Повышение крайне низкой продолжительности жизни населения России — важнейшая неотложная задача

УДК 314.04(470+571)

В статье в историческом разрезе рассмотрена динамика ожидаемой продолжительности жизни в России. Анализируется ее разница у мужчин и женщин. Основное внимание уделяется исследованию причин крайне низкой продолжительности жизни в России по сравнению с другими странами. Обосновываются пути приоритетного повышения не только общей, но и здоровой продолжительности жизни, которая во многом определяет пенсионный возраст.

Ключевые слова
Ожидаемая продолжительность жизни, смертность населения, младенческая и детская смертность, депопуляция населения, пенсионный возраст, расходы госбюджета на здравоохранение и пенсионное обеспечение.

Представление об ожидаемой продолжительности жизни

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении — число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку, родившемуся в данном году, при условии, что на протяжении всей жизни уровень смертности в каждом возрасте останется таким же, как в год, для которого вычисляется показатель.

Конкретно в 2014 г. средняя продолжительность жизни населения России составила около 71 года. Как видно, ожидаемая продолжительность жизни является наиболее адекватной обобщающей характеристикой уровня смертности во всех возрастах для данного года.

Как известно, коэффициент смертности исчисляется в промилле и показывает, сколько умерших приходится на 1000 человек населения. Для современной России этот коэффициент равен 13,1‰. Этот общий коэффициент существенно зависит от возрастной структуры. В странах, где уровень рождаемости высок и поэтому число людей в относительно молодом возрас-

Автор

Аганбегян Абел Гезевич — заведующий кафедрой Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, академик РАН.

те имеет повышенный удельный вес в численности населения, этот показатель относительно низок, так как в молодых возрастах смертность невелика. Но при этом повозрастная смертность во всех возрастах в этой стране может быть весьма высокой. Однако это не видно по общему коэффициенту смертности.

В Индии, например, из-за высокой рождаемости (22,2‰) коэффициент смертности составляет всего 8‰, что ниже, чем в странах Западной Европы. Но повозрастная смертность в Индии весьма высока, поэтому средняя продолжительность жизни там около 64 лет — на 15 лет ниже, чем в Западной Европе, где она в среднем превышает 79 лет.

Показатель продолжительности жизни характеризует «чистую» смертность, не взвешенную по удельным весам разных возрастных групп, поэтому она характеризует истинную смертность.

Другим относительно точным показателем смертности являются так называемые стандартизированные коэффициенты смертности, когда принимается определенный стандарт возрастной структуры и по нему считается смертность в каждой стране или в каждом регионе.

При этом наиболее распространен европейский стандарт возрастной структуры. Стандартизированный коэффициент смертности в России для мужчин равен 15,24 на 1000 жителей, а коэффициент смертности женщин — 7,55 (2013 г.) [1, 2]. Однако применение стандартизированных коэффициентов дает относительно точный резуль-

тат, если возрастные структуры населения не сильно отличаются. А показатели ожидаемой продолжительности жизни дают показатель истинной смертности во всех случаях — в этом несомненное преимущество данного показателя [1, 2].

Поскольку человеческая жизнь — самая большая ценность, то показатель продолжительности жизни является ключевым, важнейшим показателем уровня и качества жизни населения.

Все стороны жизни человека: экономические и социальные условия, экологическая обстановка, питание, занятость, душевное состояние, уровень преступности, отношение к своему здоровью, уровень и качество медицинской помощи — все это и многое другое прямо влияет на показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Поэтому в индексе социального развития — обобщающем показателе качества жизни, сконструированном в системе Организации Объединенных Наций, — показатель продолжительности жизни является одним из самых значимых наряду с показателем ВВП, определяющим потребление материальных благ и услуг на душу населения, и уровнем образования.

Если Россия по показателям потребления товаров и услуг на душу населения среди 150 стран занимает примерно 50-е место, а по уровню образования даже 20-е место, то по индексу социального развития нас опускают на 65-е место из-за того, что по показателю ожидаемой продолжительности жизни мы занимаем примерно 90-е место.

Наряду с ожидаемой *общей* продолжительностью жизни в 60-е и 70-е годы XX в. все большую значимость стал приобретать показатель «ожидаемая продолжительность *здоровой* жизни».

Он формируется путем вычета из показателя ожидаемой общей продолжительности жизни числа лет нездоровой жизни (из-за инвалидности, хронических и поведенческих болезней, препятствующих нормальной общепринятой деятельности человека, ограничивающих его возможности к труду, активному отдыху, выполнению других функций, свойственных здоровым людям).

В зависимости от пола, возраста дожития, социальных условий жизни и качества здравоохранения разница в общей продолжительности жизни и продолжительности здоровой жизни существенно варьируется.

Как правило, у женщин, которые в большинстве стран живут дольше мужчин на 4–7 лет, ожидаемая продолжительность здоровой жизни намного ниже ее общей продолжительности, чем у мужчин. И продолжительность здоровой жизни у них становится почти равной.

В развитых странах мира ожидаемая продолжительность здоровой жизни в среднем в большинстве случаев примерно на 10 лет меньше их общей продолжительности и равна 71–72 годам. При этом у женщин она обычно меньше на 12–13 лет, а у мужчин — на 6–7 лет.

В России ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляет около 66 лет, а женщин — 77 лет: рекордная разница в 11 лет. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни почти одинакова — всего 61 год: на 5 лет меньше общей продолжительности жизни у мужчин и на целых 16 лет меньше у женщин.

Больший срок инвалидности и болезненности у женщин связан с их более продолжительной жизнью, большей подверженностью сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям, особенно в пожилом и старческом возрасте, а также с наличием специфических женских болезней.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и многие страны в качестве целевой установки для здравоохранения предпочитают показатель «продолжительность здоровой жизни».

Однако в России этот показатель официально пока не признан и Росстатом не рассчитывается.

Существующих статистических данных о здоровье людей в России недостаточно для точного расчета этого показателя. Такие расчеты проводятся сотрудниками ВОЗ и исследовательских организаций. В России наиболее детальные расчеты проведены в Институте демографии Высшей школы экономики, которым руководит профессор А.Г. Вишневский [3].

Такой уровень ожидаемой продолжительности жизни, как в России в 2014 г., в развитых странах был в 1970–1975 г., то есть 40–45 лет назад.

Исторический экскурс динамики продолжительности жизни населения в России

В конце XIX в. средняя продолжительность жизни и мужчин, и женщин была почти одинаковой — примерно 35 лет — и с годами мало менялась.

40–50% родившихся детей умирали, как правило, в младенческом возрасте от разного рода инфекций. Велика была и материнская смертность. На продолжительность жизни людей также сильное влияние оказывала смертность от массовых эпидемий, заразных болезней, худшая из которых — чума. В то же время огромная смертность была от гриппозных эпидемий, воспаления легких, туберкулеза и др.

Первая значимая подвижка в повышении средней продолжительности жизни произошла за счет коренного улучшения родовспоможения, прежде всего улучшения санитарии.

В разы сократилась младенческая смертность. Одновременно появились лекарства и эффективные методы лечения инфекционных болезней, позволившие предотвращать массовые эпидемии опасных для жизни заболеваний.

Поэтому в первой трети XX в. ожидаемая продолжительность жизни повысилась до 45–50 лет.

Следующий скачок в продолжительности жизни был связан с лечением воспалительных процессов благодаря открытым антибиотикам. Так что к 60-м годам XX в. ожидаемая продолжительность жизни подскочила до 65–70 лет.

Конечно, такому повышению продолжительности жизни способствовало улучшение условий жизни по всем направлениям: по линии ограничения продолжительности рабочего дня, предоставления отпусков, роста заработной платы и доходов, улучшения питания населения, его жилищных и социально-бытовых условий.

Поэтому к середине 1960-х годов (1964–1965 гг.) средняя продолжительность жизни в СССР впервые превысила 70 лет и практически сравнялась с показателями средней ожидаемой продолжительности жизни в развитых странах [4]. При этом в России широко использовались антибиотики в борьбе с воспалительными процессами.

В то же время по обеспечению населения материальными благами и услугами СССР в этот период существенно уступал западным странам и США, где уровень реальных доходов был в 3–5 раз выше. Однако это во многом компенсировалось развитием системы профилактики заболеваний, созданием при многих предприятиях профилакториев, где оказывалась медицинская помощь, массовым санаторным обслуживанием населения при повышении качества медицинского обслуживания.

Следующий рывок в показателях продолжительности жизни в основном был связан с переходом во второй половине XX в. и начале XXI в. к высокотехнологической медицинской помощи, что позволило радикально сократить смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, травматизма, а также в несколько раз уменьшить детскую и материнскую смертность. Эти процессы сопровождались мощным развитием биотехнологий, качественным подъемом медикаментозного лечения и масштабной пропагандой здорового образа жизни — отказа от курения, потребления алкогольных напитков и наркотиков, рационального питания, подвижного образа жизни.

Среди жизненных интересов населения передовых стран на первое место вышла забота о здоровье, поэтому радикально изменилось отношение людей к использованию врачебной помощи.

Это позволило за 50 прошедших лет поднять среднюю продолжительность жизни в развитых странах с 70 до 80 лет и снизить детскую смертность в 3–5 раз и более до 3,5 на 1000 родившихся живыми, втрое сократить уровень смертности населения в трудоспособном возрасте прежде всего от сердечно-сосудистых заболеваний, на которые приходилось более половины смертности во всех странах. В самых передовых странах, например во Франции, Великобритании, Италии, этот показатель упал до 20% и уступил пальму первенства смертности от злокачественных новообразований.

