

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Аганбегян А.Г. Клеева Л.П., Кротова Н.А.,
Печурина А.А.**

**Условия и факторы преодоления депопуляции
в России**

Москва 2016

Аннотация. В работе представлен новый прогноз естественного движения населения до 2030 г. с учетом новых наметившихся трендов рождаемости и смертности. Проведены: анализ депопуляции населения в 1992-2005 гг. с выводами о негативном характере снижения рождаемости и повышения смертности с тем, чтобы не допустить подобного положения в перспективе; оценка эффективности национальной программы «Здоровье населения» в 2006-2013 гг., обеспечивающей преодоление депопуляции, с выводами и предложениями для последующей демографической политики; исследование негативного тренда начавшегося сокращения рождаемости в связи со снижением числа женщин фертильного возраста.

Выявление на основе опыта Франции и ряда других развитых стран возможностей смягчения негативного тренда начавшегося сокращения рождаемости в связи со снижением числа женщин фертильного возраста за счет увеличения общего коэффициента рождаемости позволило определить возможности более интенсивного сокращения смертности населения, особенно детской смертности и смертности в трудоспособном возрасте, где наши коэффициенты в 2.5-3,5 раза выше, чем в странах Западной Европы. Также был проведен анализ рекреационного комплекса России.

Аганбегян А.Г., заведующий кафедрой экономической теории и политики
Факультет финансов и банковского дела Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Клеева Л.П., заведующий лабораторией экономики и управления бизнесом
Факультет Высшая школа корпоративного управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Печурина Алена Александровна – научный сотрудник, кафедра экономической теории и политики
Факультет финансов и банковского дела Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Кротова Н.А., научный сотрудник, кафедра экономической теории и политики
Факультет финансов и банковского дела Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2015 год.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1 Воспроизводство населения в период 1985-2015 гг.	5
1.1 Депопуляция в России в 1992-2011 гг.	5
1.3 Продолжительность жизни в кризисный период 90-х годов.....	10
1.4 Первое десятилетие XXI в. – тренд повышения продолжительности жизни	11
2 Рождаемость населения: вчера, сегодня, завтра	14
2.1 Возобновление депопуляции в России.....	14
2.2 Перспективы рождаемости населения.....	15
2.3 Возможные меры по повышению рождаемости	18
3 Смертность населения и продолжительность жизни: вчера, сегодня, завтра	19
3.1 Главная цель здравоохранения – сокращение смертности населения, особенно в детском и трудоспособном возрасте	19
3.2 Программно-целевой подход для сокращения смертности населения	21
3.3 Оценка уровня достигнутых демографических показателей 2012 г.	27
3.4 Сокращение смертности в России	30
3.5 О возможностях сокращения смертности населения России в перспективе	35
4 О продолжительности здоровой жизни и пенсионном возрасте.....	38
4.1 Ожидаемая продолжительность здоровой жизни – важнейший социально-демографический показатель.....	38
4.2 Различия в ожидаемой продолжительности здоровой жизни от ее общей продолжительности в России	40
4.3 Отставание России от других стран по ожидаемой продолжительности здоровой жизни.	41
4.4 Низкая продолжительность здоровой жизни в России, особенно женщин, противоречит намерению повысить пенсионный возраст	44
4.5 О причинах ухудшения демографической ситуации в России в последние два-три года	46
5 Повышение эффективности и качества здравоохранения в России – необходимое условие успешной демографической политики	50
5.1 Повышение доступности качественной медицинской помощи	50
5.2 Новый подход к финансированию здравоохранения.....	51
5.3 Прогноз динамики населения России.....	60
6 Роль рекреационного комплекса в сокращении депопуляции	61
6.1 Влияние рекреационного комплекса на здоровье населения	62
6.2 Рекреационный комплекс как основа развития трудовых ресурсов	71
6.3 Вклад рекреационного комплекса в экономическое развитие страны и регионов.....	75
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	77
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	78

ВВЕДЕНИЕ

Процесс депопуляции – сокращение численности населения за счет превышения смертности над рождаемостью – сокращает прирост населения или его численность и, тем самым, серьезно влияет на деятельность предприятий и организаций страны, сфер деятельности и целых отраслей, зависящих от численности населения. Речь идет о работе дошкольных учреждений, школ, техникумов и вузов, о численности трудоспособного населения, прямо влияющих на численность занятых, на размер миграции с целью заместить недостающие трудовые ресурсы и т.д.

В течение последних десятилетий в России происходил процесс депопуляции, вызванный целым рядом социально-экономических факторов. Процесс депопуляции был преодолен в 2013 г., когда рождаемость, примерно, на 20 тыс. человек превысила смертность. К сожалению, в 2015 г. смертность населения вновь превысила рождаемость. В будущем, как показывают дальнейшие демографические расчеты, в том числе выполненные Росстатом, депопуляция возродится даже по высокому варианту прогноза.

Найти возможности дополнительного снижения смертности населения и за счет этого предотвратить эту депопуляцию – крайне важная задача, поскольку, вероятнее всего, в ближайшие годы увеличить рождаемость будут нереально в связи имеющейся возрастной структурой женщин.

Поэтому скорейшее преодоление депопуляции является одной из основных задач социально-экономического развития России, а выявление факторов, влияющих на рост численности населения, и разработка мер по его активизации – важнейшей проблемой экономической науки.

