

ТРЕВОЖНЫЙ ЗВОНОЧЕК: В РОССИИ ПРЕКРАТИЛОСЬ СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Абел АГАНБЕГЯН

академик РАН, заведующий кафедрой
экономической теории и политики
Российской академии народного хозяйства
и государственной службы при Президенте РФ
(119571, Москва, просп. Вернадского, д. 82).
E-mail: aganbegyan@rane.ru

Оikovочислa • Политикa

OIKONOMIA • POLITIKA

Аннотация

В статье показаны достижения России по повышению рождаемости, снижению смертности и преодолению депопуляции населения в результате осуществления национальной программы «Здоровье» в 2006—2014 годы. Показана особая роль показателей смертности в социально-экономическом развитии страны и месте России в международных рейтингах. В 2014 году сокращение смертности приостановилось, а в начале 2015 года она начала расти на фоне снижения рождаемости. В этой связи выполнен прогнозный анализ улучшения демографической ситуации и названы меры, которые приведут к ускоренному сокращению смертности в России.

Ключевые слова: здравоохранение, демографическая политика, рождаемость, смертность.

JEL: I10, I15, I18.

В последние годы российские руководители неоднократно и справедливо ссылались на крупные успехи отечественной демографической политики, подчеркивая, что у нас повышается рождаемость — при одновременном снижении смертности; так что впервые за последние 20 лет мы преодолели депопуляцию и с 2013 года у нас наблюдается естественный прирост населения. Но пока никто не бьет тревогу по поводу того, что в 2014 году смертность населения составила 1 млн 914 тыс. чел. в сравнении с 1 млн 906 тыс. в 2012 году и 1 млн 872 тыс. — в 2013 году. Общий коэффициент смертности (смертность на 1000 чел. населения) в 2014 году составил 13,1, по сравнению с 13,0 в 2013 году.

Несмотря на стагнацию показателя смертности населения, и в 2013-м, и в 2014 году рождаемость превысила смертность — правда, на микроскопическую величину: на 24 тыс. чел. в 2013 году и на 33 тыс. чел. в 2014 году, то есть на 0,02%, что связано со значительным приростом рождаемости в 2014 году. Число родившихся увеличилось с 1 млн 896 тыс. в 2013 году до 1 млн 947 тыс. в 2014 году — более чем на 50 тыс. чел.

На наш взгляд, приостановка снижения коэффициента смерт-

ности в 2014 году не является случайной. Это результат сокращения реальных затрат государства на развитие здравоохранения в связи с экономической рецессией, перерастающей в кризис. В 2015 году возможно дальнейшее ухудшение финансирования здравоохранения, особенно с учетом удвоившихся темпов инфляции. Поэтому весьма вероятно, что «заминка» в сокращении смертности населения будет достаточно длительной.

Из всех важнейших социально-экономических показателей России показатель смертности, а значит, и показатель продолжительности жизни, который от него напрямую зависит, являются наихудшими в межстрановом рейтинге. Из 150 стран мира Россия по показателям смертности и продолжительности жизни занимает примерно 90-е место, а по соответствующим показателям для мужского населения — 120-е, в то время как по уровню экономического развития (ВВП на душу населения) Россия занимает 43-е, по уровню реальных доходов — 50-е, по уровню образования — 20-е, по индексу социального развития — 65-е место.

Коэффициент смертности в нашей стране катастрофически высок — в 1,4 раза выше, чем в ведущих странах Западной Европы. Продолжительность жизни россиян при этом составляет 71,6 года (2014 год) — в сравнении с 82 годами в среднем в Германии, Англии, Франции и Италии. В России вдвое выше, чем в Западной Европе, коэффициент младенческой смертности (7,4 против 3,5 на 1000 родившихся живыми) и втрое выше — коэффициент смертности трудоспособного населения, при этом трудоспособных мужчин — в 5 раз выше.

Высокий коэффициент смертности в России и низкая продолжительность жизни самым серьезным образом влияют на общую социальную обстановку в стране, на формирование трудовых ресурсов, которые вследствие этого оказываются в явном дефиците, что препятствует экономическому развитию страны. В результате нам приходится ежегодно привлекать примерно по 200 тыс. мигрантов.

Одним словом, приостановка снижения смертности в России — подлинная трагедия ее социальной жизни. Рассмотрим связанные с этим вопросы более подробно.

