

DOI: 10.31696/2618-7302-2025-3-061-072

ОБЗОР СИСТЕМ ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ — КОМПОНЕНТОВ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА В БУТАНЕ

© 2025

Я. А. Рязанов¹

В статье рассматривается развитие систем образования и здравоохранения Бутана как ключевых компонентов человеческого капитала и выявляется парадокс их быстрого количественного роста при сохраняющемся качественном разрыве. Автор показывает, что Бутан смог добиться более широкого охвата населения образовательными и медицинскими услугами. Однако нехватка квалифицированных учителей и медицинских работников, эмиграция кадров и удаленность горных дзонгхагов ограничивают повышение качества услуг. На рынке труда накоплен структурный дисбаланс: молодые люди с университетскими дипломами сталкиваются с безработицей в 21 раз чаще, чем их сверстники, идущие в частный сектор. Одновременно урбанизация и изменение образа жизни приводят к тому, что растет количество случаев неинфекционных и психических заболеваний. Другими словами, Бутан смог провести экстенсивное развитие в образовании и здравоохранении, но сейчас сталкивается с отсутствием базы для интенсификации развития.

Кроме того, не стоит забывать, что главная политика в Бутане — валовое национальное счастье. Согласно его принципам правительство Бутана стремится обеспечить именно духовное развитие для своего населения. Индекс ВНС состоит из 33 компонентов, которые включают в себя не только объективные показатели разных сфер жизни, но и, например, субъективное физическое и психическое самочувствие, а также вводит культурные критерии (например, участие в культурных мероприятиях), т.е. в отличие от человеческого капитала политика ВНС расширяет понятие человеческого капитала и рассматривает человека шире, чем субъекта, полезного для экономики.

Ключевые слова: Бутан, человеческий капитал, образование, здравоохранение, устойчивое развитие

Для цитирования: Рязанов Я. А. Обзор систем образования и здравоохранения — компонентов человеческого капитала в Бутане. *Вестник Института востоковедения РАН*. 2025. № 3. С. 61–72. DOI: 10.31696/2618-7302-2025-3-061-072

OVERVIEW OF EDUCATION AND HEALTH SYSTEMS — COMPONENTS OF HUMAN CAPITAL IN BHUTAN

Yan A. Ryazanov

The article examines the development of Bhutan's education and healthcare systems as key components of human capital and identifies the paradox of their rapid quantitative growth despite a persistent qualitative gap. The author shows that Bhutan has managed to achieve wider coverage of the population with educational and

¹ Рязанов Ян Андреевич, лаборант-исследователь Института востоковедения РАН, Москва, Россия; y.ryazanov@ivran.ru
Yan A. Ryazanov, Laboratory research assistant, Institute of Oriental Studies of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia; y.ryazanov@ivran.ru
ORCID: 0009-0002-0801-870X

medical services. However, the shortage of qualified teachers and medical workers, emigration of personnel, and the remoteness of mountain dzongkhags limit improvements in service quality. There is a structural imbalance in the labour market: young people with university degrees are 21 times more likely to be unemployed than their peers who enter the private sector. At the same time, urbanisation and lifestyle changes are leading to an increase in the number of cases of non-communicable and mental illnesses. In other words, Bhutan has been able to achieve extensive development in education and healthcare, but now faces a lack of a foundation for intensifying development.

Furthermore, it should not be forgotten that Bhutan's main policy is gross national happiness. According to its principles, the Bhutanese government strives to ensure the spiritual development of its population. The GNH index consists of 33 components, which include not only objective indicators of various spheres of life, but also, for example, subjective physical and mental well-being, as well as introducing cultural criteria (e.g., participation in cultural events), i.e., unlike human capital, GNH policy broadens the concept of human capital and views the individual more broadly than as a subject useful to the economy.

Keywords: Bhutan, human capital, education, healthcare, sustainable development

For citation: Ryazanov Y. A. Overview of Education and Health Systems — Components of Human Capital in Bhutan. *Vestnik Instituta vostokovedeniya RAN*. 2025. No. 3. Pp. 61–72. DOI: 10.31696/2618-7302-2025-3-061-072

Система образования в Бутане и основные особенности отдельных ее подразделений

Согласно нынешней политике, образование преследует две основные цели: распространение принципов ВНС и культурного и духовного наследия и формирование компетентных, умелых, творческих и предприимчивых людей. Так, образовательные учреждения должны как обеспечивать обратную связь для отслеживания качества образования, совместно использовать онлайн-ресурсы и спортивные сооружения, стремиться к цифровизации образования в преподавании и администрировании, поощрять чтение для личностного роста и способствовать участию людей в жизни общества с применением критического мышления, так и продвигать ценности национальной идентичности и патриотизма, популяризировать защиту окружающей среды и дзонг-кэ (официального языка Бутана), поднимать флаг Бутана, а обучающиеся должны носить национальную одежду во время занятий, петь гимн и желательно регулярно молиться. Школы должны быть экологичными и построенными в бутанском архитектурном стиле, при этом в них активно внедряется предмет ИКТ.

Основной предмет в образовательной программе — дзонг-кэ (национальный язык Бутана), при этом английский должен быть средством обучения, а бутанский язык жестов — распространяться, чтобы обеспечить доступность образования для глухих и слабослышащих. Есть цели укрепления технологии, математики и ИКТ в образовательной программе для соответствия запросам индустриального и постиндустриального общества. Но учебная программа должна учитывать многие факторы, включая пол, социально-экономическое и географическое положение [National Education Policy (Draft), 2022, p. 2–3, 6, 8–9, 11–12].