1 Воспроизводство населения в период 1985-2015 гг.

1.1 Депопуляция в России в 1992-2011 гг.

За 20 лет с 1992 по 2011 гг. естественная убыль населения Российской Федерации составила около 13,5 млн. человек. В результате, несмотря на значительную миграцию, общая численность населения России сократилась с 148,6 млн. по максимуму, который был достигнут на 1 января 1993г., до 143,2 млн. – на 1-ое января 2013г., то есть на 5,4 млн. человек.

С 1989г. уровень рождаемости стал резко падать. Одновременно несколько меньшими темпами стала увеличиваться смертность. Если рождаемость сократилась почти вдвое, то смертность выросла почти в 1,6 раза.

Как это видно на рисунке 1.1, линии сокращения рождаемости и повышения смертности двигались друг на друга и пересеклись в 1992г., а потом стали все больше расходиться в разные стороны, сформировав т.н. «русский крест», – так наименовали демографы это невиданное ранее в других странах столь резкое падение рождаемости при одновременном повышении смертности и резком переходе от ситуации с высоким приростом популяции к значительной, небывалой депопуляции.

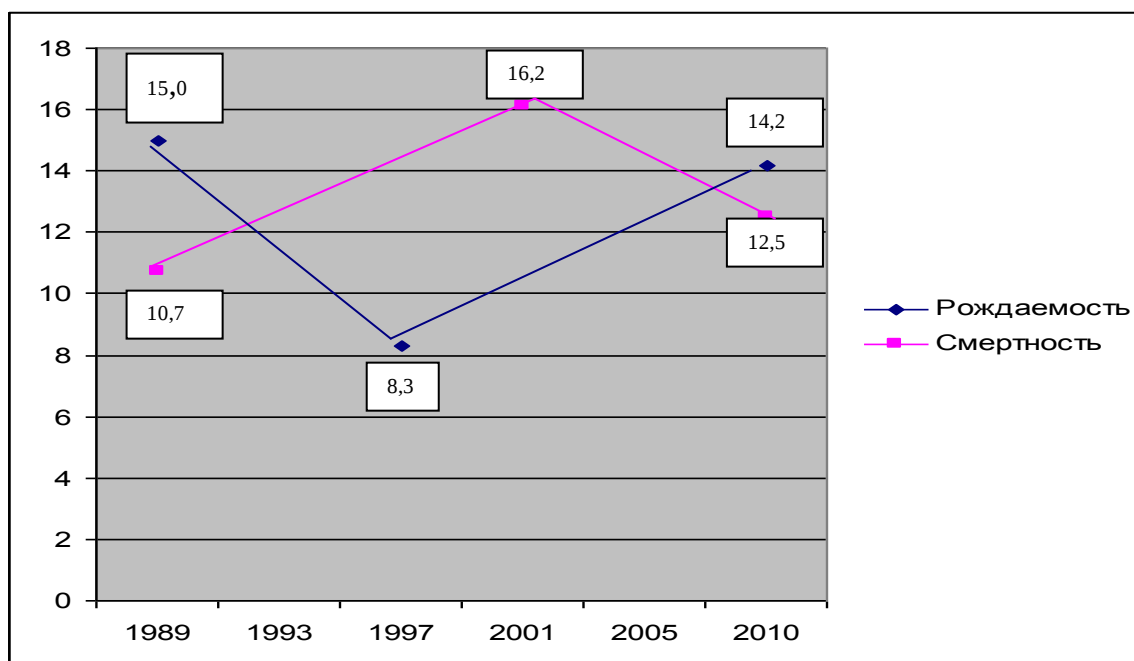


Рисунок 1.1 – Демографический русский крест

В динамике депопуляции в России четко можно выделить три периода:

- нарастание депопуляции (1992-1998гг.);
- период установившейся высокой депопуляции (1999-2005гг.);

– период интенсивного повышения рождаемости и сокращения смертности (2006-2011гг.), когда рождаемость повышалась, а смертность снижалась.

И в 2012 г. рождаемость достигла и даже немного превзошла уровень сократившейся смертности.

