have a special logical status – technological knowledge know how. Prescription technological knowledge can be classified in the poles of opposites "empirical search" – "applied scientific knowledge" (derived from theoretical explanations). The oldest pre-scientific knowledge that has come down to us has exactly this form (applied knowledge), however, the actual basis of ancient Egyptian recipes is hardly in doubt. Modern technological instructions are a product of scientific calculation, but still include a significant component of experimental work and testing. The prescriptions are directly aimed at the activity of the subject, reflect the movements of natural human organs. But these prescriptions must also reflect the object of activity, they relate to the interaction of a person with an object, and not only to the movements of the body and psyche. An important point of prescription technological knowledge is its normativity, prescriptive rather than descriptive content. It would be most appropriate to say that

technological knowledge is a means of defining a goal, turning an abstract goal (an image of an object that can satisfy a need) into a concrete goal (according to N. Trubnikov). In the form of an abstract goal, the need is realized, but not in the way it exists. The need of the subject exists as a property of the subject. The goal is an image of an object capable of satisfying the need generated in the representation of the subject. Therefore, even the "rationality of activity" can be evaluated in two ways: one can evaluate the rationality of an action relative to a goal, but one can also evaluate the goal itself relative to a need. A specific goal includes: an abstract goal; a means of defining a goal; a technological recipe in the narrow sense of the word, an instruction-a description of the activity. Prescription technological knowledge includes all three points, and the abbreviations encountered in practice are precisely the abbreviations. Subjectification is carried out in a technological recipe by referring to the means of activity. The means are the organs of the subject. Technology, natural organs, and mental abilities combine in a functional system, just as structure and function combine in an animal's body (for example, generating sensation). The quality of this system is a transcendental form of apperception opposed to the object. The objectification of prescription prescriptions is possible by criticizing the fact, that is, by the same means as other empirical knowledge. To understand the ancient alchemical recipe, one should compare this recipe with other units of empirical knowledge – with other recipes and drawings, with museum collections of ancient alchemical dishes, with modern tables, drawings and recipes. In the tradition of Yeori von Wrikt, Ernst Mali, and Saul Kripke, the logical structure of a deontic judgment is formalized as $O(A \rightarrow B)$ or $A \rightarrow O(B)$. Here, A is a descriptive statement describing the situation in which the subject acts, B is a proscriptive statement describing an action that the subject can perform, \rightarrow there is a sign of material implication, O is a symbol of the deontic operator (prohibited, allowed, prescribed). This is not entirely accurate, because the deontic operator does not act on the statements of a description or a prescription, but on their connection. Additionally, the duality of modal and polysemous logic, or the distinction between utterance and judgment, can clarify the structure of a deontic utterance. The phrase "Hush, Tanya, don't cry, the ball won't drown in the river" is correct and complete, and therefore a statement. But this statement is neither true nor false. Its meaning belongs to the deontic modality (forbidden, permitted, prescribed, or indifferent), in this case "forbidden": $rm(A,B)=O$. Here rm is a double predicate of a modal utterance, in which, however, not terms, but statements are substituted, and of two special classes (descriptions and prescriptions). The deontic statement contains the deontic operator explicitly: "Tanya is forbidden to cry because the ball will not sink": $A(\rightarrow O)V$. Modality in it is not a meaning, but a connective, and the judgment itself takes only the usual logical meanings of "true" or "false." The additional addition of a subject to the structure of deontic statements is logically unnecessary. A technological recipe includes a goal, means, and a stratagem of activity. If we formalize the structure of a prescription statement (A is the goal, B is the means, C is the stratagem), then even the arrow of the conditional connection should be reversed: $A \leftarrow (B \rightarrow O) C$. The goal here is not the consequence, the goal in prescription knowledge is the justification. All three components of prescription knowledge (purpose, means, stratagem) are knowledge, descriptions, and "ordinary" statements. The rationality of a recipe is decomposed into its effectiveness and risk; however, this is no longer the subject of logical, but of practical, economic and legal research.

Авторы сборника

Закария. студент (Пакистан) Ижевского государственного медицинского университета (Zakaria. Student of medicine (MD) Izhevsk state medical university UdmurtRepublic Russia). В соавторстве с Яхья, научный руководитель С.П.Печерских

Маквана Вайбхавкумар Нарендрабхай. студент (Индия) Ижевского государственного медицинского университета (Vaibhavkumar Makwana, student of medicine (MD) Izhevsk state medical university UdmurtRepublic Russia). В соавторстве с Шукла Хетви Мунджалбхай, научный руководитель С.П.Печерских

Оропай Аркадий Федорович Канд. филос. наук, доцент, пенсионер, e-mail:avolerz@mail.ru (Oropay Arkadiy Fedorovich, PhD in Philosophy, Associate Prof., Pensioner)

Печерских Николай Александрович, Д.филос.наук, доцент по кафедре «Экономической теории», профессор Ижевского юридического института (филиала) ВГУЮ (РПА) Минюста России, e-mail: petcher@list.ru (Pecherskikh Nikolai Alexandrovich, D.philos.sci., docent of «Department of Economic Theory», Professor at Izhevsk Law Institute (branch) The All-Russian State University of Justice (RPA of the Ministry of Justice of Russia))

Платонова Светлана Ипатовна, Д. филос. наук, доцент, профессор кафедры социально-гуманитарных дисциплин Удмуртского государственного аграрного университета, e-mail: platon-s@bk.ru (Platonova Svetlana Ipatovna. D.Phil.Sc., Associate Professor, Professor of the Department of Social and Humanitarian disciplines of the Udmurt State Agricultural University)

Шукла Хетви Мунджалбхай. студентка (Индия) Ижевского государственного медицинского университета (Hetvi Shukla, student of medicine (MD) Izhevsk state medical university UdmurtRepublic Russia) Маквана Вайбхавкумар Нарендрабхай, научный руководитель С.П.Печерских

Яхья. студент (Пакистан) Ижевского государственного медицинского университета (Yahya, Student of medicine (MD) Izhevsk state medical university UdmurtRepublic Russia). В соавторстве с Закария, научный руководитель С.П.Печерских

Научное издание

Коэволюция : Ежегодник – 2025

Редактор-издатель Н.А.Печерских (ИП)

Сайт-издательство научных материалов «Коэволюция»

Для научных работников, специалистов и студентов (16+)

Редакционная подготовка и издание Н.А.Печерских

Подписано в печать 23.02.2026

Формат 21Х30. Авт.л.15,35