Начальное образование. В сфере начального образования, как и в здравоохранении, существует проблема нехватки специалистов. Более того, многие из них не квалифицированы. Из-за этого в школах введена многоуровневая система, в соответствии с которой учитель преподаёт предмет сразу нескольким группам разных возрастных категорий [Kivunja, Kuyini, 2015, p. 116, 118]. Кроме того, изначально отсутствовали учебники, из-за чего преподавали по индийским. Однако они во многом не соответствовали политике Бутана, поэтому скоро были заменены на отечественные, качество которых, впрочем, было низким. Сами школы зачастую построены плохо и находятся

далеко от многих учеников, при этом на их ремонт и строительство выделяется не так много средств (в 2020 г. 86,7% расходов на обучение шли на зарплату учителям, причем в предыдущие годы эта доля росла [Choden, 2022, p. 5]). Наконец, существует противоречие между обучением более полезным и прикладным навыкам и большим акцентом на культурной составляющей, которую довольно сложно внедрить на этом уровне развития системы образования [Mancall, 2017, p. 123–125].

По статистике 2019 г. 79,9% детей заканчивают 10 классов (86,8% девочек и 73,3% мальчиков), что примерно соответствует среднему показателю по миру (в 2011–2016 гг. — 76% мальчиков и 77% девочек [The State of the World's Children 2017, Children in a Digital World, 2018, p. 173]), хотя и выявляет гендерное неравенство. С 2012 г. число учащихся женского пола превышает число учащихся мужского пола благодаря повышению осведомленности о важности женского образования и введению многостороннего образования (проведение одних занятий для учеников разного возраста и с разными способностями [Christopher, Christopher, 1992, p. 2]).

В 2019 г. в Бутане уже работало 38 частных образовательных учреждений и 491 государственное. Они разделяются на несколько видов для увеличения охвата. Например, существуют программы ухода за детьми в раннем возрасте и их развития (обучение детей 3–5 лет в специальных центрах), расширенные классы (обучение в удаленной от школы местности, класс с преподавателем располагается в храмах, больницах или обычных домах).

Обязанности по предоставлению услуг лежат на дзонгхагах, однако отчасти они покрываются внешней помощью (основные помощники — Индия, Япония и ЕС), причем не только финансовой: поставляются питание, канцелярия и учебные материалы. При этом существует и практика самостоятельной закупки обучающимися всего необходимого [Gyeltshen, Zangmo, 2021, p. 484–494].

Высшее образование. В Бутане три вида высших образовательных учреждений: университеты, колледжи и специализированные институты. Стоит заметить, что в отличие от школ женщин в вузах меньше, но разница невелика — 48,5% (6156) женщин и 51,5% (6533) мужчин. В целом в 2019 г. доля охвата высшим образованием людей возраста 19–21 года составила 27,5%. Это значительный прогресс по сравнению с 2009 г., когда в вузах обучался 5051 студент, причем гендерный разрыв был сильнее — 1775 женщин к 3926 мужчинам [Gyeltshen, Dorji, 2020, p. 806–815]. Есть проблемы с осуществлением исследований: у преподавателей слишком большая педагогическая нагрузка, многие из них не обладают необходимой подготовкой и научной степенью для проведения исследований, а сами исследования зачастую не подкрепляются административной поддержкой [Schofield, 2016, p. 12].

В 2022 г. примерно четверть бутанских студентов (4399) обучалась за рубежом, в основном в Индии и Австралии [Annual Education Statistics, 2022, p. 30–31]. Это во многом связано с недостаточным качеством отечественного высшего образования. Например, большинство преподавателей просто пересказывают учебники, акцентируя внимание на необходимости запомнить информацию, а не понять ее. Кроме того, несмотря на сложности с трудоустройством, правительство стремится увеличить количество людей с высшим образованием, однако из-за неспособности студентов оплачивать образование (в Бутане лишь 13,5% студентов оплачивают свое обучение сами, притом что за рубежом для них этот же показатель составляет 60,5% [State of Tertiary Education of Bhutan, 2021, p. 9]) это лишь увеличивает и без того большие расходы правительства в данной сфере. Также система высшего образования страдает от бюрократии, вузам требуется доказывать эффективность своих образовательных программ, что зачастую, напротив, снижает мотивацию преподавателей и саму эффективность из-за чрезмерной скорости изменений. Наконец, полученные в вузах знания часто не соответствуют тем практическим умениям, которые требуют работодатели [Schofield, 2016, p. 10–11, 13–15].

Пандемия коронавируса как раз продемонстрировала нехватку навыков у бутанцев. После ограничения на въезд иностранцев в строительном секторе появился дефицит рабочей силы из-за недостатка обученных бутанских рабочих и нежелания молодежи работать в этом секторе. 40% работодателей заявили, что бутанцы не способны заменить квалифицированных зарубежных рабочих [Choden et al., 2022, p. 12–13].