На рисунке 1.2 показано преодоление Россией тенденции депопуляции

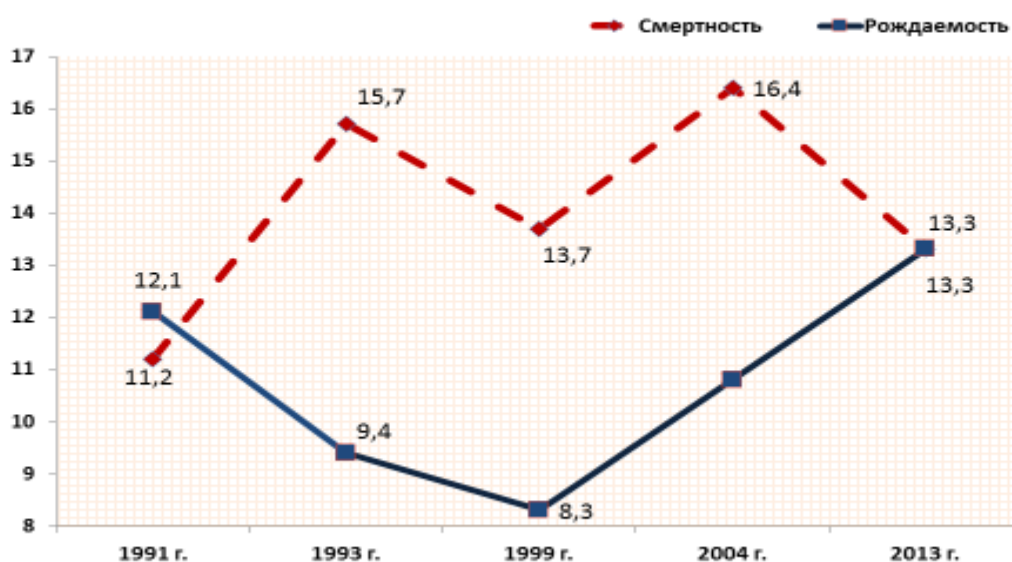


Рисунок 1.2 – Депопуляция в России

Более подробно данные относительно динамики рождаемости и смертности приведены в таблице 1.1.

Таблица 1.1 – Динамика рождаемости и смертности в России

	В тыс. чел.			На 1000 человек населения			
	Число родившихся	Число умерших	Естественный прирост	Коэффициент рождаемости	Коэффициент смертности	Естественный прирост	Суммарный коэффициент рождаемости
1980 г.	2203	1576	677	15,9	11,0	4,9	1,895
1990 г.	1989	1656	333	13,4	11,2	2,2	1,892
2000 г.	1267	2225	-959	8,7	15,3	-6,6	1,195
2005 г.	1457	2304	-847	10,2	16,1	-5,9	1,294
2006 г.	1480	2167	-687	10,4	15,1	-4,8	1,305
2007 г.	1610	2080	-470	11,3	14,6	-3,3	1,416
2008 г.	1714	2076	-362	12,1	14,5	-2,5	1,502
2009 г.	1762	2011	-249	12,4	14,1	-1,8	1,542
2010 г.	1789	2029	-240	12,5	14,2	-1,7	1,567
2011 г.	1797	1926	-129	12,6	13,5	-0,9	1,582

2012 г.	1902	1906	-4	13,3	13,3	0,0	1,691
2013 г.	1896	1872	24	13,2	13,0	0,2	1,72
2014 г.	1947	1914	33	13,3	13,1	0,2	1,76

Сближение рождаемости и смертности в последние годы позволило России перейти к процессу увеличения численности населения страны. В этом процессе также значительную роль играет миграция.

Преодоление депопуляции имеет большое социально-экономическое значение. Ведь депопуляция населения вызвала заметное сокращение численности населения, что со временем сказывается на приросте трудовых ресурсов, от которых напрямую зависит численность работающего населения.

Для страны со столь обширной территорией, которой обладает Россия, рост численности населения необходим для более полного освоения территории своей страны. Недостаток собственного населения, прежде всего, в трудоспособном возрасте, вынуждает государство расширять приток миграционного населения в страну. И мы видели, как огромная естественная убыль населения из-за депопуляции во многом возмещалась огромным притоком мигрантов из других стран СНГ.

Из всех прибывающих в Россию около 90% – прибывшие из стран СНГ. Наибольшая численность в Россию, по 20-30 тыс. в год, прибывает из Украины, Узбекистана и Казахстана. По 20-30 тыс. в последние годы приезжают из Армении и по 10-20 тыс. – из Азербайджана, Киргизии и Таджикистана.

Как показывают обследования, значительную часть мигрантов составляют малоквалифицированные работники. Большой приток мигрантов в Россию, как известно, создает ряд негативных проблем, связанных со спекуляцией, воровством, преступностью; порождает новые очаги бедности; негативно влияет на уровень зарплаты россиян; порождает много сложных социальных проблем, в частности – адаптацию мигрантов к чуждым для них условиям жизни в России.

Если бы демографическая ситуация в стране была более благоприятной, можно было бы России проводить более эффективную миграционную политику, привлекая в Россию более квалифицированные кадры и в существенно меньших размерах.

Поэтому преодоление депопуляции – первый крупный шаг по улучшению демографической ситуации в России с позитивными социально-экономическими последствиями.

1.2 Исторический экскурс динамики продолжительности жизни населения в России

Важным демографическим показателем является 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.

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.

Поскольку человеческая жизнь – самая большая ценность, то показатель продолжительности жизни является ключевым, важнейшим показателем уровня и качества жизни населения. 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, определяющему потребления 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-ые и 70-ые годы XX века 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 людей, ограничивающих их возможности к труду, активному отдыху, выполнению других функций, свойственных здоровым людям).

В России ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляет около 66 лет, а женщин – 77 лет с рекордной разницей в 11 лет. А 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.

В середине 1960-ых 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 [1].

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 и более раз 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.

В таблице 1.2 приведены данные относительно причин смертности населения в трудоспособном возрасте

Таблица 1.2 – Число умерших в трудоспособном возрасте по причинам смерти в СССР (на 100 тыс. человек населения) [2]

	1985г.	1986г.	1987г.	1988г.
От всех причин, в т.ч.	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

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.

1.3 Продолжительность жизни в кризисный период 90-х годов

Как уже отмечалось, с 1990г. начался кризис, который с конца 1991г. перерос в трансформационный кризис, связанный с распадом СССР, а затем и с шоковым переходом к рынку, усугублённый стихийно обвальноей конверсией военного производства и политическими потрясениями. А с 1993г. начался процесс депопуляции: число умерших превысило число рождаемых. Эта депопуляция нарастала и максимума достигла в 1998-2000гг., когда население страны по естественным причинам ежегодно сокращалось по 900-950 тыс. человек.