1. Роль показателей смертности населения в социально-экономическом развитии страны

Прирост населения прежде всего определяется рождаемостью и смертностью. Показатель рождаемости в нашей стране из всех демографических показателей самый благополучный. В настоящее время общий коэффициент рождаемости достиг 13,3 на 1000 человек населения. Он, как известно, зависит от двух показателей: от количества женщин в фертильном возрасте, который определяется возрастной структурой населения, и от суммарного коэффициента рождаемости, характеризующего, сколько детей приходится на одну женщину репродуктивного возраста.

В ходе трансформационного кризиса (1990—1998/99 годы) коэффициент рождаемости резко снизился: с 13,4 в 1990 году до 8,3 в 1999 году, то есть в 1,6 раза. С 8,3 этот показатель поднялся в 2003—2005 годы до 10,2 и на этом уровне застыл. До начала 2000-х годов число женщин в фертильном возрасте возрастало, и частично за счет этого рос коэффициент рождаемости. Благодаря национальной программе «Здоровье», которая начала действовать с 2006 года, рождаемость стала расти, и за девять лет, к 2014 году, достигла 13,3. При этом суммарный коэффициент рождаемости увеличился с 1,29 в 2005 году до 1,76 в 2014 году, то есть на 36%. Так что основной прирост рождаемости был обусловлен повышением суммарного коэффициента рождаемости.

С 2012 года рост коэффициента рождаемости приостановился. Сначала число родившихся в 2013 году немного сократилось (с 1 млн 902 тыс. до 1 млн 896 тыс.), так что коэффициент рождаемости снизился с 13,3 до 13,2, а в 2014 году оно выросло до 1 млн 947 тыс. чел. с коэффициентом рождаемости 13,3. Частично этот рост был связан с повышением суммарного коэффициента рождаемости, который с 1,69 в 2012 году увеличился до 1,72 в 2013 году и до 1,76 — в 2014 году. При столь интенсивном росте суммарного коэффициента рождаемости рост общего коэффициента рождаемости, как мы видим, прекратился и замер в 2013—2014 годах на отметке 13,3. Это свидетельствует о сокращении числа женщин в фертильном возрасте, обусловленном возрастными подвижками. В следующие годы, вплоть до 2030-го, контингент таких женщин будет сокращаться более существенно и вряд ли сможет быть перекрыт увеличением суммарного коэффициента рождаемости.

Численность женщин в главных фертильных возрастах (с 15 до 39 лет) в 2013 году составляла 22,6 млн чел., а через 20 лет составит около 14,5 млн чел., или в 1,6 раза меньше. Только за счет этого фактора рождаемость снизится с 13,3 в 2014 году до 8,9 на 1000 человек населения в 2034 году (через 20 лет). Это — при условии, что суммарный коэффициент рождаемости останется на уровне 2014 года, а именно в размере 1,76.

В демографическом прогнозе Росстата суммарный коэффициент рождаемости по среднему варианту на 2034 год составит 1,71, а по высокому варианту — 2,03. Отметим, что суммарный коэффициент рождаемости еще в 2013 году превзошел показатель этого среднего прогноза, который является явно заниженным. В 2014 году суммарный коэффициент рождаемости уже был на уровне высокого варианта 2017 года, который тоже, по-видимому, несколько занижен. Если же принять указанный суммарный коэффициент рождаемости 2034 года, то с его учетом коэффициент рождаемости в 2034 году составит 10,2.

Если коэффициент смертности останется прежним — 13,1 на 1000 человек населения, то ежегодный размер депопуляции через 20 лет достигнет 350—400 тыс. чел. в год, что потребует для пополне-

ния трудовых ресурсов ежегодного привлечения мигрантов в количестве не менее полумиллиона человек. Это представляется совершенно нереальным. Избежать этого можно только одним способом — необходимо значительно снизить смертность. Если за 20 лет снизить ее еще на 30% (подобно тому, как она снизилась с 2005 года) — примерно до 10, то можно избежать депопуляции. А чтобы добиться естественного прироста, нужно коэффициент смертности за 20 лет сократить до коэффициента, характерного для ведущих западноевропейских стран, — до 9 на 1000 человек населения (с корректировкой на возрастную структуру для сопоставимости этих показателей).

Как видно из приведенных данных, чтобы избежать депопуляции, в перспективе необходимо решить две задачи.

1. Поднятие суммарного коэффициента рождаемости с 1,76 до 2, то есть до самого высокого уровня среди развитых стран мира, таких как Великобритания и Франция. Близкий по значению коэффициент достигает 1,9 — у США, Норвегии и Швеции. В то же время Германия, Испания и Италия имеют крайне низкий суммарный коэффициент рождаемости — 1,4.