Главное же заключается не только в изменении удельных весов наиболее опасных болезней среди причин смертности, но

и в том, что от всех болезней возраст смертности увеличился на 10–15 лет.

Например, средний возраст женщин, умерших от болезней системы кровообращения, превысил 85 лет, умерших от новообразований — приближается к 80 годам, от болезней органов пищеварения — превысил 82 года, а от болезней органов дыхания — 85 лет. Средний возраст мужчин, умерших от болезней системы кровообращения, на Западе уже превысил 80 лет, так же как возраст умерших от болезней органов дыхания. Средний возраст мужчин, умерших от рака, перевалил за 75 лет, а возраст умерших от болезней органов пищеварения и инфекционных болезней составляет примерно 75 лет. В то же время пока относительно молодыми умирают мужчины от внешних причин смертности (менее 60 лет); средний возраст женщин, умерших от внешних причин, перевалил за 70 лет.

Этот новый научно-технический, микробиологический и духовный прорыв в передовых странах, обусловивший 80-летнюю ожидаемую продолжительность жизни населения, в СССР в годы брежневского застоя не был оценен и подхвачен.

В период после брежневского застоя был, как известно, короткий этап небольшого подъема в социально-экономическом развитии страны, связанный с первыми тремя-четырьмя годами перестройки, провозглашенной М.С. Горбачевым. Одним из первых мероприятий этого периода была начатая в мае 1985 г. антиалкогольная кампания, в результате которой ожидаемая продолжительность жизни существенно повысилась.

Эта кампания предусматривала введение суровых наказаний за пьянство, особенно для ответственных работников. Сократилась продажа крепких алкогольных напитков, которая была сосредоточена в отдельных, часто расположенных не в центре магазинах, было усилено уголовное наказание за самогоноварение и т.д. В средствах массовой информации развернулась антиалкогольная пропаганда. Все это привело к снижению потребления крепких алкогольных напитков в России, прежде всего водки.

При всех недостатках антиалкогольной кампании она способствовала сокращению смертности в 1986 г. на 107 тыс. человек.

Сокращение потребления алкоголя сразу сказалось на снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания и особенно на смертности от внешних причин. С 1985 по 1987 г. особенно заметно сократилась смертность от упомянутых причин мужского трудоспособного населения.

Поэтому ожидаемая продолжительность жизни в России существенно повысилась, впервые превысив 70-летний рубеж (то есть показатель, который был превзойден в России только в 2013 г.).

Этот показатель был превышен в основном за счет скачкообразного роста ожидаемой продолжительности жизни мужчин, которая с 62,3 в 1984–1985 гг. сразу выросла до 65,6. Уровня ожидаемой продолжительности жизни мужчин 1987 г. Россия пока не достигла, хотя и приблизилась к нему вплотную.

Справедливости ради надо отметить, что при всех недостатках антиалкогольной кампании она способствовала сокращению смертности в 1986 г. на 107 тыс. человек.

Эта программа оказалась кратковременной. Фактически она длилась около двух лет, а затем постепенно восстановились старые порядки и продолжительность жизни стала сокращаться. В 1988–1991 гг. она сокращалась, но все еще держалась в среднем выше уровня 1984–1985 гг. Поэтому, если посчитать число сохраненных жизней не за один 1986 г., как это было сделано выше, а за весь период влияния антиалкогольной кампании вплоть до 1991 г., то общее число сохраненных жизней превысит 350 тыс. человек, из которых около 80% — мужчины в основном в трудоспособном возрасте [4, с. 27–28].

Средняя продолжительность жизни, достигнутая в 1987 г. (более 70 лет), к 1990 г. снизилась до 69,19 года, а в 1991 г. — до 68,92 года. В связи с обострением трансформационного кризиса после распада СССР в конце 1991 г. показатель продолжительности жизни покатился вниз и в 1994 г. достиг минимума в целом по населению — 63,85 года, в том числе у мужчин — 57,42 года, у женщин — 71,08 года.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении по сравнению с максимумом, достигнутым в 1987 г., сократился по всему населению на 6,5 года, у мужчин — на 8,5 года, у женщин — на 3,5 года.

В последующие десятилетия вплоть до 2005 г. продолжительность жизни сначала немного выросла — с 63,85 года в 1994 г. до 67,07 года в 1998 г. Это было связано с замедлением спада экономики и социальных показателей.

При этом у мужчин продолжительность жизни выросла с 57,42

до 61,22 года — почти на 4 года, а у женщин она увеличилась только на 2 года — с 71,08 до 73,13 года. Лучшим был 1997 г., когда прекратилось сокращение социально-экономических показателей и существенно снизилась инфляция.

По инерции эти тренды продолжались и в начале 1998 г., а во второй половине года разразился жестокий финансовый кризис, приведший к дефолту в августе и повышению розничных цен на 82%, сокращению реальных доходов на 16%, обесценению сбережений населения, четырехкратной девальвации рубля и падению основных экономических и социальных показателей. Поэтому неудивительно, что после 1998 г. показатели продолжительности жизни стали падать; они достигли минимума в 2003–2005 гг.

В целом по населению ожидаемая продолжительность жизни снизилась с 67,07 до 64,84 года (2003 г.), у мужчин — с 61,22 до 58,53 года, у женщин — с 73,13 до 71,85 года.

В период трансформационного кризиса (1990–1998/1999 гг.) к тому же произошла деградация здравоохранения, значительно ухудшились экономические и социальные условия жизни. Поэтому с 1965 до 2005 г. средняя продолжительность жизни в России не только не повысилась, но существенно снизилась.

По России ожидаемая продолжительность жизни при рождении в масштабах всего населения сократилась с 69,61 года в 1964–1965 гг. до 65,37 года в 2005 г., то есть на 4 года. Причем у мужчин это сокращение составило 6 лет (с 64,6 до 58,9 года), а у женщин — 2 года (с 73,3 до 72,5 года). Соответственно общий коэффициент смертности в России увеличился с 7,6 в 1965 г. до 16,1 в 2005 г. и в 1,5 раза (с 15,7

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении за 2005–2014 гг. [1]

Год	Все население	В том числе	
		мужчин	женщин
2005	65,37	58,92	72,47
2006	66,69	60,43	73,34
2007	67,61	61,46	74,02
2008	67,99	61,92	74,28
2009	68,78	62,87	74,79
2010	68,94	63,09	74,88
2011	69,83	64,04	75,61
2012	70,24	64,56	75,86
2013	70,76	65,13	76,30
2014	71,6	65,6	77,2

до 10,2) снизился коэффициент рождаемости.

В результате смертность намного превысила рождаемость и вместо естественного прироста населения (8,1 на тысячу человек в 1965 г.) в 2005 году произошла убыль на 5,9.

В абсолютной сумме естественный прирост населения в России в 1965 г. составил более 1 млн человек (родилось 1991 тыс., а умерло 959 тыс.), а в 2005 г. естественная убыль населения в России составила 847 тыс. человек (родилось — 1457 тыс., а умерло — 2304 тыс.).

И только с 2006 г. благодаря осуществлению Национальной программы «Здоровье» демографические показатели, включая ожидаемую продолжительность жизни, стали улучшаться (*табл. 1*).

Лишь в 2011 г. Россия достигла показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении 1964–1965 гг.

У мужчин этот показатель в 2011 г. был ниже (64,04 против 64,60 года), а у женщин существенно выше (75,61 в сравнении с 73,34 года). Заметим, что ожидаемая продолжительность жизни мужчин в 2012 г. тоже была немножко ниже, чем в 1964–1965 гг. И только в 2013 г. удалось превысить показатели 1964–1965 гг.

За последние 45–48 лет, как уже говорилось, в развитых странах ожидаемая продолжительность жизни выросла на 9–10 лет. Такой уровень ожидаемой продолжительности жизни, как в России в 2014 г., в развитых странах был в 1970–1975 г., то есть 40–45 лет назад. Берусь утверждать, что подобного отставания во времени у нас нет ни по одному экономическому или социальному показателю.

В межстрановом рейтинге показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России является самым худшим.

В межстрановом рейтинге показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России является самым худшим, несмотря на значительный рост этого показателя за последние 9 лет. Он увеличился в целом по населению более чем на 6 лет (с 65,4 до 71,6 года), в том числе у мужчин — почти на 7 лет (с 58,9 до 65,6 года), а у женщин — почти на 5 лет (с 72,5 до 77,2 года).

Международные рейтинги ожидаемой продолжительности жизни по России в сравнении с другими экономическими и социальными показателями

Наиболее подробные данные международного рейтинга ожидаемой продолжительности жизни при рождении по странам мира мы нашли в географическом справочнике «По странам мира». В 2011 г. среди 192 стран Россия занимала 113-е место по общей продолжительности жизни (69,8 года).

Если по этим данным исчислить место России по ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин (64,04 года), то это будет 124-е место, а по ожидаемой продолжительности жизни женщин (75,61 года) — 85–88-е места.

С учетом нынешней ожидаемой продолжительности жизни населения России (71,6 года) наша страна в рейтинге 2011 г. заняла бы 95-е место, как Египет. Так что по средней продолжительности жизни Россия уступает не только 30 развитым странам мира, но и половине развивающихся стран.