Отдельного внимания заслуживает и безработица среди молодежи. Отчасти проблема берет свое начало еще в 1991 г., когда была принята политика сокращения штатов гражданской службы, что сократило и пайм выпускников вузов. Так, у молодых людей, которые хотят устроиться на гражданскую службу, риск оказаться безработным в 21 раз выше, чем у тех, кто готов пойти в частный сектор [Determinants of Youth Unemployment in Bhutan, 2020, p. 18]. А цель достижения 100%-го уровня грамотности хотя и действительно увеличивает уровень образованности, одновременно с этим иногда делает образование менее качественным и менее подверженным дальнейшим изменениям, а преподаваемые знания — все менее соответствующими потребностям рынка труда [Singye, 2021, p. 1–2]. Если в сельской местности этот показатель не превышает 10% (обычно 4–5%), то в городах — около 25%. Также в 2017 г. 48,6% занятых не имели образования [Labour Force Survey Report, 2010, p. 3, 16; Labour Force Survey Report, 2017, p. 10, 23, 26]. После получения высшего образования еще меньшая часть молодого населения находит работу [Yangchen, 2017, p. 21], так как их образование оказывается невостребованным в государственном секторе, занятом более опытными работниками [Raptan, 2014, p. 22].

Неформальное образование. Также в Бутане существует неформальное образование. Оно лежит вне системы образования и направлено в основном на получение практических навыков. По состоянию на 2016 год оно было разделено на базовый курс обучения грамоте (1–1,5 года, 2–3 часа в день, 5 дней в неделю) и курс повышения квалификации (1 год, 2–3 часа в день, 5 дней в неделю). Первый обучает дзонг-кэ и счету, постепенно переходя к более общим вещам, например, гигиена, планирование семьи, профилактика ЗППП, демократия и т. д., по окончании курса обучающиеся соответствуют выпускникам четвертого класса. Второй курс углубляет знания о здравоохранении, детях, окружающей среде и социально-культурных вопросах, его окончание эквивалентно выпуску из шестого класса. Также люди получают там практические умения, которые могут приносить доход, — огородничество, пошив одежды, столярное дело и т. д. Эти курсы посещают люди разных возрастов, которые не получили образования по тем или иным причинам [Powdyel, 2016, p. 172–174].

Монастырское образование. Есть и традиционное монастырское образование, которое с момента введения светского образования часто ему противопоставлялось, хотя благодаря такой конкуренции монастырское образование перестает быть излишне консервативным и меняется. Основой обучения во многом остаются ритуалы, но эти знания теперь подкрепляются интеллектуальной и академической подготовкой.

В курсах теперь присутствуют английский язык и навыки работы с компьютером, однако, в отличие от индийского монастырского обучения, нет математики и естественных наук, т. е. происходящие изменения все же крайне ограничены. Однако прогресс есть — обучение теперь направлено не только на запоминание, но и на способность к критическому и оригинальному анализу [Gyeltshen, Lopez, 2021, p. 4, 19–20, 25–27].

Хотя такое развитие заметно не везде. Так, монахини получают не самое качественное образование, часто до сих пор заучивая ритуалы, при этом не зная основных принципов буддизма или не умея их интерпретировать. Это связано с довольно продолжительной дискриминацией. Хорошее монашеское обучение женщины могли получить только в Непале и Индии. В Бутане же одна

из основных проблем — низкий престиж, преподаватели предпочитают обучать в мужских монастырях, а не в женских. Также у них нет определенной учебной программы. Наконец, женские монастыри с трудом вписываются в существующую систему монашеского образования, что тоже препятствует развитию [Sonam, Juli, 2016, p. 35–37].

Техническое образование и подготовка (technical and vocational education and training — TVET). Как уже упоминалось, в Бутане существует разрыв между навыками, получаемыми в учебных заведениях, и навыками, запрашиваемыми на рынке труда. Существуют программы технического образования и подготовки, чтобы этот разрыв устранить. Для этого введены национальные стандарты компетентности, которые связаны с работодателями, системой квалификаций Бутана и с разработчиками учебных программ, однако существует еще относительно мало исследований в области повышения квалификации, а перечисленные в национальных стандартах компетентности еще недостаточно конкретизированы [Khandu, 2014, p. 3]. Связь с запрашиваемыми на рынке труда навыками слаба, существует нехватка инструкторов и оценщиков, хотя в 2020 г. в Бутане было более 115 учреждений технического образования и подготовки. Кроме того, преподаватели и студенты жалуются на неэффективные производственные стажировки, поскольку начальство часто не уделяет им достаточного внимания, так что они не получают полезных навыков, а сама стажировка длится слишком недолго [Tshewang, 2021, p. 113–114, 123]. К тому же такие программы считаются второсортными и рассматриваются в основном как запасной вариант на случай поступления в вуз, поскольку техническое обучение ассоциируется с тяжелым физическим трудом и низкими зарплатами. Однако во время пандемии коронавируса техническое образование показало себя с лучшей стороны — многие выпускники удержались на рабочих местах благодаря приобретенным навыкам [Dahal, 2022, p. 269–274].

Таким образом, хотя бутанское правительство во многом смогло решить проблему недостаточного охвата образованием путем введения особых программ и схем, теперь появляется необходимость повысить качество образования и соотнести получаемые навыки с рынком труда. Так, из-за высокой рассредоточенности населения многие обучающиеся все еще находятся далеко от образовательных учреждений, что повышает издержки на их обучение, дефицит преподавателей снижает качество обучения, а бюрократические системы не обеспечивают должной связи с рынком труда. Если реформы и проводятся, то зачастую достаточно ограниченные, а также не всегда эффективные, кроме того, для решения некоторых проблем необходимы изменения в общественном восприятии некоторых сфер образования. Но в любом случае охват образованием населения сильно увеличился, поэтому Бутану остается ждать эффекта от инвестиций в эту сферу. Правда, учитывая структуру экономики страны в целом и структуру занятости в частности, последствия могут быть и негативными и вызвать еще большую безработицу среди молодежи при дефиците рабочей силы в некоторых секторах [Рязанов, 2022, с. 124].