Особенно стремительно средняя продолжительность жизни сокращалась в период с 1991г. по 1994г., когда Россия достигла минимального показателя продолжительности жизни с 50-ых гг., – 63,85 года. Этот показатель по сравнению с 1986-1987гг. сократился более чем на 6 лет.

В следующие десять лет вначале показатель немного вырос и в 1998г. достиг 67,07 лет, а потом, как ни странно, стал опять снижаться и достиг нового минимума в 2003г., примерно, – 64,95 года. При этом с 1999г., когда показатель продолжительности жизни начал снижаться, в экономике России начался довольно интенсивный подъем. В 2000г. цена на нефть удвоилась, экспорт за год вырос на 42% и впервые превысил 100 млрд. Россия получила огромную по тем временам валютную выручку. Поэтому на 12% поднялись реальные доходы после их значительного снижения в предыдущие годы. И у страны были возможности значительно улучшить здравоохранение, социальную сферу и предотвратить продолжающееся повышение смертности. Но этого не было сделано.

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.

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, а 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 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 одного миллиона 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.).

1.4 Первое десятилетие XXI в. – тренд повышения продолжительности жизни

Затем, с середины первого десятилетия 2000-ых гг., ожидаемая продолжительность жизни стала ежегодно расти. Во многом этому содействовало осуществление национальной программы «Здравоохранение», через которую выделялись дополнительные деньги на медицину, которые использовались существенно более эффективнее основных бюджетных затрат на эту сферу.

Ежегодно весьма значительно снижалась детская смертность. К 2011 г. она снизилась вдвое (с 15 до 7,5 на 1000 родившихся живыми) во многом благодаря специально принятым мерам по снижению детской и материнской смертности.

Средний коэффициент смертности в России на 1000 чел. населения снизился с 16,1 в 2005г. до 13,5 в 2011г.

Вместе с тем, продолжительность жизни в России продолжала оставаться крайне низкой, особенно по сравнению с развитыми странами.

В таблице 1.3 приведены сравнительные показатели смертности населения и продолжительности жизни в России и Западной Европе

Таблица 1.3 – Сравнительные показатели смертности населения и продолжительности жизни.

	Россия	Западная Европа (Германия, Великобритания, Франция, Италия)
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	13	9
Младенческая смертность (от 0 до года на 1000 родившихся живыми)	7	3,5
Смертность трудоспособного населения (на 1000 человек трудоспособных)	5,6	1,6
Средняя ожидаемая продолжительность жизни, в т.ч.	71 год	82 года
Мужчины	65 лет	79 лет
Женщины	76 лет	85 лет

Очевидно, что гордиться нам можно только по сравнению с нашим прошлым, констатируя всё большее отставание России по уровню смертности от других, в том числе от слаборазвитых стран.

Россия по-прежнему является страной с непомерно высокой смертностью, занимающей среди стран мира ниже сотого места.

Возвращаясь к уже затронутому показателю ожидаемая продолжительность жизни при рождении, приведем данные по нему в разных странах в 2011 – 2012 гг. (таблица 1.4).

Таблица 1.4 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет) в 2011 - 2012 гг.

	Все население	Мужчины	Женщины
Россия	70,3	64,6	75,9
Германия	80,8	78,4	83,2
Испания	82,0	78,7	85,3
Италия	82,2	79,1	83,1
Франция	82,2	78,7	85,7
Великобритания	81,1	79,1	83,1
Япония	83,0	79,6	86,4
США	78,1	75,6	80,6
Канада	80,8	78,5	83,2

Бразилия	73,1	68,8	77,3
Индия	63,4	62,6	64,2
Китай	71,2	69,8	72,7
Венгрия	75,0	71,2	78,7
Польша	76,4	72,1	80,7
Литва	73,7	68,1	79,3
Чехия	78,0	74,8	81,1
Украина	71,1	66,1	76,0
Беларусь	71,6	66,6	78,6
Казахстан	69,6	64,8	74,3

Из таблицы 1.4 видно, что ожидаемая продолжительность жизни населения в целом меньше, чем в России только у двух стран: Казахстана и Индии.

В заключение раздела приведем данные относительно положения России в международных рейтингах социально-экономических показателей. Они содержатся в таблице 1.5.

Таблица 1.5 Международные рейтинги социально-экономических показателей (место среди 150 стран мира)

Показатели	Россия
Уровень экономического развития (ВВП на душу населения по паритету покупательной способности)	43
Качество образования	20
Реальные доходы на душу населения	50
Индекс социального развития	65
Смертность населения. Средняя ожидаемая продолжительность жизни	90
в т.ч. мужчин	120
Качество здравоохранения	Ниже 100

Как это видно из таблицы 1.5, согласно международным рейтингам здравоохранение является худшей отраслью России.

2 Рождаемость населения: вчера, сегодня, завтра

2.1 Возобновление депопуляции в России

В 2012 г. – первом году преодоления депопуляции – коэффициент рождаемости и коэффициент смертности практически сравнялись и в расчете на 1000 человек населения были равны 13,3 – в России умерло и родилось по 1,9 млн. человек. При этом рождаемость по сравнению с самым низким уровнем выросла на 57%, а смертность сократилась на 17% (83% от уровня 2003 г.).