2. Значительное сокращение смертности до уровня развитых стран. Тем самым и ожидаемая средняя продолжительность жизни в России тоже должна будет повыситься до достигнутого уровня ведущих стран мира — Германии, Англии, Франции и Италии.

Нам ни в коем случае нельзя мириться с катастрофически высоким уровнем смертности, если мы хотим избежать возврата к новой депопуляции и к снижению численности населения страны. Особая значимость сокращения смертности в России заключается также в том, что у нас она преимущественно происходит за счет снижения смертности трудоспособного населения. И потому курс на сокращение смертности в первую очередь обеспечит нам увеличение снижающейся вследствие возрастных сдвигов численности трудоспособного населения, что для нас крайне важно.

Даже по оптимистичному варианту прогноза Росстата численность населения в трудоспособном возрасте в России снизится с 85,2 млн чел. в 2014 году до 79,8 млн чел. в 2024 году, после чего произойдет небольшое наращивание с достижением максимума в 2035 году (82,2 млн), а потом — снова сокращение к середине века из-за возрастных сдвигов — до 80 млн чел. Что касается среднего варианта прогноза, то здесь численность трудоспособного населения будет снижаться непрерывно, достигнув к 2030 году 78,6 млн чел. (на 6,5 млн чел. меньше 2014 года), и продолжит дальнейшее сокращение.

Значительное снижение смертности в России до уровня передовых стран позволит прежде всего радикально сократить смертность трудоспособного населения. Сравним, например, произошедшие позитивные сдвиги с 2005 по 2014 год. Общая смертность в 2005 году составляла 2 млн 334 тыс. чел., а в 2014 году — 1 млн 914 тыс., то есть на 390 тыс. меньше, при увеличении общей численности населения

Смертность населения в России (тыс. чел.)

Показатели	Фактическая смертность населения в России	Возможная смертность населения в России при показателях уровня Западной Европы	Разница
Общая смертность населения	1914	1300	614
Смертность трудоспособного населения	470	130	340

с 143,2 млн чел. на 1 января 2006 года до 146,3 млн чел. на 1 января 2025 года. В то же время смертность трудоспособного населения с 2005 по 2014 год снизилась с 740 тыс. до 470 тыс., или на 270 тыс. чел. Таким образом, 70% сохраненных жизней за этот период приходятся на снижение смертности трудоспособного населения. В дальнейшем эта доля несколько сократится, но всё равно превысит, по нашим расчетам, 50%.

Это видно при сравнительном анализе фактической смертности населения в России и в Западной Европе. Коэффициент смертности для Западной Европы мы принимаем равным 9 на 1000 человек населения, а смертность населения в трудоспособном возрасте от общей смертности в России составляет около 25%, а в Западной Европе — 10%.

Если за 15—20 лет мы достигнем уровня смертности западноевропейских стран, в том числе по трудоспособному населению, то ежегодно сохраним жизнь более 600 тыс. чел., из которых 340 тыс. будут в трудоспособном возрасте. Таким образом, в составе сохраненных жизней численность трудоспособных к концу периода составит 55%. Ежегодное сохранение сначала 100, потом 200, а затем 300 и более тысяч жизней, из которых до 80% — трудоспособные мужчины, коренным образом изменит численность и половой состав трудоспособного населения и позволит избавить нашу страну от массовой миграции гастарбайтеров, в основном малоквалифицированных. Это не только принесет прямую экономическую выгоду стране, но и оздоровит социальную обстановку. При таком снижении смертности общая численность трудоспособных в России, составляющая сейчас 85 млн чел., в основном сохранится — во всяком случае, в ближайшие 15—20 лет.

Сохранение столь значительного количества жизней трудоспособного населения будет способствовать экономическому развитию страны, поскольку в среднем каждый работающий производит в год продукции по паритету покупательной способности в размере около 50 тыс. долл. Ежегодное снижение смертности трудоспособного населения в перспективе по 20 тыс. чел. в год (в сравнении с 30 тыс. сокращения смертности трудоспособных в последние 9 лет) даст ежегодный прирост ВВП в размере 1 млрд долл. (около 60 млрд руб. по текущему курсу). Через пять лет сохраненная численность трудоспособных даст прирост продукции уже в размере 5 млрд долл., а через

десять лет — 10 млрд долл. (оценка в действующих ценах при достигнутом уровне производительности труда). Так как производительность будет ежегодно расти, то и экономическая эффективность сохранения жизней будет увеличиваться.