Особенности бутанской системы здравоохранения

Сектор здравоохранения финансируется из нескольких источников: правительство, внешняя помощь, домохозяйства, целевой фонд здравоохранения Бутана и частное страхование. Если в 1990-х годах доля частного финансирования составляла 33%, то в 2000-х она снизилась, хотя позже снова начала наблюдаться тенденция к повышению: в 2014 г. 27% финансировалось частным сектором (в том числе 12% — из собственного кармана, т. е. единовременной прямой денежной выплатой). Идут дискуссии о необходимости увеличения доли частного сектора в здравоохранении для повышения его конкурентоспособности, поскольку в 2014 г. 5,35% расходов было направлено на лечение

людей за границей, так как лечение в Бутане было недоступно (лечение за рубежом также оплачивает государство, хотя оно может отдавать приоритет тем или иным пациентам). Кроме того, необходима более точная категоризация услуг для более точного субсидирования важных сфер. При этом финансирование из внешних источников сокращается, поскольку для международных организаций Бутан становится страной со средним уровнем дохода [Thinley, Sharma, Wangmo, 2017, p. 104–107]. Наконец, все сильнее распространяются неинфекционные заболевания, лечение которых также увеличивает расходы. Из-за изменения образа жизни и питания, курения и употребления алкоголя растет заболеваемость раком, диабетом, гипертонией. В 2014 г. 33% населения имели лишний вес, 42,4% употребляли алкоголь и только 11,7% детей имели доступ к минимально приемлемому рациону. Кроме заболеваний, растет и количество ДТП из-за употребления алкоголя [Yangchen, Tobgay, Melgaard, 2016, p. 82].

Неравенство в предоставлении услуг здравоохранения сохраняется — это видно на примере детской смертности в зависимости от уровня благосостояния. На это есть несколько причин. В целом медицинские услуги доступны по всей стране, но удаленность больниц и цены на медикаменты увеличивают их стоимость, тем самым сокращая использование среди бедного населения; некоторые предпочитают традиционную медицину; недостаточная осведомленность также негативно влияет на спрос. Кроме того, у бедных людей здоровье хуже из-за более низких доходов, опасных условий труда и нездорового поведения [Yangchen, 2017, p. 81–84]. Так, женщины часто откладывают свой первый визит к доктору после зачатия ребенка, чтобы сократить общее количество дорогостоящих поездок к врачу. Наконец, неравенство в региональном контексте влияет и на миграцию, в развитых районах и городах все больше молодежи, а в сельских округах менее богатой восточной части страны остается много пожилых людей. Это привело к тому, что в 2020–2021 гг. городские больницы были переполнены, а сельские — наоборот, недостаточно загружены [Tenzin et al, 2022, p. 2–3].

Современная медицина сочетается с традиционной, которая называется сова ригпа. Она состоит из официальной и неофициальной. Официальная разделяется на три подразделения: национальная больница традиционной медицины (развитие и предоставление услуг); национальный институт традиционной медицины (обучение персонала для предоставления услуг); фармацевтическое исследовательское подразделение (производство традиционных лекарственных средств). Отделения традиционной медицины прикреплены к районным больницам, в них работают минимум один друкгто (традиционный врач) и один менпа (ассистент). 20–30% амбулаторных больных ежедневно лечатся традиционными препаратами, а ежегодно 30 000 пациентов используют услуги традиционной медицины. Согласно исследованию, наибольшая доля именно необразованных людей (83%) использовала услуги традиционной медицины, но и среди людей с высшим образованием она составила 40% [Lhamo, Nebel, 2011, p. 3–7].

Стоит упомянуть и психическое здоровье. Его охрана интегрирована в общую систему, более того, политика ВНС тщательно рассматривает psychological wellbeing как один из важнейших компонентов индекса [Бочковская, 2021, с. 441–457]. При этом специализированное психиатрическое отделение в стране только одно — в Национальном госпитале, в остальных регионах обычные врачи проходят подготовку по консультациям, лечению и выписке препаратов. Центров по лечению и реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, также мало. Еще одной проблемой является недостаточная осведомленность — концепция психического здоровья относительно новая для Бутана. Стоит отметить, что продвижение религиозных ценностей может способствовать укреплению психического здоровья, поскольку религиозные люди лучше справляются со стрессом, тревогой, депрессией и зависимостями [Tsheten et al, 2023, p. 7]. Стоит учитывать,

что причиной проблем с психическим здоровьем можно назвать переход от традиционного общества в сторону более современного.

Ярким примером проблем с психическим здоровьем является растущее количество случаев самоубийств, особенно в последнее десятилетие: как видно на рисунке 1, смертность от самоубийств превысила смертность от туберкулеза, ВИЧ, малярии и ДТП. Большая часть самоубийств наблюдается в сельских районах (88%) и среди молодежи 15–40 лет (66%). В середине прошлого десятилетия правительство начало применять политику, направленную на предотвращение самоубийств, она включила в себя создание телефонов доверия, внедрение специальных школьных программ и общественных кампаний, пропаганду в социальных сетях, ужесточение регулирования распространения алкоголя и наркотиков и повышение осведомленности у полиции и врачей традиционной медицины [Dorji et al., 2017, p. 39–41]. Многое действительно было внедрено, с 2018 г. количество самоубийств и попыток самоубийств снизилось (кроме 2020 г.).