В то же время по уровню экономического развития (величина внутреннего валового продукта на душу населения, подсчитанная по паритету покупательной способности) Россия стоит выше 50-го места в мире, уступая 30 развитым странам (в России этот показатель равен 22 тыс. долл., в Греции и Португалии — от 25 тыс. долл., а в среднем в развитых странах — около 35 тыс. долл.).

По данным Всемирного банка, среди бывших соцстран по уровню экономического развития Россию опережают Словения, Чехия, Словакия, Венгрия и Эстония. Мы уступаем также Южной Корее, Тайваню, Сингапуру в Азии и арабским нефтедобывающим странам, где при относительно небольшой численности населения добывается огромное количество нефти — Саудовской Аравии, Катару, Бахрейну, Кувейту, Абу-Даби и др.

В международном рейтинге уровня и качества образования Россия стоит еще выше — на 20-м месте. По уровню реальных доходов в расчете на душу населения — это один из главных показателей благосостояния граждан — Россия тоже входит в число 50 ведущих стран мира. Этот показатель сильно коррелирует с уровнем экономического развития — ведь бóльшую часть ВВП страны, как известно, составляют товары и услуги для населения.

Относительно низкое место (примерно, 70-е) Россия, как известно, занимает по уровню развития высокотехнологических отраслей: по применению передовых технологий, удельному весу инновационных товаров и услуг и применению инновационных технологий, по развитию наиболее передовой отрасли — информационной технологии, включая офшорное программирование, электронику и др.

Таблица 2

Страны мира, где ожидаемая продолжительность жизни (и соответственно, место в рейтинге) при рождении несколько выше или ниже, чем в России

	Выше	Ниже
Все население	Перу, Фиджи, Конго, Беларусь, Индонезия, Молдавия, Филиппины, Иран, Сирия, Никарагуа	Гватемала, Гондурас, Ирак, Киргизия, Индия, Туркмения, Украина, Казахстан, Монголия, Азербайджан
Мужчины	Индия, Туркменистан, Белис, Украина, Ирак, Гондурас, Гватемала, Киргизия	Азербайджан, Боливия, Новая Гвинея, Узбекистан, Таджикистан, Казахстан, Мальдивы
Женщины	Бразилия, Малайзия, Маврикий, Армения, Колумбия, Ливан	Турция, Китай, Болгария, Барбадос, Ливан, Колумбия, Румыния

Нам неизвестен экономический или социальный показатель, кроме показателей, связанных со здоровьем населения, по которому Россия не входила бы в первые 100 стран мира. А по важнейшему социальному показателю — ожидаемой продолжительности жизни при рождении — она всего лишь на 113-м месте.

Рассмотрим, какие страны мира имеют близкие к российскому показатели продолжительности жизни — занимают в рейтинге места несколько выше или ниже (*табл. 2*).

Для сравнения приведем несколько примеров: по средней ожидаемой продолжительности жизни Россия занимает 113-е место, Индонезия — 108-е, Иран — 104-е, Сирия — 102-е, Вьетнам — 98-е, Египет — 95-е, Северная Корея — 92-е, Армения — 89-е, Таиланд — 85-е, Бразилия — 83-е, Китай — 79-е, Ливан — 72-е, Венесуэла — 70-е, Черногория — 62-е, Панама — 60-е, Хорватия — 57-е, Парагвай — 52-е, Мексика — 49-е, Куба — 47-е, Аргентина — 45-е, Грузия — 43-е, Ливия — 39-е, Чили — 38-е, Иордания — 28-е, Южная Корея — 21-е, Израиль — 14-е. Первые места в рейтинге занимают Япония (средняя продолжительность жизни населения — 82 года), Франция (81 год), Канада, Италия и Испания (80 лет), Германия и Великобритания (79 лет).

С 2011 г., когда был составлен рейтинг, прошло три года. За это время в России средняя ожидаемая продолжительность жизни выросла почти на два года. Так же, примерно на два года, она увеличилась во Франции, Италии, Германии, Великобритании, Испании и многих других странах.

Сравнение социально-экономических показателей в России и в странах, которые заметно превосходят ее по ожидаемой продолжительности жизни, позволяет сделать вывод о том, что Россия в разы превосходит эти страны по общему уровню экономического и социального развития — по показателю внутреннего валового продукта на душу населе-

Таблица 3

Страны, занимавшие первые десять мест по ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин и женщин

Место	Мужчины	Женщины
1-е	Исландия — 81,2	Япония — 87,0
2-е	Швейцария — 80,7	Испания — 85,1
3-е	Австралия — 80,5	Швейцария — 85,1
4-е	Израиль — 80,2	Сингапур — 85,1
5-е	Сингапур — 80,2	Италия — 85,0
6-е	Новая Зеландия — 80,2	Франция — 84,9
7-е	Япония — 80,0	Австралия — 84,6
8-е	Швеция — 80,0	Южная Корея — 84,6
9-е	Италия — 80,0	Люксембург — 84,1
10-е	Люксембург — 79,7	Португалия — 84,0

ния, по индексу социального развития, по уровню реальных доходов и др.

Например, уровень экономического развития в России втрое выше, чем в Армении, в 1,5 раза выше, чем в Турции, в 2,5 раза выше, чем в Китае, хотя эти страны имеют такой показатель ожидаемой продолжительности жизни, какой в России, как ожидается, будет в 2030 г. — 75 лет и выше.

Таким образом, показатель ожидаемой продолжительности жизни в России совершенно не соответствует уровню ее экономического и социального развития. Принимая во внимание жизненную важность упомянутого показателя, нужно приложить максимум усилий, чтобы выправить положение — для начала хотя бы привести его в соответствие с уровнем экономического и социального развития.

Что касается перспектив, то в повышении ожидаемой продолжительности жизни России нужно ориентироваться не на развивающиеся страны, которые по уровню развития экономики, как правило, отстают от нашей страны, а на развитые, по экономическому развитию сопоставимые с РФ.

Приводились цифры, свидетельствующие о том, что уровень экономического развития Греции и Португалии только на 15% выше, чем России, но средняя продолжительность жизни, например в Греции, уже превысила 80 лет, а в Португалии составляет 79 лет (в России — 71,6 года). Из крупных европейских стран ближе всего к России по уровню экономического развития Испания, где средняя продолжительность жизни приближается к 82 годам. Близок к России по уровню экономического развития и Израиль; там средняя продолжительность жизни приближается к 81 году.

Перечислим страны, в 2014 г. занимавшие первые десять мест в мире по средней продолжительности жизни (*табл. 3*).

В долгосрочной перспективе по экономическим и социальным показателям России нужно ориентироваться именно на ведущие 10 стран мира и примыкающие к ним крупные страны, такие как Германия, Великобритания, США.

Поэтому количественным ориентиром в РФ никак не может быть показатель 75 лет ожидаемой продолжительности жизни. Если бы мы уделяли должное внимание повышению этого показателя, то он уже сегодня мог бы быть в интервале 75–78 лет, что более или менее соответствовало бы достигнутому уровню экономического и социального развития России. Таких показателей нужно было бы достичь к 2020–2025 гг.

На 2030 г. следовало бы поставить задачу достижения средней ожидаемой продолжительности жизни в 80 лет, учитывая, что к тому времени в развитых странах мира она может составить 85 лет.

Причины крайне низкой ожидаемой продолжительности жизни в России

Ожидаемая продолжительность жизни, как говорилось выше, в обобщенной форме характеризует уровень смертности населения. Чтобы увеличить продолжительность жизни, нужно снизить возрастные показатели смертности. Общий коэффициент смертности в России в 2013 и 2014 гг., как известно, составил 13,1 на 1000 человек населения.

В среднем в европейских странах с учетом коррекции на возрастную структуру населения общий коэффициент смертности составляет около 9‰.

Фактический коэффициент во Франции — 8,8, в Великобритании — 8,9, Италии — 9,7, Германии — 10,5. Однако в России доля престарелого населения (60 лет и старше) составляет 19,0%, в Германии — 26,7, в Италии — 26,8%. Понятно, что сопоставимый по возрастной структуре коэффициент смертности в Германии и Италии при стандартизированной возрастной структуре будет существенно ниже фактических значений (примерно 9‰). Так что средний коэффициент смертности в крупнейших странах Европы составляет 70% от коэффициента смертности в России.

Более значительная разница по младенческой смертности: в Рос-

сии в 2014 г. она снизилась до 7,4 на 1000 родившихся живыми.

Во Франции этот показатель составляет 3,3, в Великобритании — 4,2, в Италии — 3,2, в Германии — 3,4 (данные за 2012 г.), а в среднем — 3,7, то есть вдвое ниже, чем в России (в РФ в 2012 г. — 8,6, в 2013 г. — 8,2, в 2014 г. — 7,4).

По уровню младенческой смертности Россия занимает примерно 60-е место, в то время как по общему уровню смертности и ожидаемой продолжительности жизни не входит даже в первую сотню.

Хотя разница в уровне младенческой смертности в России и в развитых странах весьма велика, в целом в нашей стране она существенно ниже, чем в подавляющем большинстве развивающихся стран, в том числе тех, где общий уровень смертности ниже, а продолжительность жизни выше, чем в России. В международном рейтинге стран по уровню младенческой смертности Россия занимает примерно 60-е место, в то время как по общему уровню смертности и ожидаемой продолжительности жизни не входит даже в первую сотню.