Из-за рекордно высокой смертности трудоспособного населения мы несем баснословные убытки. Ежегодные потери только от излишней смертности трудоспособного населения оцениваются в 4,1 трлн руб., или 63 млрд долл., если оценивать стоимость жизни человека в России в размере 200 тыс. долл. (12 млн руб.).

Огромен и социальный выигрыш населения от снижения смертности, и в первую очередь трудоспособных возрастов. Поскольку 80% всех умерших в трудоспособном возрасте составляют мужчины, то в основном умирают кормильцы семей, и даже благополучные семьи из-за этого подчас впадают в нищету. В среднем трудоспособный человек приносит в семью около полумиллиона рублей в год с учетом не только заработной платы, но и других доходов, а также социальных льгот и выплат. Поэтому излишняя смертность в сравнении с западноевропейскими цифрами трудоспособного населения в 340 тыс. чел. лишает семьи 170 млрд руб. доходов ежегодно. Нельзя не принимать в расчет и другие социальные аспекты преждевременной смерти членов семьи — прежде всего их участие в воспитании, образовании, организации счастливой жизни семьи.

Как видно, показатели смертности населения играют ключевую роль в социально-экономическом развитии страны, во многом предопределяя наличие или отсутствие депопуляции населения, в особенности трудоспособной его части — со всеми вытекающими экономическими и социальными последствиями. Поэтому крайне важно добиться дальнейшего значительного сокращения смертности, преодолеть остановку в ее снижении.

2. Причины высокой смертности в России

Причины высокой смертности населения в России многообразны. В самом общем виде можно утверждать, что смертность находится в значительной зависимости от уровня экономического и социального развития страны. Однако эта связь неавтоматическая и неоднородная.

Россия по уровню экономического развития занимает 43-е место, уступая 25 развитым странам мира, нескольким постсоциалистическим странам (Словении, Чехии, Словакии, Венгрии и Эстонии), развитым странам Азии (Южной Корее, Тайваню, Сингапуру) и арабским нефтедобывающим странам, имеющим крупные высокоэкономичные месторождения нефти при небольшой численности населения (Саудовской Аравии, Кувейту, Бахрейну, Катару, ОАЭ и др.).

Наиболее обобщающий показатель в социальной области — разработанный в ООН индекс социального развития, который сводит

воедино показатели реальных доходов населения, образования и продолжительности жизни. По этому показателю Россия занимает 65-е место вследствие отставания по уровню продолжительности жизни, напрямую зависящему от смертности населения.

Без учета показателя смертности населения и, следовательно, продолжительности жизни по уровню социального развития Россия занимает примерно 45-е место в мире, в том числе по образованию — 20-е место. А по смертности населения и по ожидаемой в связи с этим продолжительности жизни Россия резко отстает, занимая по этим показателям, как мы уже отмечали, примерно 90-е место среди 150 стран мира.

Чтобы отвлечься от возрастной структуры населения, лучше всего судить о смертности по ожидаемой средней продолжительности жизни, которая рассчитывается на основе повозрастных таблиц смертности — таблиц дожития, не учитывающих количество населения в каждой возрастной группе, что серьезно влияет на общий коэффициент смертности.

Если взять страны с примерно таким же уровнем экономического и социального развития, как Россия, то средняя продолжительность жизни там будет намного выше. В 2011—2012 годах, например, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Болгарии была 74,2, в Венгрии — 75,1, в Польше — 76,9, в Румынии — 74,8, в Мексике — 74,2, в Бразилии — 73,4, в Турции — 73,9, в Белоруссии — 72,2, в Азербайджане — 73,9, а в целом — 73—74 года по сравнению с 70,2 годами в России. Есть даже страны, уступающие России по уровню экономического и социального развития, с более высокой продолжительностью жизни. В Китае в 2010 году она была равна 73,3, в Узбекистане — 72,9, в Таджикистане — 72,2, в Армении — 74,3, а в среднем — 72—73 года. В Молдавии, Таджикистане, Украине продолжительность жизни на один год выше, чем в России. Ниже России средняя продолжительность жизни в Казахстане и в Киргизии, но ниже на десятые доли года. Существенно ниже, чем в России, смертность только в одной крупной стране — Индии (65,1 года), да и то практически только по женщинам, поскольку смертность мужчин в Индии всего на 1 год отличается от России.