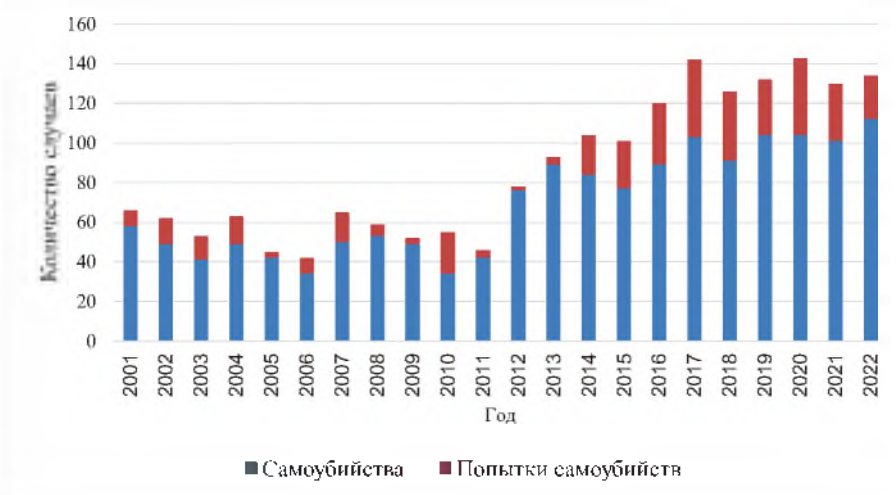


Рис. 1. Количество самоубийств и попыток самоубийств в Бутане.
Составлено автором на основе [Statistical Yearbooks]

В 2022 г. в Бутане было 4,6 доктора на 10000 человек [Annual Health Bulletin, 2023, p. 14]. Это почти в 10 раз меньше регионального порога ВОЗ для Юго-Восточной Азии (44,5) [South-East Asia Regional Strategy for Primary Health Care: 2022–2030, p. 6]. Кроме того, их распределение слишком универсальное и не учитывает реального спроса на местах, что приводит к чрезмерно высокой или низкой нагрузке в разных регионах. Многие врачи и медсестры также не хотят работать в отдаленных районах из-за нескольких факторов: индивидуальные (наличие лучших возможностей для трудоустройства и нехватка свободного времени), семейные (большая необходимость выполнять домашние обязанности в сельской местности и отсутствие поддержки со стороны семьи), социальные (неуважение со стороны местного населения, обвиняющего врачей в пренебрежении к своей семье) и организационные (маленькая зарплата, отсутствие компенсации за издержки, плохое обеспечение) [Tshering et al., 2018, p. 1190–1191].

Региональное распределение медицинской инфраструктуры в целом соотносится с долей населения в дзонгхагах, количество медицинского оборудования и коек на 1000 человек находится в пределах 0,65 и 3,61, за исключением столицы, Тхимпху (0,32 единицы медицинского оборудования и 3,62 койки на 100 человек) — это видно на рисунке 2 [Dzonghags at a Glance, 2016, p. 2]. В среднем по стране (1,8) коек на 1000 человек больше, чем в Бангладеш (0,6) и Индии (0,7),

но меньше, чем в Шри-Ланке (3,6), Мальдивах (4,3) и Непале (5) [The Kingdom of Bhutan Health System Review, 2017, p. 83].

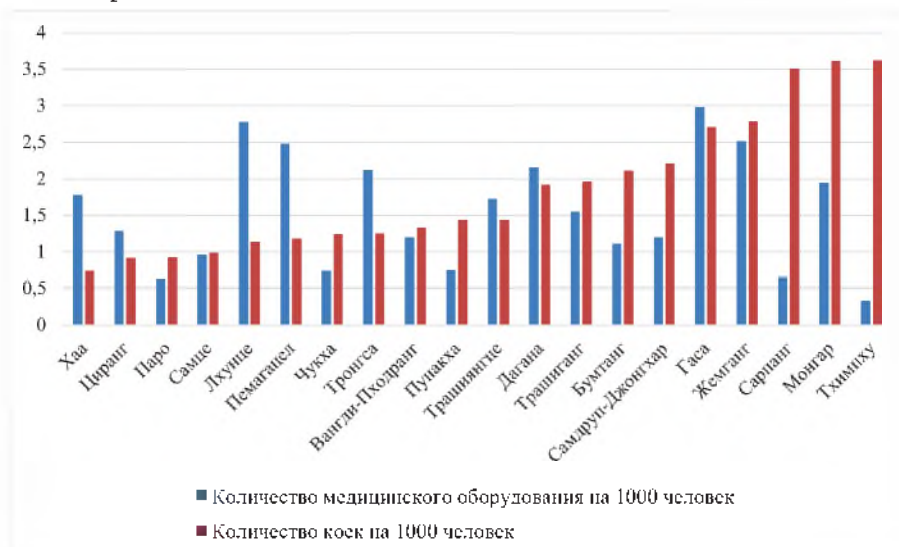


Рис. 2. Количество медицинского оборудования и коек на 1000 человек, шт.
Составлено автором на основе [The Kingdom of Bhutan Health System Review, 2017, p. 78]

Еще одна проблема — нехватка медицинских колледжей в стране, т. е. в сфере здравоохранения Бутан во многом зависит от иностранного образования. Вместе с тем медицина — относительно узкоспециализированная профессия, обучаться которой готово не так много молодежи [Palden, p. 53–54].