Прежде всего отметим, что детская смертность в России ниже, чем во всех странах СНГ, кроме Белоруссии, где она на уровне Западной Европы, — 3,4. В Азербайджане и Армении, которые опережают Россию по показателям смертности и продолжительности жизни, уровень детской смертности составляет около 10 на 1000 родившихся живыми. На Украине и в Молдове — 8,9, Казахстане — более 12, Киргизии — 20 человек на 1000 родившихся живыми. Кроме 30 развитых стран по уровню детской смертности Россия уступает Южной Корее, Тайваню и Сингапуру, прибалтийским странам и большинству постсоциалистических стран Европы, за исключением Румынии и Албании. Ниже, чем в России, детская смертность также во Вьетнаме (6,9), Индонезии (7,0), Чили (7,0) и еще в десятках развивающихся стран, по уровню экономического и социального развития сопоставимых с РФ.

В европейских постсоциалистических странах, имеющих сходный с российским уровень экономического и социального развития, детская смертность намного ниже: в Венгрии — 4,9, Польше — 4,6, Словакии — 5,8, Словении — 1,6, Чехии — 2,6, Латвии — 6,3, Литве — 3,9, Эстонии — 3,6. В Болгарии показатель младенческой смертности примерно такой же, как в России.

Надо также отметить, что в России показатель детской смертности (то есть смертности детей до пяти лет) улучшается быстрее всех других демографических показателей, систематически снижаясь.

В 1965 г., когда продолжительность жизни в СССР достигала наивысших значений, детская смертность составляла 26,6. В 1990 г. — 17,4. Потом она немного повысилась — в 1993 г. ее максимальное значение достигло 19,9, после чего опять стала снижаться и в 1997 г. составила 17,2, в 2000 г. — 15,3, в 2005 г. — 11,0, в 2011 г. — 7,4.

До 2011 г. методика расчета детской смертности в РФ отличалась от методики, принятой в других странах, в частности, родившимися живыми считались дети весом свыше 1 кг, в то время как в других странах это дети весом до 500 г. С 2012 г. Россия перешла на международную методику, и уровень детской смертности сразу подскочил до 8,6, а потом опять стал снижаться, в 2013 г. составив 8,2, а в 2014 г. — 7,4.

Хотя в 2014 г. имело место значительное снижение детской смертности, смертность по другим возрастам почти не снизилась. Поэтому общий коэффициент смертности в 2013 и 2014 гг. был один и тот же — 13,1%. Есть уверенность, что младенческая смертность в России продолжит снижаться.

Мы задержались на проблеме младенческой и детской смерт-

ности, чтобы подчеркнуть, что относительно высокая в сравнении с развитыми странами младенческая и детская смертность в России не является сколько-нибудь значимой причиной существенного отставания РФ от этих стран по ожидаемой продолжительности жизни.

Наиболее сильное влияние на уровень продолжительности жизни в России оказывает катастрофически высокая смертность населения в трудоспособном возрасте. И если задать вопрос, почему в России ожидаемая продолжительность жизни на 10 лет ниже, чем в передовых странах, ответ может быть таким: потому что уровень смертности людей в трудоспособном возрасте у нас в 3–3,5 раза выше, чем в развитых странах мира.

Мало того, при всех демографических успехах России в последнее десятилетие, прежде всего благодаря осуществлению Национальной программы «Развитие здравоохранения», пока не удалось добиться снижения смертности трудоспособного населения до уровня, достигнутого в далекое советское время.

В 1960-е годы на 1000 человек трудоспособного возраста умирало 3,8–3,9 человека. В 1970-е годы этот коэффициент вырос до 4,5–5, в 1980-е годы — до 5–5,5. В 1990 г. в трудоспособном возрасте умерло 4,9 на 1000 человек трудоспособных граждан РФ. В период трансформационного кризиса этот показатель стал расти и наибольших значений достиг в 1994 г. — 8,5. К 1998 г. он снизился до 6,1, а потом опять вырос до 8,3 (в 2005 г.) и только с 2005 г. стал сокращаться (*табл. 4*).

Мы начали с 1985 г., поскольку за этот период численность населения в России изменилась не очень существенно и можно оперировать не только относительными, но и абсолютными данными. Мы видим, что в трудоспособном возрасте в 2013 г. в России умерло 479 тыс. человек. Если бы смертность трудоспособного населения в 2013 г. была на уровне 1960-х годов, то в России умерло бы 325 тыс. человек в трудоспособном возрасте — на 154 тыс. человек меньше. При этом в живых остались бы в основном трудоспособные мужчины, их бы умерло не 381 тыс. человек, а 257 тыс. — на 124 тыс. человек меньше. Кроме того, умерло бы на 30 тыс. меньше женщин в трудоспособном возрасте.

Таким образом, катастрофически высокая смертность трудоспособного населения в России является главной причиной крайне низкой ожидаемой продолжительности жизни и нашего отставания от других стран по этому важнейшему показателю.

Заметим, что по средней ожидаемой продолжительности жизни мы превзошли уровень 1960-х годов в 2011 г., а вот по числу умерших в трудоспособном возрасте мы, как известно, существенно отстаем.

С 2005 по 2013 г. на 1000 человек трудоспособного возраста смертность сократилась с 8,3 до 5,6. Отставание от показателя 1960-х годов составляет 1,7‰. Если мы будем сокращать смертность в трудоспособном возрасте такими же темпами, как в последние восемь лет, то нам потребуется еще пять с лишним лет, чтобы достигнуть того же уровня смертности трудоспособного населения, какой был в 1960-е годы. Как видно, потребовалось более 50 лет, чтобы восстановить уровень смертности самой главной группы населения.

Уровень смертности женщин в трудоспособном возрасте сейчас отличается от показателя 1960-х годов на 0,3‰ (2,1 — 1960-е годы и 2,4 — сейчас), а уровень смертности мужчин — на 3,1‰.

Более высокая смертность в трудоспособном возрасте в современной России по сравнению с 1960-ми годами компенсируется более низкой смертностью населения в молодых возрастах (в возрасте до наступления трудоспособности) и тех, чей возраст превышает барьер трудоспособности. Снижение в 2006–2013 гг. смертности в этих двух

Таблица 4

Смертность населения в трудоспособном возрасте [1]

Год	Всего человек, тыс.			На 1000 человек соответствующего пола и возраста		
	все население	в том числе		все население	в том числе	
		мужчин	женщин		мужчин	женщин
1985	441	355	86	5,3	8,2	2,1
1990	410	334	80	4,9	7,6	2,0
1994	706	580	125	8,5	13,5	3,2
1998	521	422	99	6,1	9,7	2,4
2005	740	591	149	8,3	13,0	3,4
2006	668	534	134	7,5	11,7	3,0
2007	621,2	496	126	7,0	10,9	2,9
2008	611	488	123	6,9	10,7	2,8
2009	568	451	116	6,4	10,0	2,7
2010	557	444	113	6,3	9,9	2,5
2011	523	415	107	6,0	9,3	2,5
2012	496	395	102	5,8	8,9	2,4
2013	479	381	98	5,6	8,6	2,4

Уровень смертности людей в трудоспособном возрасте в России в 3–3,5 раза выше, чем в развитых странах мира. Нам пока не удалось добиться снижения смертности трудоспособного населения до уровня, достигнутого в далекое советское время.

возрастных категориях позволило сохранить жизнь более чем 150 тыс. человек, о которых шла речь выше.

Мы видели также, что более чем вчетверо по сравнению с 1960-ми годами снизилась младенческая смертность и смертность по детским и подростковым возрастам.

Так же существенно у нас снизилась смертность в престарелых возрастах прежде всего у женщин, чья ожидаемая продолжительность жизни почти на четыре года превысила показатель 1960-х годов, в то время как у мужчин это увеличение составило немногим более одного года.

Рассмотрим теперь причины повышенной смертности в России. Как известно, причина смерти каждого второго умершего — сердечно-сосудистые заболевания. При этом доля умерших от сердечно-сосудистых заболеваний в последнее время систематически снижается. А когда-то она доходила в России почти до 60%.

Удельный вес умерших от болезней системы кровообращения у женщин существенно выше, чем у мужчин: от этих болезней умирают примерно ⅔ женщин и около 45% мужчин. Однако мужчины от сердечно-сосудистых заболеваний умирают в возрасте 71 года, а женщины — в возрасте старше 80 лет. Более половины умерших от болезней системы кровообращения погибают от ишемической болезни сердца, в том числе от инфаркта, а примерно 30% — от цереброваскулярных болезней, прежде всего инсульта.

Особенность смертности от сердечно-сосудистых заболеваний заключается в том, что от них в значительной мере гибнут именно мужчины в трудоспособном возрасте. Из 887 тыс. мужчин, умерших от всех причин в 2012 г., 288 тыс., или ⅓, умерли от болезней системы кровообращения.

Другая важнейшая причина смерти мужчин — внешние причины. От этого умерло 30% всех мужчин.