Значит, низкая смертность России лишь частично определяется уровнем экономического и социального развития. Она не соответствует этому уровню, а существенно его ниже. Особенно это относится к младенческой смертности и к смертности в трудоспособном возрасте. Детская смертность в России в 2012 году составляла 8,6, в то время как в Белоруссии — 3,4, в Украине — 8,4, в Болгарии — 7,8, в Литве — 3,9, в Польше — 4,6 и т. д. Выше детская смертность в Азербайджане, Армении, Казахстане, Киргизии, Молдавии.

Еще хуже обстоит дело со смертностью трудоспособного населения, где отставание наибольшее, особенно по главной причине смертности — болезням системы кровообращения, а также от внешних причин. На 100 тыс. жителей в 2012 году в России смертность

от болезней системы кровообращения составила 366,4 чел., а в Польше — 314, в Аргентине — 207,4, в Бразилии — 289,6, в Китае — 279,5, в Мексике — 174,2 чел. От внешних причин в России смертность — 106,6, в Болгарии — 41,8, в Венгрии — 62,9, в Польше — 53,7, в Румынии — 54,2, в Аргентине — 48,5, в Бразилии — 78,3, в Мексике — 54,6, в Китае — 73,4 чел. Почти повсеместно — в полтора-два раза ниже, чем у нас.

Итак, главная причина смертности в России — болезни системы кровообращения, на которую приходится больше половины всех смертей. Смертность от злокачественных новообразований составляет около 15%, от внешних причин — около 10%.

Доля показателя смертности от злокачественных новообразований почти во всех странах колеблется не так сильно. Смертность от болезней системы кровообращения в России в два-три раза выше по сравнению с развитыми странами. Еще больше разница в смертности от внешних причин, доходящая до трех-четырёх раз. При этом в развитых странах смертность от злокачественных опухолей и от болезней системы кровообращения почти одинакова. По Франции, например, смертность от болезней системы кровообращения на 100 тыс. чел. населения — 122,8, а от злокачественных опухолей — 154,4.

Из этих сопоставлений видно, что повышенная смертность в России в значительной мере связана с отставанием в лечении — прежде всего болезней системы кровообращения. На первом месте — отставание в уровне медицины при лечении ишемических болезней сердца и цереброваскулярных болезней, прежде всего инсульта.

А повышенная смертность от внешних причин — отравления алкоголем, несчастных случаев на транспорте, самоубийств и убийств, гибели от пожаров и т. п. — происходит у нас не только из-за несвоевременной и недостаточной медицинской помощи, но из-за низкой безопасности транспорта, пожарных условий, плохого качества алкогольных напитков и др.

В области лечения болезней системы кровообращения в последние девять лет достигнуты большие успехи. С 2005 по 2013 год смертность здесь сократилась на 30%, но она была столь высока, что даже после 30-процентного сокращения ее уровень в два-три раза превышает западные стандарты.

Сверхвысокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, на наш взгляд, связана с несколькими важнейшими причинами. Прежде всего речь идет об отсутствии своевременной диагностики болезней сердечно-сосудистой системы. Для большинства пациентов эти болезни долгое время являются бессимптомными: люди не чувствуют постепенного закупоривания сосудов, которое ведет к нарушению кровообращения и к инфарктам, не ощущают изменения состава крови, которое приводит к возникновению тромбов и изменению плотности сосудов, вызывающей кровоизлияние и т. п. Несвоевременная диагностика в первую очередь обусловлена несис-

темностью и плохой организацией поликлинического обслуживания. Постепенно медицинская помощь, в отличие от советского периода, перестала быть предупреждающей, профилактической — она теперь нацелена в основном на устранение симптомов. Людей начинают лечить, если они жалуются и сами приходят к врачу. Так что наиболее опасные болезни, которые «вызревают» бессимптомно (а это во многом ишемическая болезнь, цереброваскулярные болезни, злокачественные новообразования), обнаруживаются не своевременно, а лишь тогда, когда человек почувствовал боль или недомогание, что происходит уже на поздних стадиях подобных болезней.

Наиболее ярко это проявляется при лечении рака, поскольку в половине случаев рак выявляется у нас по жалобам пациента только на третьей или четвертой стадиях, когда он поддается лечению с большим трудом. Применительно к сердечно-сосудистым заболеваниям это менее очевидно, но тоже происходит аналогичным образом. Это обусловлено разобщенностью поликлиник и больниц, отсутствием непосредственной связи между ними, наличием разных по подходу, восприятию и т. д. врачей. Отсутствует санаторно-лечебная система, которая была развита в советские годы и выявляла на ранней стадии многие болезни, и прежде всего сердечно-сосудистые. Если бы вовремя выявлялись группы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям, за которыми был бы установлен специальный надзор, проводилось бы медикаментозное лечение современными эффективными препаратами, то дело не доходило бы до последней черты, как сейчас.