Стоит также отдельно рассмотреть и доступ к лекарствам. Постепенно Бутан стал их проверять, регистрировать и регулировать их импорт (сегодня 60% основных лекарственных средств зарегистрировано и доступно в государственных учреждениях). В 2012 и 2017 гг. были предприняты значительные шаги по упрощению бюрократии, так что зарегистрированные лекарства проходят ускоренный процесс допуска — теперь оформление сертификата о регистрации продукта занимает 45 дней. Кроме того, фармацевтов стали обучать и проверять на компетентность [Jamphel, Chejor, p. 37–38].

Распространение неинфекционных заболеваний (причина 69% смертей в 2016 г.) во многом связано с нездоровым образом жизни людей [Sithcy et al, 2021, p. 2]. Как уже отмечалось, в 2019 г. 42,9% бутанцев употребляли алкоголь, при этом 23,9% бутанцев курили, у 86,4% был недостаток фруктов и овощей в питании, а 5,9% страдали от недостатка физической активности. Распространенность лишнего веса, гипертонии и сахарного диабета составила 33,5%, 28% и 1,9% соответственно [Noncommunicable Disease Risk Factors: Bhutan STEPS Survey Report, 2019, p. 20, 39, 61, 74, 83, 89, 98].

Меняющиеся ценности, урбанизация и глобализация способствуют исчезновению традиционного образа жизни в Бутане, что приводит к злоупотреблению наркотиками и алкоголем. Наркотики как увеличивают количество преступлений, так и сокращают эффективность рабочей силы. Употребление наркотиков как раз оказалось наиболее распространено среди молодежи (46% — 18–24 года и 38,6% — 25–35 лет), образованных людей (61% — со средним образованием и 24,9% — с высшим) и мужчин (93,8%). Подвержены особому риску работники сферы услуг и продаж (39,6%), а также фермеры (35%). Хотя доля молодежи, употребляющей наркотики, в Бутане все же благодаря

строгим законам ниже, чем в Южной Азии в среднем, открытая граница с Индией делает приобретение наркотиков в приграничных городах легче [Wangdi, Jamtsho, 2019, p. 536–539].

Употребление алкоголя также является проблемой: в 2014 г. 50% мужчин и 33% женщин употребляли алкоголь в течение последних 30 дней. Он распространен и среди молодежи — 16,2% несовершеннолетних учащихся пьют алкоголь (в несколько раз больше, чем в Непале, Мьянме и Шри-Ланке). Почти 17% бутанцев — диагностированные алкоголики. Для борьбы с алкоголизмом вводятся ограничительные законы, например, продажа только в промежутке 13:00–22:00 и запрет продажи по вторникам. Однако соблюдаются эти законы только в 17,3% случаев [Gyeltshen et al., 2021, p. 1–4]. С повышением доходов местного населения увеличивается и доля коммерческого алкоголя на рынке, однако довольно популярно домашнее пиво (банг чанг), производимое домохозяйствами (в 2010 г. его ежегодное потребление было равно 8,2 л на человека старше 15 лет — больше, чем в других странах Южной Азии). На каждого пьющего в целом приходится по 20 литров этанола — это высокий показатель, который объясняет высокую смертность от болезни печени (24 на 100 000). Также алкоголь влияет на появление и распространение хронических болезней, домашнего насилия и случаев ДТП [Kypri, Dorji, Dalton, 2017, p. 1–2].

Наконец, несмотря на серьезные ограничения по отношению к табаку (в Бутане его нельзя выращивать и продавать, он может быть импортирован исключительно для личного пользования [Tobacco Control (Amendment) Act of Bhutan, 2014, p. 1–3]), бутанцы курят. В выборке из 357 студентов курили 48,5%. Из них большая часть курила 7–9 (36,6%) и 4–6 (30,5%) сигарет в день. 43,3% начали курить в 13–15 лет, а 36,6% — в 16–18 лет. Причем основные причины начала курения — влияние сверстников (47,6%) и мода (31,1%) [Namgay, Dendup, Choden, 2021, p. 15, 18].

Несмотря на выделенные проблемы, стоит также обратить внимание на то, что в Бутане около 90% населения имеет доступ к медицинской инфраструктуре в пределах 2 км, 99,4% — к чистой питьевой воде, 95,2% — к улучшенным средствам санитарии [Tenzin et al., 2022, p. 1–5]. Согласно другим данным, последние два показателя в Бутане в разы хуже (36,6% и 65,2%), но из стран Южной Азии уступают только Бангладеш. Наконец, в Бутане чистый воздух, из всех стран Южной Азии он выделяет меньше всего углекислого газа, а по загрязненности воздуха на человека стоит на предпоследнем месте после Шри-Ланки [Abdul Jabbar et al., 2022, p. 5, 7].

Хотя Бутан повысил охват населения медицинскими услугами и отчасти решил проблему инфекционных заболеваний, неинфекционные и психологические заболевания становятся все более серьезной проблемой, к которой страна едва ли готова. Есть острый недостаток специалистов по психологическим болезням, при этом население ведет все менее здоровый образ жизни, а привлечение персонала в удаленные районы остается сложной задачей. И эти факторы уже не решить реформами только в сфере здравоохранения.