Таким образом, 62% мужчин гибнет от двух вышеупомянутых причин, но главный их убийца — ишемическая болезнь сердца, от нее погибла 151 тыс. человек — втрое больше, чем от цереброваскулярных болезней. Что касается внешних причин, то выше всего смертность в результате самоубийств (23,8 тыс.), несчастных случаев на транспорте (21,7 тыс.), отравления алкоголем и убийств (по 11 тыс. в обоих случаях)

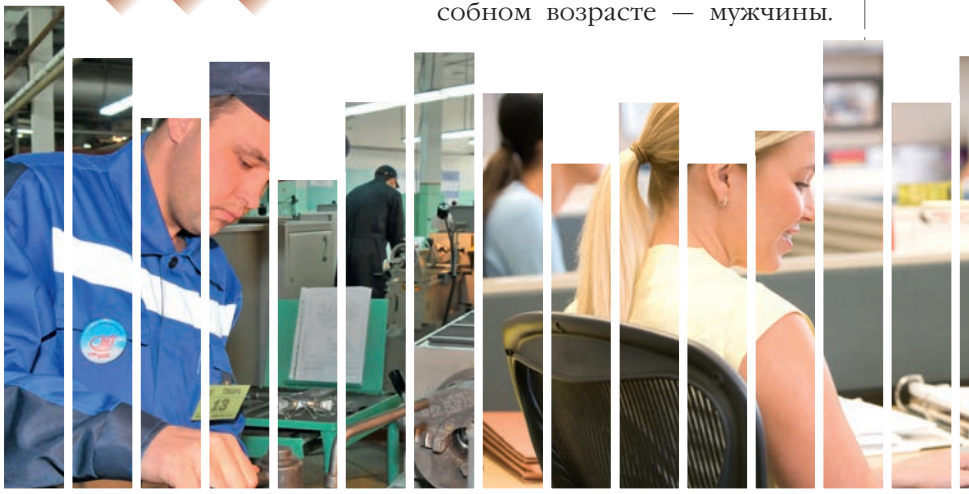
Доля женщин, умирающих в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения, намного меньше.

Из 243 тыс. женщин, умерших в трудоспособном возрасте в 2012 г., только 60 тыс., или 25%, умерло от сердечно-сосудистых заболеваний. Из них 20 тыс. от ишемической болезни сердца и 15 тыс. от цереброваскулярных болезней.

В пять раз меньше женщин, чем мужчин, умерло и от внешних причин, всего 55 тыс., или 23%. В то же время у женщин повышенная смертность в трудоспособном возрасте наблюдается от злокачественных новообразований — 55 тыс.

Совсем мало женщины умирают от болезней органов дыхания — меньше 10 тыс. (мужчин умерло 44 тыс.). От болезней органов пищеварения умирают 67 тыс. мужчин и 26 тыс. женщин.

В целом, как мы видим, почти 80% всех умерших в трудоспособном возрасте — мужчины.



Женщины начинают умирать от сердечно-сосудистых заболеваний после завершения репродуктивного периода, чаще всего с 55–60 лет.

Как видно, основное внимание нужно уделить сокращению смертности мужчин от сердечно-сосудистых заболеваний, с одной стороны, и от внешних причин — с другой, ибо на эти факторы падает почти 50% смертности трудоспособного населения страны.

Вторая по значимости причина смертности населения в целом в России — злокачественные новообразования. Применительно к трудоспособному населению эта причина является третьей после смертности от внешних причин, от которых люди в трудоспособном возрасте умирают вдвое чаще, чем от новообразований.

Но хуже всего у нас обстоит дело со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний. Здесь наибольшие резервы сокращения смертности. Чтобы представить масштаб наших возможностей, достаточно сравнить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России и передовых странах.

На 100 тыс. человек населения от сердечно-сосудистых заболеваний в России в 2012 г. умерло 366 человек, а в развитых странах — от 123 (во Франции) до 199 (в Германии), то есть в среднем в 2–2,5 раза меньше. В том числе от ишемической болезни сердца в России умерло 194 человека, а в развитых странах — от 90 (в Германии) до 38 (во Франции), то есть в 2–4 раза меньше. От цереброваскулярной болезни в России умерло 106 человек, а в развитых странах — от 47 (в Германии) до 28 (во Франции), то есть в 2–3 раза меньше.

Кроме того, средний возраст умерших от сердечно-сосудистых заболеваний в России на 12 лет меньше у мужчин и на 8 лет меньше у женщин (у мужчин — 68 и 80 лет, у женщин — 78 и 86 лет).

На одной чаше весов лежит жизнь человека, на другой — 120 тыс. руб., или немногим более 2 тыс. долл.

Дело в том, что сердечно-сосудистые заболевания в основном развиваются бессимптомно.

Человек ощущает боль в сердце, когда болезнь зашла уже довольно далеко и лечить ее дорого и сложно. Поэтому самое лучшее — своевременная диагностика, для которой в настоящее время есть все необходимое оборудование — КТ, МРТ и ПЭТ.

Если сужение стенок сосудов обнаружат на начальной стадии, то, используя современные медицинские препараты, можно задержать развитие этого процесса и вовремя провести стентирование, чтобы отсрочить необходимость более радикальной и сложной операции — шунтирования и существенно продлить жизнь человека.

Поэтому своевременная диагностика и профилактика — главный и наиболее эффективный способ сокращения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, своевременное операционное вмешательство, стентирование, а затем шунтирование является второй наиболее важной мерой, позволяющей сократить смертность от ишемической болезни сердца.

Наконец, крайне важно в случае инфаркта или остановки сердца своевременное оказание неотложной медицинской помощи, что тоже в разы может сократить смертность.

Группы риска могут быть выявлены в процессе диспансеризации. Это позволит оперативно принять меры для предотвращения смертности от цереброваскулярных болезней (прежде всего инсульта, связанного с гипертонией, составом крови и т.д.), для лечения которых также есть эффективные медикаменты.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует на 1 млн человек населения делать 1000 операций шунтирования и примерно в пять раз больше амбулаторных процедур по установке стентов. В России этих процедур и операций осуществляется в 3–5 раз меньше, чем требуется, из-за того, что плохо организована диспансеризация и не выявляются больные, которые в этом нуждаются.

В передовых постсоциалистических странах, ставших новыми членами ЕС, на 100 тыс. человек населения приходится 195 случаев коронарной ангиопластики, а в России — всего 69 случаев (почти втрое меньше), 260 операций аортокоронарного шунтирования, а в России — 89 операций (втрое меньше) (данные 2013 г.). Поэтому и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в новых странах ЕС в 1,5 раза меньше, а средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении — 78–79 лет, а не 71,6, как в России.

За последние десять лет для осуществления Национальной программы «Развитие здравоохранения» в РФ были открыты новые кардиологические центры и переоснащены действующие. Это позволило создать материально-техническую базу для более широкого применения стентирования, шунтирования и других видов операционного вме-

шательства и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

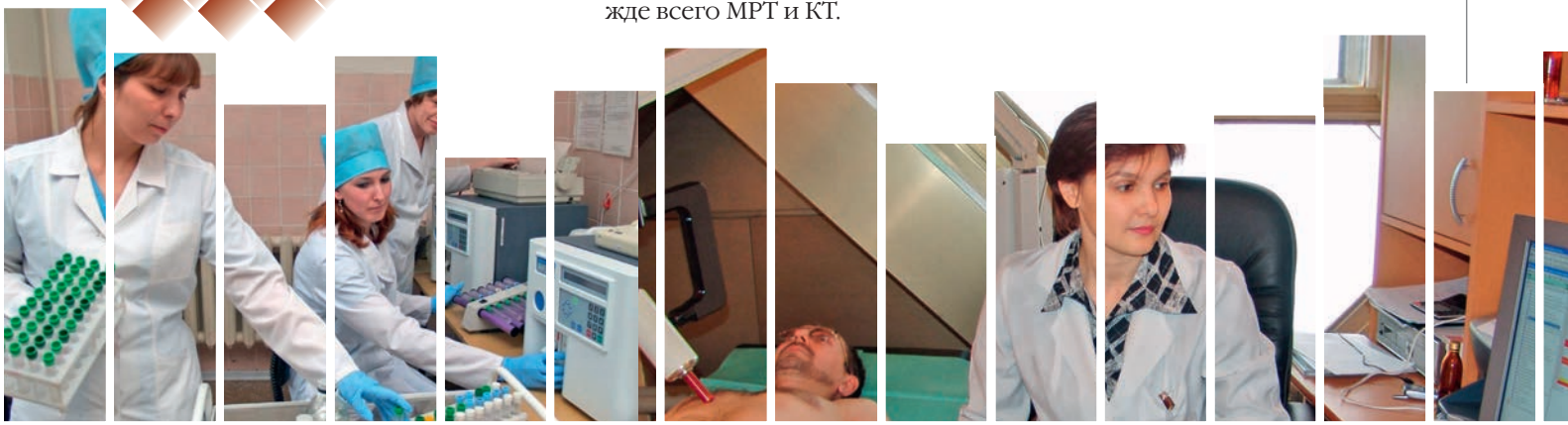
Однако из-за отсутствия массовой диспансеризации такие центры пока не работают на полную мощность. Этому мешает и существующий административный порядок: централизованное направление больных в кардиологические центры, а также отсутствие при них центров неотложной помощи и т.п.

Вторая по важности причина смертности, особенно трудоспособных, — внешние причины смерти.

В год в России от внешних причин на 100 тыс. человек населения умирают 107 человек. В странах Западной Европы этот показатель колеблется от 40 (в Бельгии) до 24 человек (в Нидерландах), а в Германии, например, он равен 28, то есть в три с лишним раза ниже, чем в России. Смертность от внешних причин можно было бы снизить вдвое за счет организационно-экономических мер, делающих невыгодным нарушение правил дорожного движения, пожарной безопасности, безопасности в местах купания граждан, а также за счет мер по предотвращению самоубийств и убийств и т.д.

Медицина здесь могла бы внести вклад в сокращение смертности на треть за счет лучшей организации неотложной медицинской помощи.