По статистике в России производится чрезвычайно мало эффективных операций на сердце, предотвращающих угрозу для жизни. В разы меньше, чем в западных странах, в России делают коронарографию, устанавливают стенты, поскольку заранее не обследуют пациентов на этот счет.

По данным ВОЗ, на миллион жителей в стране, как правило, необходимо делать тысячу операций шунтирования на сердце, а в России их производится в 3—5 раз меньше, в том числе из-за отсутствия пациентов (они не выявлены соответствующими обследованиями).

У большинства людей в России отсутствует опытный семейный врач, который систематически, примерно два раза в год, обследует своих подопечных и своевременно советует им пройти более детальное обследование, например на КТ или МРТ, сдать более расширенный анализ крови и т. д.

Люди у нас идут в поликлинику только тогда, когда у них что-то болит. Им и в голову не приходит, что в определенном возрасте необходимо обследоваться, в том числе на возможность рака, особенно его распространенных форм, таких как рак груди у женщин, предстательной железы у мужчин, рак легких у курящих, рак кожи у тех, кто любит загорать и ездить в жаркие страны, и т. д.

От сердечно-сосудистых заболеваний больше всего в трудоспособном возрасте умирают мужчины. Если они в 35—45 лет, когда

происходят серьезные изменения в организме и во многом предопределяется будущий жизненный путь человека, проходили бы обследование сердца, то можно было бы резко сократить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, потому что в этом возрасте уже видны патологические изменения в кровеносной системе. Вовремя начатое лечение возникающих патологий позволяет предотвратить дальнейшее ухудшение здоровья.

При этом в России в последние годы проведена большая работа по созданию высокотехнологических центров, в первую очередь в кардиологии. Они не полностью загружены, и при небольших вложениях могли бы принимать в полтора раза больше больных. Но создание этих центров не сопровождалось соответствующим переобучением кадров в поликлиниках, организацией массовых обследований людей в опасном возрасте на предмет выявления сердечно-сосудистых патологий и т. д.

Я подробно изучал материалы одной из клиник, где при обращении пациентов, с их согласия, проводилась комплексная диагностика состояния их здоровья и только после этого осуществлялось лечение выявленных патологий. Примерно у 3% всех пациентов обнаруживались раковые заболевания, прежде всего с помощью онкомаркеров, что отнюдь не является дорогостоящим делом. У еще большего процента людей обнаруживались сердечные патологии, в том числе весьма серьезные, о которых они даже не подозревали, обращаясь в клинику, например, из-за ухудшения зрения, а чаще всего — из-за сахарного диабета, который почти всегда сопровождается патологиями в сердечно-сосудистой системе. Сердечно-сосудистая система чутко реагирует на сбой в работе других органов человека: почек, печени, поджелудочной и щитовидной желез и др. Она так же чутко реагирует на любые изменения в легких, на болезни нервной системы, на наличие в организме патогенных микроорганизмов и вирусов.

Поэтому когда обследуют человека на основе конкретных симптомов, с которыми он обращается, то крайне важно исследовать его сердечно-сосудистую систему, ее состояние. В большинстве случаев выявляются те или иные патологии, которые часто представляют намного большую опасность, чем та конкретная болезнь, с которой пациент обратился. Но, к сожалению, в большинстве клиник этого не делается. Медицина крайне специализирована, и каждый специалист занимается своим делом. К тому же обязательная страховка не оплатит дополнительное диагностическое обследование, если оно не связано с той болезнью, с которой пациент обратился. Одним словом, необходимо принципиально менять подходы, нацеленность, квалификацию врачей общей практики, ориентируя их на выявление опасных болезней и стимулируя это выявление.

Из всех причин смертности наибольшие успехи в ее сокращении достигнуты по болезням системы кровообращения, с одной стороны, и по внешним причинам — с другой.

При лечении болезней системы кровообращения наибольший прогресс достигнут в сокращении смертности от цереброваскулярных болезней. Здесь с 465 тыс. умерших по этой причине в 2000 году и в 2005 году смертность сократилась до 323 тыс. в 2012 году, в 1,45 раза. Намного меньше снизилась смертность от ишемической болезни сердца. По сравнению с 2000 годом такого сокращения практически не наблюдается. Тогда от болезней умерли 558 тыс., а в 2012 году — 563 тыс. Но по сравнению с 2005 годом небольшое сокращение все же есть — тогда умерли 626 тыс. Отметим, что смертность от инфаркта миокарда даже немного возросла — с 63 и 64 тыс. в 2000 и в 2005 годах до 67 тыс. в 2012 году. Поэтому именно здесь кроется главный резерв снижения смертности.