В 2013 г. коэффициент родившихся составил 13,2 (немного снизился), а коэффициент умерших сократился более значительно, – с 13,3 до 13,0. Естественный прирост населения составил 24 тыс. человек (1,3% по отношению к числу умерших).

В 2014 г. число родившихся значительно выросло – с 1.930 тыс. в 2013 г. до 1.947 тыс. (на 17,6 тыс.) человек. Немного увеличилось и число умерших: с 1.872 тыс. в 2012 г. и 1.911 тыс. – в 2013 г. до 1.914 тыс. – в 2014 г. Но рождаемость выросла намного больше, и поэтому естественный прирост населения увеличился до 33,7 тыс. человек и составил по отношению к числу умерших 1,8%.

В I квартале 2015 г. произошло невероятное: смертность населения впервые резко выросла – на 5,2% (см. таблицу 2.1).

Таблица 2.1 – Рождаемость и смертность в России в I квартале 2015 г. (тыс. человек)

	1 квартал 2015 г.	1 квартал 2014 г.	Прирост (+), Убыль (-)
Рождаемость	454,8	458,3	- 3,5
Смертность	507,3	483,5	+ 23,5
Прирост (+), Убыль (-)	- 52,5	+ 31,6	

Как видно, за I квартал депопуляция составила более 50 тыс. человек. По итогам года она может составить 150-200 тыс. человек. С учетом данных на начало 2015 г. рост рождаемости практически прекратился или стал незначительным, а смертность, напротив, выросла в 2014 г., и ее рост намного ускорился в начале 2015 г.

2.2 Перспективы рождаемости населения

Перспективы рождаемости населения России зависят от двух факторов. Во-первых, от численности женщин в фертильном возрасте. Во-вторых, от динамики суммарного коэффициента рождаемости.

В таблице 2.2 показано распределение женщин по возрастным группам в 2013 г. и соответствующие возрастным значениям коэффициенты рождаемости.

Таблица 2.2 – Распределение женщин по возрастным группам и возрастные коэффициенты рождаемости. 2013 г.

Женщины в возрасте	Численность женщин (тыс. чел.)	Коэффициент рождаемости на 1000 женщин соответствующего возраста в 2012 г.
10-14 лет	3261	-
15-19 лет	3495	27,3
20-24 года	5330	91,3
25-29 лет	6228	106,6
30-34 года	5698	74,3
35-39	5352	34,9

Из таблицы видно, что в 2013 г. наиболее многочисленной возрастной группой были женщины в возрасте от 25 до 29 лет. Именно эта группа имеет наиболее высокий коэффициент рождаемости.

Если суммарный коэффициент рождаемости условно принять постоянным на достигнутом в 2012 г. уровне, то рождаемость женщин снизится с 13,3 до 9,3 промилей к 2030 году. Это сокращение рождаемости будет идти постепенно, так как возрастные коэффициенты рождаемости весьма различны и меняются со временем (см. таблицу 2.3).

Суммарный коэффициент рождаемости является суммой возрастных коэффициентов рождаемости для возрастных групп женщин в интервале от 15 до 49 лет. Он показывает, сколько в среднем родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15-49 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты.

Таблица 2.3 – Возрастные коэффициенты рождаемости (количество детей, родившихся живыми, на 1000 женщин)

Годы	15-19 лет	20-24 года	25-29 лет	30-34 года	35-39 лет	40-44 года	Суммарный коэффициент рождаемости
1990	55,0	156,5	93,1	48,2	19,4	4,2	1,892
1995	44,8	112,7	66,5	29,5	10,6	2,2	1,357
2000	27,4	93,6	67,3	35,2	11,8	2,4	1,195
2005	27,4	88,4	77,8	45,3	17,8	3,0	1,294
2010	27,0	87,5	99,2	57,3	30,0	5,9	1,567
2012	27,3	91,3	1006,6	74,3	34,9	7,0	1,691

Распределение женщин по возрастным группам и средний возраст матери при рождении детей приведены в таблице 2.4.

Таблица 2.4 – Распределение женщин по возрастным группам и средний возраст матери при рождении детей

	Всего тыс. чел.	В том числе по возрасту матери (тыс. чел.)						Средний возраст матери при рождени и детей
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	
2000 г.	1267	163	506	343	167	69	15	25,8
2005 г.	1457	162	529	427	234	85	18	26,5
2008 г.	1714	145	562	530	323	129	23	27,2
2012 г.	1902	99	503	658	419	186	34	27,9
2012 г. в % к 2000 г.	150	61	99	192	251	270	277	108

Значительное, почти в 1,5 раза, сокращение контингента фертильных женщин за 15-летний период, с 2012 по 2027 годы, вряд ли сможет быть полностью перекрыто повышением суммарного коэффициента рождаемости. Но в значительной мере суммарный коэффициент рождаемости поправит положение. Этот коэффициент рождаемости в 2005 году достиг 1,287, а в 2012 году – около 1,7, то есть увеличился за 7 лет на 33%.

Во всех демографических прогнозах рождаемость в России, достигшая, примерно, 1,950 тыс. человек, в последующие годы сокращается на 300 тыс. человек по высокому

варианту прогноза, на 600 тыс. человек – по среднему варианту прогноза и почти на 900 тыс. человек – по низкому варианту прогноза. Это связано со значительным сокращением в период до 2030 г. числа женщин в фертильном возрасте.