Существенно можно сократить смертность от злокачественных новообразований. Эта коварная патология тоже протекает в значительной мере бессимптомно; когда человек обнаруживает признаки разросшейся опухоли, болезнь уже находится в третьей или четвертой стадии. Если же заболевание обнаруживается на первой и второй стадиях, то, используя современные методы лечения, ее, как правило, можно победить. Поэтому главной проблемой здесь является своевременная диагностика в процессе диспансеризации. Обнаружить онкологическое заболевание помогают онкомаркеры и соответствующее оборудование, прежде всего МРТ и КТ.



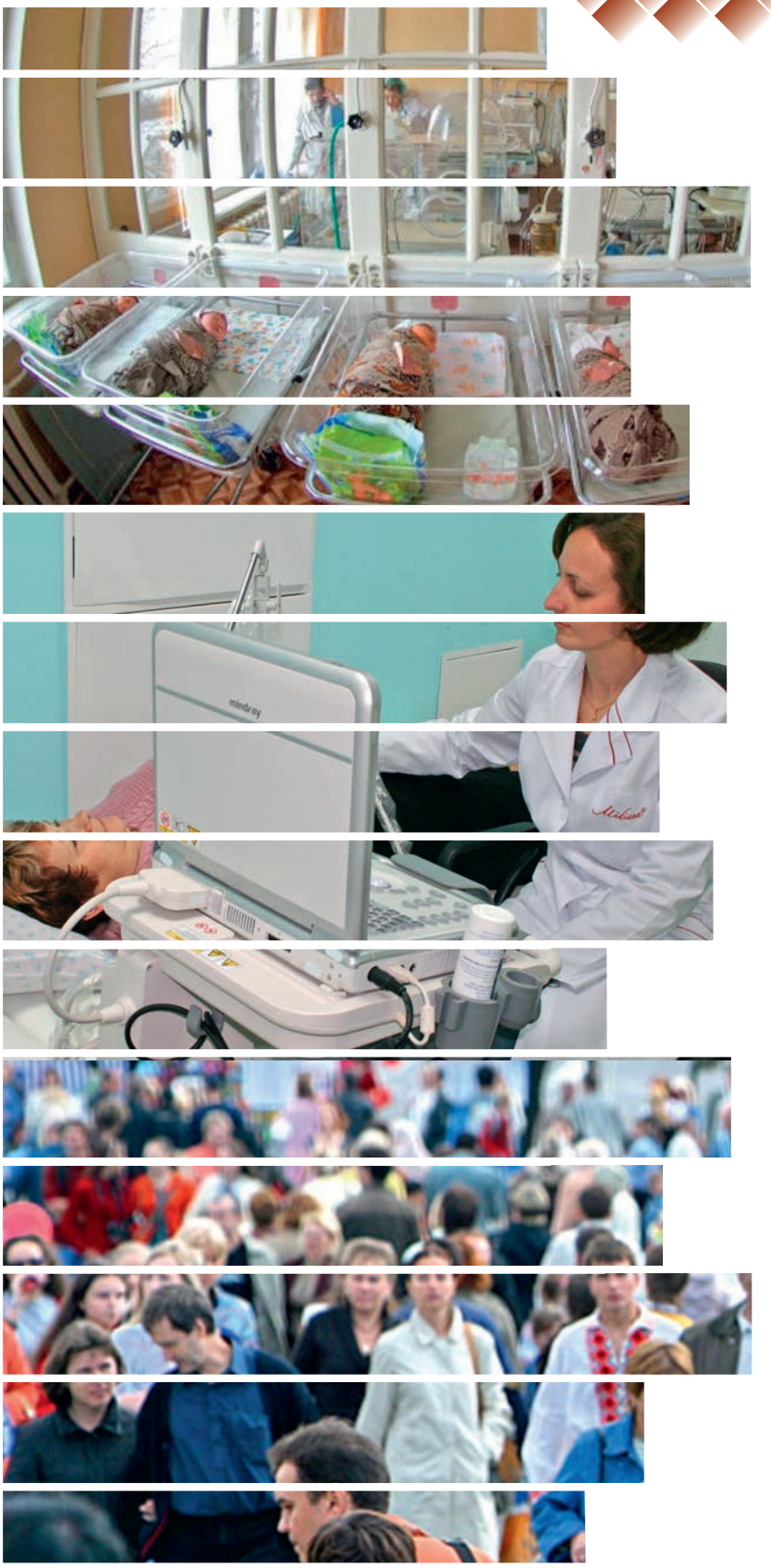
Надо продумать систему комплексного обследования пациентов в соответствующем возрасте на наличие сердечно-сосудистых заболеваний или злокачественных опухолей. Это можно делать за счет средств медицинского страхования параллельно с лечением тех заболеваний, с которыми люди обращаются в поликлиники, поступают в больницы и санатории.

Например, мужчин в возрасте 40–50 лет обязательно нужно обследовать на наличие сердечно-сосудистых заболеваний, потому что в этот период они подвержены риску формирования ишемической болезни сердца, смерти от инфаркта или инсульта.

У женщин в этом возрасте вероятность возникновения таких болезней относительно низка, зато велика опасность появления злокачественных новообразований репродуктивной сферы. Их надо обязательно проверять на наличие подобных патологий независимо от цели обращения к врачу.

Если человек курит, следует раз в год в обязательном порядке проверять его легкие, поскольку вероятность возникновения рака у него в десять раз выше, чем у некурящих. Те, кто любит загорать, особенно в экзотических странах, должны раз в год проверяться на наличие рака кожи.

Консультируя отдельные клиники и знакомясь с их работой, мы воочию убедились, что в процессе комплексной диспансеризации почти у 3% пациентов были обнаружены злокачественные опухоли. Еще больше было выявлено людей с болезнями сердечно-сосудистой системы и диабетом в открытой или скрытой форме, сопряженным с нарушением работы сердца, почек, печени, наличием патологических бактерий и вирусов и т.д. В первую очередь нужно обследовать лиц трудоспособного возраста, поскольку риски смерти в этом возрасте в России в 3–3,5 раза выше, чем в разви-



тых странах. В меньшей степени это относится к более молодым людям, а также престарелым — в этих возрастах показатели заболеваемости опасными болезнями, ведущими к смерти, у россиян меньше отличаются от зарубежных.

Речь идет не о всеобщей диспансеризации граждан по всем параметрам, а о выборочной диспансеризации в наиболее опасный с медицинской точки зрения период жизни человека на предмет наличия сердечно-сосудистых болезней и злокачественных новообразований. Естественно, надо не просто выявить болезнь, определить повышенный риск, но и лечить больного современными методами.

Здесь крайне важна позиция государства. Если у человека, особенно в трудоспособном возрасте, выявлен недуг, развитие которого с высокой вероятностью приводит к смерти, государство должно приложить максимум усилий, чтобы предотвратить эту смерть, используя не только государственные клиники, но и все возможности частной медицины.

Сейчас дело обстоит совсем не так.

Например, частная компания «Лечебно-диагностический центр международного института биологических проблем» в Санкт-Петербурге создала 84 центра, располагающих современным высокотехнологичным медицинским оборудованием. В них обследуется 1,2 млн человек в год, причем плата за обследование относительно невысока (около 100 долл.). Компания имеет крупнейший в России комплекс радиологического лечения опухолей мозга. Поэтому подавляющее большинство пациентов заодно обследуется на наличие таких опухолей. Массовая диагностика позволила выявить около 30 тыс. чело-

век с доброкачественными или злокачественными новообразованиями в мозге, которые нуждаются в срочной радиологической помощи. Причем, как правило, такие опухоли возникают у относительно молодых людей в возрасте 25–40 лет.

Лечение, продлевающее жизнь больного или позволяющее избавиться от опухоли, стоит 120 тыс. руб. по государственным расценкам. Частная клиника готова за эту цену лечить больных. Но при нынешнем уровне доходов населения в России далеко не у всех есть такие деньги. На государственном уровне было принято решение об оказании помощи семьям, не способным заплатить за лечение. Однако инстанции, которые за это отвечают, по непонятным причинам постановили выплачивать 120 тыс. руб. только пациентам, получающим радиологическое лечение в государственных клиниках. Но пропускная способность последних по крайней мере в пять раз меньше, чем количество нуждающихся пациентов. Те, кто не попадет в государственные клиники, с высокой вероятностью обречены на смерть, если не смогут изыскать средства для лечения в частных клиниках, располагающих резервными мощностями. А если бы государство гарантировало им приток клиентов, они могли бы купить дополнительное оборудование, что позволило бы каждый год избавлять от смерти тысячи пациентов. Государство соответствующие средства для своих больниц изыскать пока не может, хотя много лет собирается. На одной чаше весов лежит жизнь человека, на другой — 120 тыс. руб., или немногим более 2 тыс. долл. Безуспешными остаются все попытки убедить Минздрав. Зампред правительства О.Ю. Голодец вот уже четыре года не может или не хочет решить этот вопрос. Если случается катастрофа с человеческими жертвами, то родственникам за погибших выплачивают пособия по 2 млн руб. и тут же умирают тысячи людей, потому что для них не нашлось 120 тыс. руб.