Более интенсивными темпами сокращалась смертность от внешних причин: в 2000—2005 годах умирали по 316—319 тыс. чел., а в 2012 году — в 1,6 раза меньше. Смертность от случайных отравлений алкоголем снизилась с 41 тыс. до 15 тыс., от несчастных случаев на транспорте — с 40 тыс. до 30 тыс.; от самоубийств — с 57 тыс. (2000) до 30 тыс.; от убийств — с 41 тыс. (2000) до 15 тыс. Вдвое снизилась смертность от утоплений, в полтора раза — от пожаров и от случайных падений.

Смертность от новообразований в основном колеблется вокруг 290 тыс. чел. и не сокращается. Зато смертность от болезней органов дыхания снизилась со 100 тыс. до 70 тыс. чел. А от болезней органов пищеварения, по сравнению с 2000 годом, она даже увеличилась (с 65 тыс. до 69 тыс.), немного сократившись в сравнении с 2005 годом. Резко выросла смертность от болезней печени — с 29 тыс. в 2000 году до 47 тыс. чел. Правда, она несколько снизилась в 2005 году. Незначительно снизилась смертность и от инфекционных болезней — с 39 тыс. до 32 тыс. чел. При этом резко возросла смертность от ВИЧ-заболеваний — с 1,5 тыс. до 9 тыс. чел. Совсем не снижается смертность от болезней мочеполовой системы, растет смертность от болезней нервной системы. На уровне 12 тыс. чел. держится смертность от болезней эндокринной системы, прежде всего сахарного диабета. Резко выросла смертность от старости — с 50 тыс. до 66 тыс. чел.

Поэтому в целом смертность, к сожалению, снизилась не так существенно, как хотелось бы. По многим направлениям продвижение весьма небольшое. Более того, в 2014 году, как уже говорилось, смертность в России в целом не снизилась. Она несколько сократилась по сердечно-сосудистым заболеваниям, зато выросла по прочим болезням.

Трудно сказать, насколько реально сокращение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний или же это результат более тщательного подхода к определению причин смертности, которые раньше автоматически списывали на сердечно-сосудистые заболевания. Тем не менее это привело к закономерному снижению удельного веса умерших

от болезней системы кровообращения. Впервые эта доля в России в 2014 году опустилась ниже 50%. В свое время она доходила до 56%.

А в развитых странах, где на борьбу с основным источником смерти — ишемической болезнью сердца — были брошены более значительные силы, смертность от болезней системы кровообращения в отдельных странах составляет лишь четверть от всех умерших. Это один из прогрессивных трендов, сопровождающих общее снижение смертности и увеличение продолжительности жизни.

3. Программно-целевой подход к сокращению смертности населения

Еще раз повторюсь: по моему убеждению, смертность населения в России находится на катастрофически высоком уровне, позорном для развитой страны с мощным экономическим потенциалом и высокообразованным населением.

С учетом огромного экономического, социального и имиджевого ущерба, наносимого России столь высоким коэффициентом смертности, целесообразно выдвинуть задачу сокращения смертности как одну из трех-пяти наиболее приоритетных задач развития нашей страны.

Для решения важнейших приоритетных задач четкой целевой направленности наука и практика управления выдвинули эффективный метод — программно-целевой подход. Управление при этом методе ведется строго по целевому принципу: все подчинено выдвинутой сверхзадаче — в данном случае снижению смертности.

С этой целью разрабатывается программа действий сроком на три-пять лет, которая должна носить совершенно конкретный характер и быть количественно обчислена по каждому своему мероприятию. В первую очередь обосновываются приоритетные меры, осуществление которых принесет наибольший результат и которые к тому же будут наиболее эффективными как в экономическом, так и в социальном плане.

Для разработки этой программы должна быть рассмотрена вся цепочка — от возникновения болезни, ее выявления, лечения, проведения при необходимости хирургических операций до реабилитации. И так на протяжении всей жизни человека. Следует выделить головной медицинский центр по данной патологии, приводящей к массовой смерти людей, например — по ишемической болезни сердца или по злокачественным новообразованиям. На этот центр нужно возложить научное руководство всей работой с назначением научного руководителя из числа крупнейших специалистов, способного организационно возглавить эту работу. Данная программа обеспечивается целевым финансированием. Высшее административное управление этой программой целесообразно возложить на одного из руководителей Правительства, который будет нести персональную ответственность за ее реализацию.

