

## Научные приоритеты в здравоохранении



*Согласно докладу ВОЗ World Health Statistics 2026, глобальный прогресс в области здоровья замедлился почти по всем ключевым направлениям. Для исследователей и разработчиков этот отчет ценен тем, что очерчивает конкретные зоны научного поиска: совершенствование методов оценки, развитие цифровых систем регистрации, анализ долгосрочных последствий пандемии и поиск новых моделей организации здравоохранения.*

За последние десятилетия глобальные показатели здоровья демонстрировали устойчивое улучшение: снижались материнская и детская смертность, сокращалась заболеваемость рядом инфекционных заболеваний. Однако новый доклад Всемирной организации здравоохранения World Health Statistics 2026 свидетельствует о том, что эта инерционная траектория достигла своих пределов: большинство ключевых индикаторов продолжают улучшаться, но темпы изменений уже недостаточны для достижения целей в области устойчивого развития к 2030 году.

С одной стороны, за последние десятилетия человечество добилось заметных успехов в борьбе

с инфекционными заболеваниями. С 2010 по 2024 год число новых случаев ВИЧ-инфекции в мире уменьшилось на 40%, а заболеваемость туберкулезом снизилась на 12% с 2015 года. Число людей, нуждающихся в мерах по борьбе с пренебрегаемыми тропическими болезнями, сократилось на 36% по сравнению с 2010 годом, несмотря на рост населения планеты более чем на миллиард человек. Это результат настойчивой работы программ профилактики, лечения и массового лечения в уязвимых сообществах.

Но одновременно глобальная заболеваемость малярией за тот же период выросла на 8,5%, и ни один регион, кроме европейского, не движется к целевому 90-процентному снижению к 2030 году. Новые случаи вирусных гепатитов В и С сокращаются, но слишком медленно для целей ликвидации: к 2024 году у детей до пяти лет поверхностный антиген вируса гепатита В отмечался у 0,6% при целевом значении 0,1% к 2030-му. Африканский регион несет основную нагрузку по ряду инфекций, но при этом демонстрирует и наиболее быстрый спад заболеваемости ВИЧ и туберкулезом, что заставляет по-новому взглянуть на эффективность инвестиций в здравоохранение в странах с ограниченными ресурсами.

Следующий слой доклада — факторы риска и повседневная среда, в которой живут люди. Здесь успехи уже не выглядят однозначными. Распространенность задержки роста у детей до пяти лет в мире снизилась с 26,4% до 23,2% между 2012 и 2024 годами, а число таких детей уменьшилось до примерно 150 миллионов. Это серьезный сдвиг, но его явно недостаточно, чтобы выполнить цель по сокращению числа детей с задержкой роста на 40% к 2030 году. Истощение в той же возрастной группе чуть снизилось, тогда как доля детей с избыточной массой тела немного выросла; при нынешних темпах мир не успеет выйти на порог менее 5% как по истощению, так и по избытку массы тела.

Анемия у женщин репродуктивного возраста показывает еще более неблагоприятную динамику. За период с 2012 по 2023 год ее распространенность выросла с 27,6% до 30,7%, а число женщин с анемией — с 506 до 605 миллионов. Это напрямую противоречит цели сократить анемию у женщин наполовину к 2030 году и подчеркивает влияние бедности, неравного доступа к питанию и медицинской помощи, а также нагрузку гендерного неравенства на здоровье.

При этом меняется поведение людей. Распространенность употребления табака среди людей старше 15 лет снизилась с 26,2% до 19,5% в 2010–2024 годах и, по оценкам, достигнет около 19,2% в 2025 году, что соответствует 27-процентному снижению при целевом уровне 30%. Потребление алкоголя на душу населения также уменьшилось: с 5,6 до 4,9 литра чистого алкоголя в год в период с 2010 по 2024 годы, почти вплотную к плану сокращения на 20% к 2030-му. Но на уровне регионов картина неоднородна: Европейский регион, куда входит Россия, по-прежнему занимает первое место по потреблению алкоголя на человека и демонстрирует более медленное снижение табакокурения среди женщин, чем большинство других регионов.

На фоне этих долгосрочных кривых пандемия COVID-19 стала настоящим разломом. По оценкам ВОЗ, с 2020 по 2023 год в мире произошло 22,1 миллиона избыточных смертей, связанных с пандемией, примерно втрое больше официально зарегистрированных 7 миллионов смертей от коронавирусной инфекции. Пик пришелся на 2021 год, когда было зафиксировано

около 10,4 миллиона избыточных смертей; к 2023-му этот показатель снизился до 3,3 миллиона, но последствия этого всплеска смертности остаются видимыми и сейчас.

Пандемия не только увеличила число умерших, но и почти свела на нет десятилетие роста ожидаемой продолжительности жизни. С 2000 по 2019 год ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность здоровой жизни устойчиво росли, однако новая коронавирусная инфекция перечеркнула большую часть этого прогресса. К 2023 году у женщин продолжительность жизни в среднем вернулась к допандемическим значениям, но в целом показатели жизни и здоровой жизни остаются немного ниже уровня 2019 года, а восстановление идет крайне неравномерно по регионам и социальным группам. Особенно уязвимыми оказались мужчины и люди старших возрастов: в 2021 году стандартизованные показатели избыточной смертности у мужчин были примерно на 50% выше, чем у женщин, а у людей старше 85 лет — в десять раз выше, чем у более молодых взрослых.

Даже эти крупные цифры требуют осторожного прочтения, потому что далеко не все смерти фиксируются. ВОЗ отмечает, что многие страны, особенно с низким и средним уровнем дохода, не имеют полных и оперативных данных о смертях и их причинах. Из примерно 61 миллиона смертей, произошедших в мире в 2023 году, только 21 миллион был официально зарегистрирован с указанием причины смерти, а всего 12 миллионов случаев имели содержательное кодирование по Международной классификации болезней. Иначе говоря, значительная часть глобальной картины смертности достраивается с помощью моделей, экстраполяций и косвенных оценок.