Таблица 5

Число умерших в трудоспособном возрасте по причинам смерти в СССР (на 100 тыс. человек населения) [6]

Показатель	1985 г.	1986 г.	1987 г.	1988 г.
От всех причин, в том числе:	522	447	445	450
от болезней систем кровообращения	162	143	145	143
от несчастных случаев, аварий и травм	144	107	106	118
от злокачественных новообразований	112	113	111	111
от болезней органов дыхания	31	23	21	21
от убийств	8	6	6	7
от самоубийств	25	19	19	19

В январе – мае 2015 г. естественный прирост населения составил минус 65,5 тыс. человек, и это всего за 5 месяцев.

Я привел один пример, но могу привести и другие. Видимо, надо на законодательном уровне определить цену человеческой жизни, например, выделять гражданину РФ 2–3 млн руб. на лечение, если его жизни угрожает смертельная опасность. Это в первую очередь относится к трудоспособному населению.

Целый ряд ученых и специалистов, и мы в том числе, уже лет десять призывают перейти к программно-целевому управлению процессом снижения смертности [5].

До сих пор мы говорили о непосредственных причинах смертности, но они возникают не случайно. Повышенная смертность связана со сложившимися экономическими и социальными показателями, с поведением людей, их невниманием к собственному здоровью, с экологическими нарушениями, криминальной обстановкой и т.д. В связи с этим важно обратиться к первичным источникам смертности, таким как курение, чрезмерное потребление алкоголя, нерациональное питание с учетом его качества, отсутствие условий для оздоровительного отдыха и др.

Особое влияние на повышенную смертность в РФ оказывают курение и алкоголь.

Как известно, только в России ожидаемая продолжительность жизни женщин на 11–12 лет выше, чем мужчин.

В других странах эта разница составляет 4–5 лет, иногда доходит до семи лет. Чем это объясняется? Прежде всего тем, что курят 60% российских мужчин и только 20% женщин. Поэтому смертность от рака легких, рака гортани, а также от ишемической болезни сердца среди мужчин, особенно активных возрастов, выше, чем среди женщин.

Другая причина повышенной смертности мужчин — чрезмерное употребление крепких алкогольных напитков. Это провоцирует возникновение сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

На примере антиалкогольной кампании 1985 г. мы видели, как

Нашим пенсионерам не повезло — у них не только самый высокий возраст выхода на пенсию, но и размер пенсии крайне низок и не соответствует международным стандартам.

временное принудительное сокращение потребления алкоголя влияет на продолжительность жизни. Конкретные показатели приведены в *табл. 5*.

Как видно, численность умерших в трудоспособном возрасте, которая повышалась в период до 1985 г. и вновь стала повышаться после 1987 г., когда завершилась антиалкогольная кампания, за период действия кампании сократилась. При этом средняя ожидаемая продолжительность жизни, в 1984–1985 гг. составлявшая 68 лет, за два года увеличилась более чем на два года и впервые в России превысила 70 лет.

Поэтому кроме целевых программ по сокращению смертности от ишемической болезни сердца, цереброваскулярных болезней, злокачественных новообразований и других следовало бы создать отдельные целевые программы по сокращению смертности от курения и алкоголизма.

Резервы сокращения смертности у нас огромны. Смертность населения, особенно в трудоспособном возрасте, в России катастрофически высока. И это несмотря на то, что с 2006 г. мы сделали большой шаг вперед, значительно сократив смертность и в целом, и в трудоспособном возрасте, увеличив ожидаемую продолжительность жизни на шесть лет, что очень значительно.

Поэтому тем более обидно, что с 2013 г. смертность перестала заметно сокращаться и общий коэффициент смертности с 13,0 в 2013 г. повысился до 13,1 в 2014 г. Однако небольшое увеличение смертности было перекрыто намного бóльшим увеличением рождаемости и, как в 2013 г., был достигнут прирост населения. В 2015 г. положение ухудшилось.

В январе – мае 2015 г. умерло 826,8 тыс. человек, а в январе – мае 2014 г. — 812,3 тыс. человек (на 14,5 тыс. человек меньше).

Одновременно из-за сдвигов в возрастной структуре женщин началось снижение рождаемости. Если в январе – мае 2014 г. родилось 777,7 тыс. человек, то в январе – мае 2015 г. — только 761,0 тыс. (на 16,7 тыс. человек меньше). Смертность выросла, рождаемость снизилась, вновь возникла депопуляция, поскольку смертность превысила рождаемость. Как видно из приведенных выше цифр, в январе – мае 2015 г. естественный прирост населения составил минус 65,5 тыс. человек, и это всего за 5 месяцев.

Мы написали статью о том, что смертность в 2014 г. перестала снижаться, назвав ее «Тревожный звоночек: в России прекратилось снижение смертности населения» [7]. Честно говоря, таких плохих показателей, как в начале 2015 г., мы не ожидали. Сейчас нужно не говорить о «тревожном звоночке», а бить в набат: начала снижаться рождаемость, стала расти смертность, возобновилась депопуляция.

Это результат сокращения бюджетных расходов на здравоохранение в 2014–2015 гг., особенно с учетом роста цен.

Министерство финансов, как известно, распределяет средства, не принимая во внимание показатели, которые будут достигнуты за счет финансирования. В наибольшей степени — сразу на 40% — были сокращены расходы на госпрограмму здравоохранения, в то время как финансирование других госпрограмм сокращается на 5–15%.

Определенное влияние на повышение смертности в первой половине 2015 г. оказала начатая реорганизация здравоохранения — закрытие ряда лечебных учреждений, сокращение медперсонала, неудачное преобразование «Скорой помощи» и др. К сожалению, в системе предпочтений Министерства финансов, которое проводит жесткую фискальную политику, не нацеленную на социально-экономическое развитие страны, здоровью людей пока отводится, можно сказать, последнее место. В настоящее время популярной стала экономия средств за счет ущемления пенсионного обеспечения — отказ от полного индексирования пенсий при повышении цен и ставка на значительное повышение пенсионного возраста, особенно женщин, без взаимосвязи с мерами по увеличению ожидаемой продолжительности жизни, прежде всего здоровой жизни.

Ожидаемая продолжительность жизни и пенсионный возраст в России

В последнее время на правительственном уровне рассматривается вопрос об увеличении пенсионного возраста в России. Причина — растущий дефицит Пенсионного фонда из-за старения населения, который все труднее покрывать за счет увеличивающихся трансферов из госбюджета. Министерство финансов предлагает увеличить возраст выхода на пенсию до трех лет у мужчин и до восьми лет у женщин, установив единый

возраст — 63 года. Сделать это предлагается постепенно, увеличивая возраст выхода на пенсию по полгода ежегодно. При этом ссылаются на уже достигнутую ожидаемую продолжительность жизни около 66 лет у мужчин и около 77 лет у женщин.

В споре о пенсионном возрасте часто звучит утверждение, что в России он является самым низким среди других стран. Формально это так, если сравнивать возраст выхода на пенсию в России и большинстве других стран, где обычно у мужчин он составляет 63–65 лет, а у женщин — 60–62 года. Но по существу это утверждение неправильно, так как надо сравнивать возраст выхода на пенсию с общей продолжительностью жизни и особенно продолжительностью здоровой жизни. Ожидаемая продолжительность жизни у мужчин в России, как известно, на 12 лет ниже, чем в развитых странах (66 и 78 лет), а возраст выхода на пенсию — ниже не на 12 лет, а на 3–5 лет. У женщин ожидаемая продолжительность жизни в России на 7 лет ниже, чем в развитых странах, а пенсионный возраст ниже в большинстве случаев только на 5 лет [3].

Более правильно сравнивать этот возраст с продолжительностью здоровой жизни, как это делают многие страны и как это рекомендует ВОЗ. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, как говорилось выше, у мужчин и женщин примерно одинаковая, и в России она составляет 61 год, а в западных странах — 71–72 года. Поэтому у нас разница между продолжительностью здоровой жизнью и возрастом выхода на пенсию у мужчин составляет 1 год, а у женщин — 6 лет. А в развитых странах эта разница составляет 6–11 лет у мужчин и 9–11 лет у женщин.