Выводы

С одной стороны, бутанское правительство сделало большие успехи в развитии человеческого капитала, увеличило охват населения здравоохранением и образованием, провело реформы, стараясь учитывать особенности страны (монашеское образование и традиционная медицина). Однако следует учитывать, что Бутан по-прежнему неразвита страна с немного искаженной структурой занятости и экономики, поэтому несоответствие значительных успехов в улучшении человеческого капитала с общим развитием может привести к негативным последствиям. Так, увеличение количества образованных молодых людей без рабочих мест для них увеличивает безработицу и дефицит рабочей силы в сферах с физическим трудом. Хотя Бутан взял под контроль инфекционные

заболевания, ему теперь придется справляться со все учащающимися случаями неинфекционных и психических заболеваний, для лечения которых нынешняя система здравоохранения еще слабо приспособлена. И хотя охват здравоохранением и образованием увеличен, а уровень бедности снижен, удаленность и качество медицинских и образовательных учреждений разное, как и возможности для увеличения доходов, что проявляется в обострении неравенства. Причем причины этих проблем не только в недостатках, собственно, существующих систем, но и отчасти в отношении людей к определенным вещам, т. е. решение проблем должно состоять не только из структурных реформ, но и из пропаганды или повышения осведомленности среди населения.

Литература / References

Бочковская А. В. Формула счастья: институционализация эмоций в стране дракона-громовержца. *Под небом Южной Азии. Стыд и гордость: введение в стандарты и практики эмоций*. М.: ИВ РАН, 2021 [Bochkovskaya A. V. The formula of happiness: the institutionalization of emotions in the land of the Thunder Dragon. *Under the skies of South Asia. Shame and Pride: An Introduction to Standards and Practices of Emotion*. Moscow: IV RAN, 2021 (in Russian)].

Рязанов Я. А. Внешнеэкономическая зависимость Бутана. *Российский внешнеэкономический вестник*. М.: Всероссийская академия внешней торговли, 2022. № 8 [Ryazanov Y. A. Bhutan's Dependence on Foreign Economies. *Russian Foreign Economic Journal*. Moscow: Russian Foreign Trade Academy, 2022. № 8 (in Russian)].

Abdul Jabbar S., Qadar L. T., Ghafoor S., Rasheed L., Sarfraz Z., Sarfraz A., Sarfraz M., Felix M., Cherrez-Ojeda I. Air quality, pollution and sustainability trends in South Asia: a population-based study. *International journal of environmental research and public health*. Basel: MDPI (Multidisciplinary Digital Publishing Institute), 2022. Vol. 19. No. 12.

Annual Education Statistics 2022. Policy and Planning Division, Ministry of Education, Royal Government of Bhutan. Thimphu, 2022.

Annual Health Bulletin 2023. HMIS and Research Section, Policy and Planning Division (PPD), Ministry of Health (MoH), Royal Government of Bhutan. Thimphu, 2022.

Choden J. *The Financing of Education in Bhutan*. Paris: UNESCO, 2022.

Choden Y., Cheki T., Rai A., Tshering P., Tamang T. T. Assessment of Labour Shortage in Bhutanese Construction Industry during Covid-19 Pandemic. *Construction Journal of Bhutan*. Thimphu: Construction Development Board, Royal Government of Bhutan, 2022. No. 3.

Christopher T., Christopher S. Issues in the Development of Multigrade Schools. *The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank*. Washington, D.C., 1992.

Dahal B. P. Perspectives on Technical and Vocational Education and Training: Are young people prejudiced against it? *International Journal of Multidisciplinary Perspectives in Higher Education*. Baltimore, Maryland: STAR Scholars Network, 2022. Vol. 7. No. 2.

Determinants of Youth Unemployment in Bhutan. National Statistics Bureau of Bhutan. Thimphu, 2020.

Dorji G., Choki S., Jamphel K., Wangdi Y., Chogyel T., Dorji C., Nirola D. K. Policy and governance to address depression and suicide in Bhutan: the national suicide-prevention strategy. *WHO South-East Asia journal of public health*. Mumbai: Wolters Kluwer Health, Medknow, 2017. Vol. 6. No. 1.

Dzongbats at a Glance 2016. National Statistics Bureau. Thimphu, 2016.

Gyeltshen D., Lopez M. So Old and Yet So New: Buddhist Education and the Monastic Curriculum in Contemporary Bhutan. *Journal of Bhutan Studies*. Thimphu: Centre for Bhutan Studies, 2021. Vol. 45.

Gyeltshen K., Dorji R. Higher Education in Bhutan: Policy, Current Status, and Challenges. *Handbook of Education Systems in South Asia*. Singapore: Springer Nature, 2020.

Gyeltshen K., Zangmo S. School Education in Bhutan: Policy, Current Status, and Challenges. *Handbook of Education Systems in South Asia*. Singapore: Springer Nature, 2021.