Здесь в центр внимания выходят системы регистрации актов гражданского состояния и причин смерти. По оценке ВОЗ, лишь около трети государств-членов обеспечивают устойчивое представление качественных данных по смертности, еще примерно 13% имеют средний уровень качества, тогда как более половины стран дают низкое качество или не сообщают такие данные вовсе. При этом именно в регионах с высоким уровнем смертности эти системы чаще всего развиты хуже всего, что парадоксальным образом лишает исследователей информации именно там, где она нужна для управленческих решений.

Ответ ВОЗ на этот вызов — переход к одиннадцатому пересмотру Международной классификации болезней как к гибкому цифровому инструменту, который можно встроить в электронные системы регистрации и медицинские информационные комплексы. В ряде стран — от Бутана до Чили, Демократической Республики Конго, Казахстана и Малайзии — переход к МКБ-11 уже сопровождается внедрением электронных свидетельств о смерти, автоматизированным кодированием и средствами контроля качества данных. Для исследователей это означает более сопоставимые и детализированные массивы смертности, а для органов управления — более точную опору для планирования.

Если повернуть оптику к целям устойчивого развития, картина становится еще более плотной. ВОЗ анализирует 52 показателя, связанных со здоровьем, более половины из них имеют количественные целевые значения, и ни один из этих показателей не идет по траектории, гарантирующей достижение цели на глобальном уровне к 2030 году. Большинство индикаторов «движутся в нужную сторону», но слишком медленно, а по части показатели, например, анемия у женщин, избыточная масса тела у детей, смертность от основных

неинфекционных заболеваний, фактически наблюдается застой. Индекс охвата населения медицинской помощью вырос с 68 до 71 пункта в 2015–2023 годах, причем темп улучшения оказался примерно втрое ниже, чем в период 2000–2015 годов. Около четверти населения Земли по-прежнему сталкиваются с серьезными трудностями из-за расходов на лечение, а 1,6 миллиарда человек живут в нищете.

На этом фоне доклад ВОЗ приобретает особую ценность для научного сообщества. Можно выделить несколько ключевых направлений исследований и разработок, которые он обозначает.

Во-первых, методология оценки. Прогнозы ожидаемой продолжительности жизни, агрегированные показатели по целям устойчивого развития строятся на сложных статистических моделях, которые учитывают пробелы в данных, задержки регистрации, различия между источниками и неопределенность. Для исследователей открывается большой фронт работы: проверка устойчивости моделей, сопоставление с национальными регистрами, разработка новых подходов к учету неполных данных и оценке влияния методологического выбора на выводы. Это поле как для теоретиков статистики и демографии, так и для практиков, работающих с конкретными массивами регистров и обследований.

Во-вторых, доклад четко обозначает запрос на аналитические исследования причин замедления прогресса. Почти по всем крупным направлениям темпы улучшения снизились по сравнению с началом века. Научному сообществу предлагается понять, какие сочетания политики в области питания, профилактики, организации первичной помощи, финансирования и социальной поддержки дают наибольший эффект, и почему многие уже известные решения перестали приносить прежнюю отдачу. Это направление лежит на стыке эпидемиологии, экономики здравоохранения, политических наук и социологии.

В-третьих, отдельный пласт задач связан с системами регистрации смертности и переходом к МКБ-11. ВОЗ предлагает целый набор цифровых инструментов, от электронных свидетельств о смерти до алгоритмов автоматического выбора основной причины смерти и пакетов проверки качества данных. Для научно-исследовательских и опытно-конструкторских коллективов это означает спрос на разработку, адаптацию и оценку таких решений в национальных условиях: интеграция с существующими медицинскими информационными системами, интерфейсы для врачей и работников ЗАГС, обучение, оценка влияния на полноту и качество данных. Здесь требуются усилия специалистов по информатике, программированию, организации здравоохранения и статистике.

В-четвертых, доклад задает повестку исследований долгосрочных последствий пандемии COVID-19. Избыточная смертность, «уплощение» ожидаемой продолжительности жизни, возможный сдвиг в структуре причин смерти, отложенные эффекты снижения доступности плановой помощи и диагностики — линии исследований на годы вперед. Здесь нужны когортные и регистровые исследования, анализ влияния пандемии на психическое здоровье, поведение, экономическую активность и социальное неравенство.

Наконец, важен вопрос устойчивости и суверенитета данных. Сокращение международного финансирования здравоохранения и статистики, перенастройка донорских приоритетов и зависимость многих стран от внешних обследований означают, что без собственных

устойчивых систем регистрации и анализа государствам будет все труднее ориентироваться в реальной ситуации. Для академической среды это прямой стимул создавать национальные и региональные центры компетенций по анализу данных о здоровье, развивать открытые, но защищенные источники данных для исследований, участвовать в разработке стандартов обмена информацией и этических рамок ее использования.

Для России и других стран Европейского региона ВОЗ этот доклад — не только отражение «средней температуры по больнице», но и приглашение включиться в формирование новых подходов. Страна уже обладает высоким кадровым и инфраструктурным потенциалом, но сталкивается с теми же вызовами: старение населения, рост неинфекционных заболеваний, последствия пандемии, нагрузка на системы финансирования. От того, удастся ли научному сообществу вместе с практиками и управленцами превратить этот потенциал в новые модели профилактики, организации помощи, регистрации и анализа данных, зависит, останутся ли цели устойчивого развития абстрактными формулировками или превратятся в действительно достижимые ориентиры.

**Материал World Health Statistics 2026**