Этой тенденции противостоит повышение суммарного коэффициента рождаемости, который показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода. Так что его величина не зависит от возрастного состава женского населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный период.

Этот коэффициент в России достиг минимума в 1999 г. (1,157), а в 2014 г. составил 1,72. В последние годы он растет незначительно – примерно, по 0,01-0,02 в год, а до этого увеличивался по 0,05 и выше в среднем в год.

Даже с учетом такого роста суммарного коэффициента рождаемости, рождаемость до 2015 г. снизится на 30% (вместо 40% без учета этого роста). Так что в самом благоприятном случае коэффициент рождаемости сократится с 13 на 1000 человек населения в настоящее время до 9.

В таблице 2.5 представлены величины общих коэффициентов рождаемости и суммарных коэффициентов рождаемости в ряде стран в 2011-2012 гг.

Таблица 2.5 – Общий коэффициент рождаемости и суммарный коэффициент рождаемости в 2011-2012 гг.

Страна	Коэффициент рождаемости (на 1000 чел населения)	Суммарный коэффициент рождаемости	Страна	Коэффициент рождаемости (на 1000 чел населения)	Суммарный коэффициент рождаемости
Россия	13,3	1,7	Индия	22,2	2,6
Германия	8,2	1,4	Китай	12,1	1,6
Испания	9,9	1,4	Венгрия	9,1	1,2
Италия	9,1	1,4	Польша	10,0	1,3
Великобритания	12,8	2,0	Литва	10,2	1,8
Франция	12,5	2,0	Чехия	10,3	1,4
США	12,7	1,9	Украина	11,4	1,5
Канада	11,3	1,6	Беларусь	9,4	1,6
Япония	8,2	1,4	Казахстан	22,7	2,6
Аргентина	18,5	2,2	Узбекистан	21,2	2,6

Как видно, предстоит большая и трудная работа по повышению коэффициента суммарного коэффициента рождаемости на 10-15% за 10-15 лет.

Как показывает послевоенный опыт Франции, которой удалось переломить снижение рождаемости и войти в лидирующую группу по уровню рождаемости, это потребует больших дополнительных затрат государства на стимулирование роста рождаемости.

Опыт передовых стран в этом отношении свидетельствует о том, что общие расходы на стимулирование рождаемости, если мы хотим добиться существенного повышения суммарного коэффициента материнской рождаемости, не должны быть ниже 1% ВВП. Так что нам предстоит кратное увеличение этих расходов.

Но и в этом самом благоприятном варианте значительное сокращение коэффициента рождаемости в России неизбежно. Поэтому, чтобы преодолеть депопуляцию или добиться ее минимизации, как это предусмотрено в высоком варианте демографического прогноза «Росстата», остается единственный путь – значительное сокращение смертности.

2.3 Возможные меры по повышению рождаемости

Заметим, что повлиять за счет мер государства на коэффициент рождаемости, как показывает мировой опыт, весьма трудно. Гораздо большее влияние, на наш взгляд, оказало общее повышение уровня жизни и, прежде всего, реальных доходов населения, которое с 2000 года возросло более чем в 2 раза, притом не только у зажиточных, но и у бедных слоев населения. При этом численность бедных, как известно, существенно сократилась. На повышение рождаемости сказалась также стабильность социально-экономического развития России, которая происходила даже в период глубокого кризиса 2008-2009 годов.

Определенное значение имел и приток в Россию мигрантов из стран Закавказья, Средней Азии, где рождаемость традиционно в 1,5-2 раза выше, чем в России.

Как показывает мировой опыт, чтобы реально серьезно воздействовать на рождаемость и добиться эффективности государственных мер по ее повышению, на эти цели надо выделять не десятые доли процента ВВП, как это происходит в нашей стране, а, минимум, 1-1,5%, как это происходило во время борьбы за повышение рождаемости, например, во Франции и в ряде других европейских стран. Речь идет о сокращении младенческой смертности в два и более раза, с наличием детских учреждений и школ продленного дня, при организации полноценного питания детей. Речь идет о целевой программе здоровья женщин и, прежде всего, заботе о материнстве, более внимательном

отношении со стороны лечебных организаций к протеканию беременности у женщин. Эти меры включают в себя кратное сокращение аборт в России, лишаящих многих женщин возможности иметь детей. Речь также идет о всемерном развитии новых технологий ЭКО для искусственного материнства. Нужно резко повысить пособия на детей, предотвратив положение, когда значительная часть многодетных семей оказывается в группе бедности, хотя родители получают вполне приличные заработки.

Речь идет о разработке и осуществлении крупной народнохозяйственной программы на этот счет, которая при выделении ежегодно на эти цели 0,6-1 трлн. рублей, могла бы дать ощутимое увеличение рождаемости.

3 Смертность населения и продолжительность жизни: вчера, сегодня, завтра

Смертность является вторым фактором, определяющим динамику численности населения.

На наш взгляд, возможности сокращения коэффициента смертности намного выше в сравнении с возможностью повышения суммарного материнского коэффициента рождаемости. Если по суммарному материнскому коэффициенту рождаемости Россия близка к самым передовым европейским странам, то разница в коэффициенте смертности составляет 40%. Поэтому прекращение снижения смертности населения с 2013 г. и ее неожиданное резкое повышение в первом квартале 2015 г. – худшее, что могло случиться в демографии России, и с этим нужно разобраться.