Предлагается сформировать несколько целевых программ по основным причинам смертности, и в течение ближайших трех-пяти лет

при определенном увеличении затрат на здравоохранение эти вопросы могли бы быть решены.

Как показывает опыт, программно-целевой метод обеспечивает существенную экономию средств именно благодаря целевой направленности всех расходов, исключая расходование этих средств на содержание существующих организаций вне зависимости от их результативности, как это обычно происходит у нас. К примеру, весь бюджет здравоохранения разрабатывается без утверждения каких-либо целевых показателей, а существующая национальная программа по здравоохранению добавила лишь часть финансирования, но привела при этом к разительным результатам благодаря своей даже частичной нацеленности на результат, при всех изъянах и недостатках.

За три-пять лет, на наш взгляд, можно было бы сократить смертность с 13 до 11 на тысячу жителей, в том числе детскую смертность — с 7,4 до 4,5, а смертность в трудоспособном возрасте — с 25% общей смертности до 18%, то есть снизить ее с нынешних 470 тыс. чел. до 340 тыс. чел. Такой уровень смертности будет полностью соответствовать экономическому, социальному и образовательному уровню России. При этом продолжительность жизни увеличится до 75 лет, в том числе мужчин — до 70 лет, а женщин — до 80 лет.

Сокращение смертности и повышение продолжительности жизни целесообразно выдвинуть в качестве одного из критериев, по которым оценивается деятельность губернаторов. Ведь в России небывалый разброс показателей смертности. Если взять однородный показатель смертности, например младенческую смертность, то она колеблется от 4% в Тамбовской области и 4,5% в Санкт-Петербурге до 8,1% в Москве, 10,2% — в, казалось бы, передовой Калужской области, 13,8% — в Амурской области и 15,5% — в Еврейской автономной области. Разница составляет более трех раз.

Если же мы возьмем детскую смертность по разным странам Европы, то разница здесь колеблется от 2,4—2,6 в Финляндии и Швеции до 3,5% — во Франции. Если заняться отстающими регионами, поменять там ответственных, обучить врачей в передовых регионах, оказать помощь кадрами, то можно радикально снизить эту смертность.

Недавно мне пришлось участвовать в разработке стратегии развития системы здравоохранения Кызылординской области Казахстана. Работая над этим вопросом, я обратил внимание на рекордно высокую детскую смертность в Кызылорде в последние 40 лет, которая превышала общую смертность в Казахстане в полтора раза. Специалистами-медиками области был разработан конкретный план снижения смертности, обучен персонал во всех роддомах, проведена работа с роженицами, закуплено дополнительное оборудование и медикаменты на сумму 3 млн долл. В результате смертность удалось сократить в 1,7 раза и сразу выйти на средний для Казахстана уровень. На это ушел всего год работы.

Так можно сделать везде, и именно так и надо работать!

Литература

1. Аганбегян А. Г., Варшавский Ю. В., Жуковский В. Д. О программно-целевом управлении в здравоохранении // SPERO. 2007. № 7. С. 5–26.
2. Демографический ежегодник России, 2014: Стат. сборник. М.: Росстат, 2014.

Ekonomicheskaya Politika, 2015, vol. 10, no. 2, pp. 63–76

Abel AGANBEGYAN, academician. E-mail: aganbegyan@ane.ru.

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (82, prosp. Vernadskogo, Moscow, 119571, Russian Federation).

Alarm Bell: Reduction of the Mortality Rate in Russia Stopped

Abstract

The article shows the achievements of Russia in increasing the birth rate, mortality reduction and overcoming depopulation as a result of the implementation of the national program “Health” in 2006-2014 years. The special role of mortality in socio-economic development of the country and Russia’s place in the international rankings is underlined. In 2014, the reduction in mortality was suspended, and in early 2015 it started to increase with a decrease in fertility. In this context, forward-looking analysis was carried out to find the means to improve the demographic situation and measures which will lead to an accelerated reduction of mortality in our country are identified.

Key words: health care, population policy, fertility, mortality.

JEL: I10, I15, I18.

References

1. Aganbegyan A., Varsavsky Y., Zhukovsky V. About the program-oriented management in healthcare. *SPERO*, 2007, no. 7, pp. 5-26.
2. *Demographic Yearbook of Russia, 2014. Statistical collection.* Moscow: Rosstat, 2014.