- Gyeltshen T., Penjor T., Dorji L., Tshering L., Dorji K., Subedi B. N., Tshering D., Xu Y. Y., Dorji G., Gueye G. N. Alcohol policy compliance among retailers in Bhutan: a multisite community intervention study. *BMC public health*. London: Biomed Central (Springer Nature), 2021. Vol. 21.
- Jamphel K., Chejor P. Evolution of medicines regulatory system in Bhutan: history, status and challenges. *Journal of Regulatory Science*. College Station, Texas: Office of the Texas State Chemist, Texas A&M AgriLife Research, Texas A&M University System, 2018.
- Khandu Y. *Technical and Vocational Education and Training (TVET): Training providers', employers', instructors' and trainees' attitudes to generic/employability skills in Bhutan*. Thimphu: MoLHR, Bhutan, 2014.
- Kivunja C., Kuyini A. B. Investigating the gaps among policy, teacher education, and practice in multi-grade education in Bhutan. *International Journal of Educational Reform*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc., 2015. Vol. 24. No. 2.
- Kypri K., Dorji G., Dalton C. Alcohol and economic development: Observations on the kingdom of Bhutan. *Drug and Alcohol Review*. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell, 2017. Vol. 36. No. 3.
- Labour Force Survey Report. Ministry of Labour and Human Resources*. Thimphu, 2010.
- Labour Force Survey Report. Ministry of Labour and Human Resources*. Thimphu, 2017.
- Lhamo N., Nebel S. Perceptions and attitudes of Bhutanese people on Sowa Rigpa, traditional Bhutanese medicine: a preliminary study from Thimphu. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. London: BioMed Central Ltd., 2011. Vol. 7. No. 1.
- Mancall M. Education in Bhutan: Culture, Schooling, and Gross National Happiness. *Journal of International and Comparative Education (JICE)*. Kuala Lumpur: University of Malaya Press, 2017.
- Namgay P., Dendup T., Choden K. Prevalence of smoking among high school students in Thimphu, Bhutan. *Asian J Educ Soc Stud*. India: Science Domain International, 2021. Vol. 20. No. 2.
- National Education Policy (Draft). Royal Government of Bhutan*. Thimphu, 2022.
- National Health Policy. Ministry of Health, Royal Government of Bhutan*. Thimphu, 2011.
- Noncommunicable Disease Risk Factors: Bhutan STEPS Survey Report, 2019. Department of Public Health, Ministry of Health (MoH), Royal Government of Bhutan*. Thimphu, 2020.
- Palden K. Intellectual property, access to medicines and public health issues in Bhutan. *Journal of Bhutan Studies*. Thimphu: Centre for Bhutan Studies, 2009. Vol. 21.
- Powdyel T. S. Non-formal education in Bhutan: origin, evolution, and impact. *Education in Bhutan: Culture, Schooling, and Gross National Happiness*. Singapore: Springer, 2016.
- Rapten P. *Understanding the Dynamics of Labour Market and Youth Unemployment in Bhutan — A study for Policy and Strategic Responses*. Institute of developing economies. Japan external trade organization. Chiba: Institute of Developing Economies, 2014. Vol. 487.
- Schofield J. W. Higher education in Bhutan: Progress and challenges. *Education in Bhutan: Culture, schooling, and gross national happiness*. Singapore: Springer, 2016.
- Singye J. Exploring the lived experiences of unemployed graduate youths on the paradoxical labour market in Bhutan. *International Journal of Advanced Research*. Indore: Department of Zoology, Mata Jijabai Government P. G. Girls College, 2021.
- Sithey G., Wen L. M., Dzied L., Li M. Noncommunicable diseases risk factors in Bhutan: a secondary analysis of data from Bhutan's nationwide STEPS survey 2014. *PLoS One*. San Francisco: Public Library of Science, 2021. Vol. 16. No. 9.
- Sonam W., Juli E. Empowerment Through Monastic Education: A Case Study of Buddhist Nuns in Bhutan. *SARJANA*. Kuala Lumpur: University of Malaya, 2016. Vol. 31. No. 1.
- South-East Asia Regional Strategy for Primary Health Care: 2022–2030. World Health Organization*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2021.
- State of Tertiary Education of Bhutan 2021. Higher Education Planning Division, Department of Adult and Higher Education, Ministry of Education, Royal Government of Bhutan*. Thimphu, 2021.

Tenzin K., Dorji T., Dorji G., Luccro-Prisno III D. E. Health inequities in Bhutan's free healthcare system: a health policy dialogue summary. *Public Health Challenges*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Ltd., 2022. Vol. 1. No. 4.

The Kingdom of Bhutan Health System Review. *Health systems in transition*. New Delhi: World Health Organization, 2017. Vol. 7. No. 2.

The State of the World's Children 2017, Children in a Digital World. United Nations Children's Fund. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018.

Thinley S., Sharma J., Wangmo K. Sustainability of Bhutan's Health Services. *Druk J.* Thimphu: Bhutan Centre for Media and Democracy, 2017. Vol. 3. No. 1.

Tobacco Control (Amendment) Act of Bhutan. Thimphu: Royal Government of Bhutan, 2014.

Tshering D., Tejativaddhana P., Siripornpibul T., Cruickshank M., Briggs D. Identifying and confirming demotivating factors for village health workers in rural communities of Bhutan. *The International Journal of Health Planning and Management*. Chichester, Sussex: John Wiley & Sons Ltd., 2018. Vol. 33. No. 4.

Tsheten T., Chateau D., Dorji N., Pokhrel H. P., Clements A. C. A., Gray D. J. Impact of COVID-19 on mental health in Bhutan: A way forward for action. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia*. Oxford: Elsevier Ltd., 2023. Vol. 11.

Tshewang S. A situational Analysis of the faculties' Industrial Attachment programme at public Technical Training Institutes (TTIs) in Bhutan. *Journal of Humanities and Education Development (JHED)*. Kottgeising: The Shilonga Publications Group, 2021. Vol. 3. No. 1.

Wangdi K., Jamtsho T. Drug use among teenagers and young adults in Bhutan. *Indian journal of psychological medicine*. Thousand Oaks, California: SAGE Publishing on behalf of the Indian Psychiatric Society, South Zonal Branch, 2019. Vol. 41. No. 6.

Yangchen S., Tobgay T., Melgaard B. Bhutanese health and the health care system: past, present, and future. *Druk J.* Thimphu: Bhutan Centre for Media and Democracy, 2016. Vol. 2. No. 1.

Yangchen T. *Determinants of youth unemployment in Bhutan*. KDI School of Public Policy and Management. Sejong: KDI School of Public Policy and Management, 2017.