С другой стороны, учитывая столь высокую значимость сокращения смертности, нужно рассмотреть более детально открывающиеся здесь возможности.

3.1 Главная цель здравоохранения – сокращение смертности населения, особенно в детском и трудоспособном возрасте

На наш взгляд, вполне допустимо в качестве главной цели здравоохранения принять один достоверный и общий показатель – показатель смертности населения.

По сопоставимым показателям смертности место России – в восьмом десятке стран, а по смертности трудоспособного населения Россия уступает, примерно, сотне стран. Более 100 стран впереди России и по уровню мужской смертности, особенно в трудоспособном возрасте. По детской смертности Россия тоже занимает место в восьмом

десятке стран. По качеству здравоохранения ВОЗ не включает Россию даже в первую сотню, стран мира, отводя ей 120-130 место.

В России в 2012 г. смертность составила около 1,9 млн. чел. Сравнительная смертность на 1000 человек в России, развитых и развивающихся странах показана на рисунке 3.1.

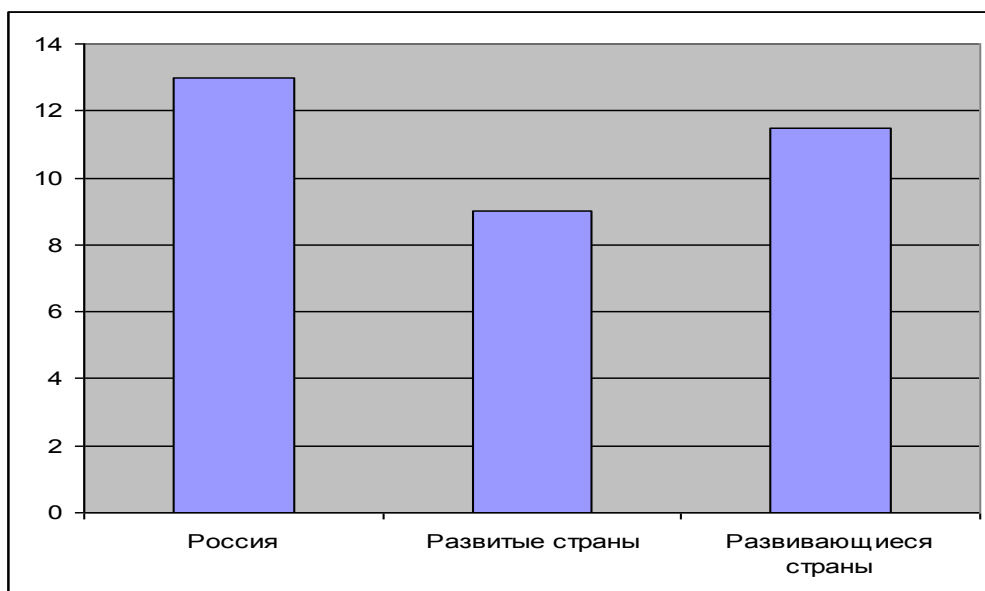


Рисунок 3.1 – Сопоставимый уровень общего коэффициента смертности на тысячу человек населения.

По общему коэффициенту смертности мы уступаем показателям Западной Европы в 1,4 раза, то по младенческой смертности – смертности от 0 до 1 года на тысячу родившихся живыми – разрыв составляет 2-2,5 раза. На рисунке 3.2 показаны сравнительные данные по детской смертности (на 1000 родившихся детей) в России, постсоциалистических странах Центральной и восточной Европы и Западной Европы.

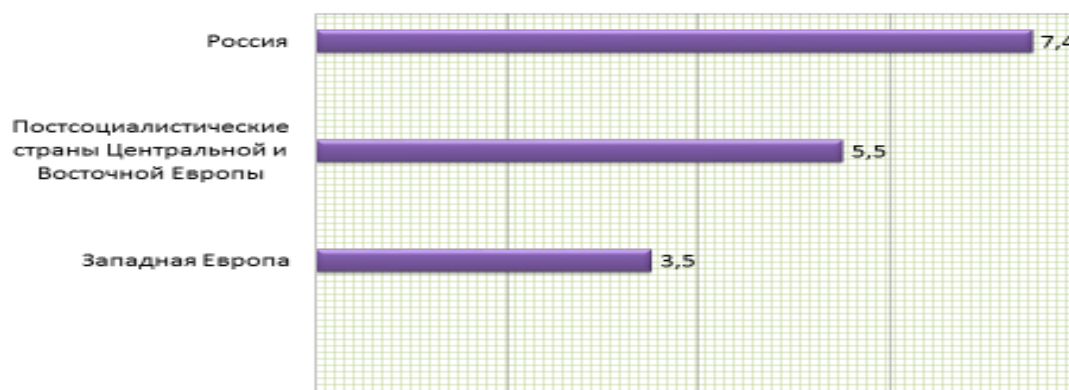


Рисунок 3.2 – Детская смертность (на 1000 родившихся детей)

Таблица 3.1 содержит данные по величине коэффициента младенческой смертности в ряде стран в 2011 -2012 гг.