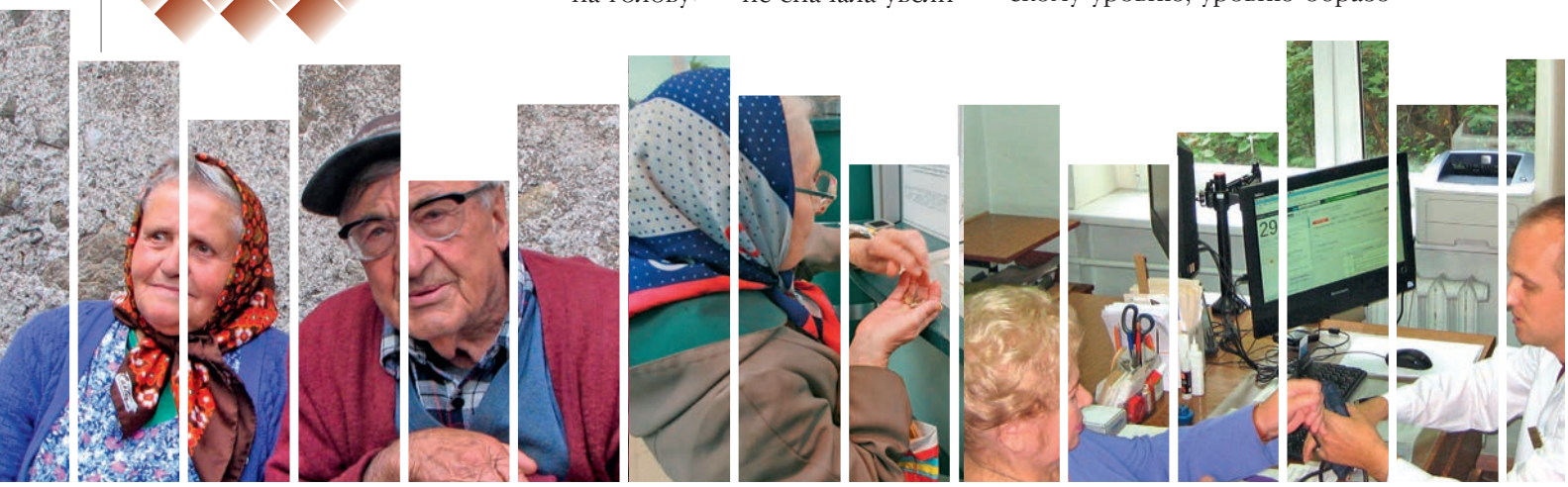
Совершенно очевидно поэтому, что сравнительный пенсионный возраст в России намного выше, чем в развитых и большинстве развивающихся стран. После выхода на пенсию у наших пенсионеров остается всего несколько лет здоровой жизни, а в основном их доживание будет происходить в условиях инвалидности и болезни при отсутствии для пожилых и престарелых людей дополнительной медицинской помощи, в которой они нуждаются. Известно, что в среднем расходы на медобслуживание в пожилом и старческом возрасте в три раза должны быть выше, чем в трудоспособном возрасте, и поэтому в ряде стран, например в Японии, США и других, предусмотрены специальные условия предоставления медицинских услуг для старших возрастов.

Из-за фискального крена нашей экономической политики, где главенствующую роль играет Министерство финансов, нашим пенсионерам не повезло — у них не только (по сравнению с другими странами и продолжительностью как общей, так и здоровой жизни) самый высокий возраст выхода на пенсию, но и размер пенсии крайне низок и не соответствует международным стандартам. Международная организация труда (МОТ) с одобрения всех основных стран, включая Россию, рекомендует установить размер пенсии не ниже 40–60% к существующему уровню заработной платы. В России этот показатель равен около 30% и все время снижается и будет снижаться, как показывает прогнозный расчет. В мае 2015 г., несмотря на кризис и падение реальной зарплаты почти на 8%, средняя заработная плата по народному хозяйству превысила 34 тыс. руб., а средняя пенсия по старости после ее индексации повысилась до 11,6 тыс. руб. Средний размер социальных пенсий, пенсии инвалидов и пенсии по случаю потери кормильца были повышены только до 8 тыс. руб., а ведь их получают до 5 млн человек.

К тому же, с 1 января 2015 г. вступили в силу модернизированные условия пенсионной системы, основанные на балльном исчислении размеров пенсии в зависимости от стажа. В соответствии с этими условиями при выходе женщин на пенсию по старости в 55 лет, а мужчин

в 60 лет, они, как правило, получат сниженный размер пенсии, который будет повышаться затем в течение 5–10 лет в зависимости от стажа работы. При этом почему-то установлен одинаковый стаж у мужчин и женщин, хотя женщины выходят на пенсию на пять лет раньше и у них не может быть такого же стажа, как у мужчин, поэтому они дискредитируются вдвойне.

По уровню и качеству пенсионного обеспечения Россия среди большинства стран мира выглядит «белой вороной», занимая из



150 стран, по нашей оценке, где-то 100-е места по показателям пенсионного обеспечения, в то время как по качеству образования Россия занимает 20-е место, по уровню экономического развития — 43-е, по уровню реальных доходов населения — 50-е, по индексу социального развития — 65-е место.

Теперь предлагается и без того плохое пенсионное обеспечение опять ухудшить. Мы будем единственной страной в мире, где через год-два возраст выхода на пенсию у мужчин станет меньше ожидаемой продолжительности здоровой жизни, а у женщин эта разница сократится до минимума.

Заметьте, что энергия Министерства финансов и ряда других министерств и ведомств, поддерживающих повышение пенсионного возраста, сосредотачивается на спорах — на сколько повысить пенсионный возраст и для мужчин, и для женщин. Никто при этом не прилагает усилия, не вносит предложения, что делать, чтобы увеличить продолжительность ожидаемой жизни. Тем более их не заботит повышение ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Боюсь, что в Министерстве финансов и Правительстве РФ и не слыхали о таком показателе. Все поставлено «с ног на голову» — не сначала увеличить продолжительность жизни и особенно продолжительность здоровой жизни, а потом на этой основе повышать пенсионный возраст, а, наоборот, предлагают повысить пенсионный возраст и одновременно, уже со следующего года, еще на 10% срезать расходы на здравоохранение, что, как в начале 2015 г., может привести к увеличению смертности и размеров начавшейся вновь депопуляции населения.

Во главу угла в пенсионном деле надо ставить не фискальный интерес Министерства финансов, а социальную значимость благосостояния пенсионеров.

К сожалению, некоторые руководящие работники, недостаточно знакомые с международными рейтингами экономических и социальных показателей, не до конца понимают, сколь плохо мы выглядим в этих рейтингах по качеству пенсионного обеспечения и по охране здоровья граждан. Из всех основных показателей мы здесь занимаем самое низкое место в мире, уступая не только развитым странам, но и большинству развивающихся стран. Достигнутый в России уровень пенсионного обеспечения и здоровья населения совершенно не соответствует нашему экономическому уровню, уровню образования и реальных доходов населения — он намного ниже.

Все мы понимаем, что для пополнения бюджета в кризисные годы нужно изыскивать дополнительные средства, но почему-то взгляд чиновников преимущественно здесь сосредотачивается на «экономии» за счет здоровья граждан и уровня пенсионного обеспечения. Это уже привело и будет приводить дальше к росту бедности и снижению благосостояния больше всего малообеспеченных семей. Между тем в период настоящей стагнации и рецессии доходы у богатых россиян продолжают увеличиваться, и по количеству миллионеров и мультимиллио-

Достигнутый в России уровень пенсионного обеспечения и здоровья населения совершенно не соответствует нашему экономическому уровню, уровню образования и реальных доходов населения — он намного ниже.

неров Россия является одним из лидеров среди крупных держав мира, а вот по количеству бедных входит в число аутсайдеров. Непонятно, почему такое положение? Не вызывает желания найти дополнительные источники бюджетных доходов за счет повышения, например, на 5% налогов на доходы людей, получающих более 1 млн руб. в год, и повышения на 10%, если доходы превышают 10 млн руб. Почему бы не ввести дополнительный налог на недвижимость, если она стоит, например, более 10 млн руб., можно было ввести дополнительные акцизы на автомобили стоимостью более 2 млн руб., дорогие ювелирные украшения и т.п.? Почему все внимание сосредотачивается на том, как бы изъять часть реального дохода у малоимущих, которые больше всего страдают от повышения государственных цен и цен госмонополий?

К тому же те поправки, которые вносятся в последнее время в пенсионное обеспечение или в финансирование здравоохранения, не решают коренных вопросов улучшения этих отстающих сфер нашей социальной жизни.

Повышение пенсионного возраста не решит коренных вопросов нашей пенсионной системы. Мы все равно останемся с худшей пенсионной системой, никак не соответствующей нашему уже достигнутому экономическому и социальному уровню развития. Чтобы перейти к достойной пенсионной системе, надо менять ее в принципе и переходить к принятой в подавляющем большинстве стран мира накопительной пенсионной системе, используя в качестве важнейшего источника накопления обязательные взносы граждан на будущие пенсии из своей заработной платы и доходов. Это можно сделать, не снижая реальных доходов населения, для чего нужно соответствующим образом проиндексировать заработную плату и другие доходы на величину этих пенсионных взносов. К сожалению, этот принципиальный вопрос у нас всерьез даже не обсуждается. Уверен, в стране есть огромные возможности решения назревших проблем без ухудшения жизни малообеспеченных семей. Напротив, даже в период рецессии можно было бы изыскать определенные средства, чтобы улучшить бедственное положение таких семей. ЭС

ПЭС 15051/20.04.2015

Источники

1. Демографический ежегодник России. 2014: Стат. сб. М.: Росстат, 2014.
2. Россия-2015: Стат. справочник. М.: Росстат, 2015.
3. Продолжительность жизни и возраст выхода на пенсию // Демоскоп Weekly. 2012. № 511, 512.
4. Народное хозяйство СССР в 1986 г.: Статистический ежегодник. М.: Финансы и статистика, 1987.
5. Аганбегян А.Г., Варшавский Ю.В., Жуковский В.Д. О программно-целевом управлении в здравоохранении // СПЭРО. 2007. № 7.
6. Народное хозяйство СССР в 1988 г.: Статистический ежегодник. М.: Финансы и статистика, 1989. С. 27–28.
7. Аганбегян А.Г. Тревожный звоночек: в России прекратилось снижение смертности населения // Экономическая политика. 2015. № 2.

Increasing the Extremely Low Russian Population Life Time — the Most Important Immediate Task

Abel Aganbegyan

The article examines the life expectancy dynamics in Russia in its historic perspective. It analyzes its differences in men and women. The main attention is paid to studying the causes of extremely low life span in Russia compared to other countries. The paper substantiates the ways of priority increasing not only common but also healthy life time, which largely determines the retirement age.

Keywords: life expectancy, population mortality, infant and child mortality, depopulation, retirement age, state budget expenditures on health care and pensions.