Таблица 3.1 – Коэффициент младенческой смертности в 2011-2012 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Россия (2012 г.)	8,6	Китай	13,8
Германия	3,4	Аргентина	11,7
Испания	3,5	Венгрия	4,9
Италия	3,4	Польша	4,6
Великобритания	8,4	Литва	3,9
Франция	3,3	Чехия	2,6
США	6,1	Украина	8,4
Канада	5,1	Беларусь	3,5
Япония	2,3	Казахстан	13,5

Еще хуже положение со смертностью в трудоспособном возрасте. Из всех умерших в России в трудоспособном возрасте (женщины – до 55 лет, мужчины – до 60 лет) умирает около 25 процентов, а в Западной Европе – около 10%.

Около 80% всех умерших в трудоспособном возрасте составляют мужчины. Их смертность в среднем почти в четыре раза в трудоспособном возрасте выше смертности женщин.

В развивающихся странах смертность населения в трудоспособном возрасте, примерно, на 30% ниже, чем в России.

Положение должно быть признано катастрофическим. Поэтому нужны экстра-меры для того, чтобы в короткий срок исправить положение и добиться радикального сокращения смертности – в разы – применительно к младенческой и детской смертности, во-первых; и применительно к смертности в трудоспособных возрастах, особенно мужчин, во-вторых. Это даст стране огромный экономический и социальный выигрыш.

3.2 Программно-целевой подход для сокращения смертности населения

Когда срочно нужно решить жизненно важную комплексную задачу, наука управления рекомендует использовать программно-целевой подход.

В развитом виде программно-целевой подход характеризуется тремя условиями.

1. Наличие целевой программы с конкретными результатами, сроками, ответственными и системой мероприятий с учетом их приоритетности, нацеленных на достижение поставленных результатов.

2. Наличие высшего административного руководителя программы и ее научного руководителя, возглавляющих специальную управленческую структуру для выполнения этой программы, а также головного исследовательского центра.

3. Наличие целевого финансирования.

Предполагается в здравоохранении по основным причинам смертности разработать целевые программы по ее кардинальному сокращению и перейти к программно-целевому управлению.

В качестве таких программ предлагаются:

- программа борьбы с ишемической болезнью сердца;
- программа борьбы с заболеваниями сосудов головного мозга;
- программа борьбы с онкологическими заболеваниями;
- программа борьбы с автоавариями;
- программа борьбы с алкоголизмом;
- программа борьбы с курением;
- программа борьбы с самоубийствами;
- программа борьбы с болезнями материнства и детства;
- программа борьбы с болезнями органов дыхания;
- программа борьбы с болезнями органов пищевода;
- программа борьбы с туберкулезом.

Наибольшая смертность в России, как известно, проистекает от болезней системы кровообращения.

Перед целевой программой надо поставить задачу за пять лет сократить здесь смертность в полтора раза, а за 10 лет – в два раза.

По-видимому, самым быстрым путем значительного сокращения смертности может стать резкое увеличение высокотехнологической помощи больным в виде стентирования, аортокоронарного шунтирования и других операций на сердце.

Ишемическая болезнь сердца, как и ряд других самых опасных болезней, на первых стадиях протекает бессимптомно, и большинство людей не подозревает о нарастающей опасности для их жизни. Поэтому крайне важно в соответствующих возрастах проходить соответствующую диагностику.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России столь высока, что в это дело должны быть вовлечены владельцы и руководящий состав предприятий и организаций, которые должны заботиться о своих сотрудниках и выделять для персонала средства на профилактику и осмотры сотрудников в соответствующих возрастах.

У женщин кардиологические патологии возникают позже, с 55-60 лет, когда они тоже нуждаются в соответствующем обследовании и лечении.

Следующая проблема – онкологическая. В России смертность от новообразований в 1990 г. составляла 287,7, в 2005 г. – 287,9, а в 2011 г. – 292,4. По данным Минздрава России, с 2012 года ежегодно эта смертность начала сокращаться на 1%. Понятно, что один год не является достоверным свидетельством нового тренда. Надо подождать несколько лет, чтобы в этом убедиться.

Самой эффективной мерой по сокращению смертности от новообразований является их раннее обнаружение. Рак, обнаруженный в I и даже во II стадии, в основном излечим – более чем в 90% случаев. К тому же это лечение в разы дешевле, чем лечение рака в III и особенно в IV стадии, когда появляются метастазы. Между тем, из 516,9 тыс. человек, у которых в 2010 г. впервые установлено злокачественное новообразование, 106,7 тыс. человек имели IV стадию заболевания – 22,3%. В России на ранней стадии выявляется менее 48% злокачественных опухолей, а на III и IV – около 43%. Поэтому высокий уровень смертности от онкологических заболеваний в России при относительно ранней смертности является следствием позднего выявления этого недуга. Каждый третий больной в России умирает в течение года после постановки диагноза.

С учетом всего этого должна быть построена система работы с населением, проведение скринингов, диагностики в соответствующих возрастах. Специфика здесь заключается в том, что рак вызревает бессимптомно, и когда возникают боли, во многих случаях это свидетельствует о поздних стадиях рака. Поэтому скринингу и диагностике нужно подвергать внешне здоровых людей в возрастах, когда риск возникновения того или иного рака достаточно высок.

Лечение рака во многом связано с обеспечением граждан современными лекарственными препаратами, которые, к сожалению, стоят весьма дорого. Из-за недостатка финансирования, особенно в регионах, на органы которых возложена закупка лекарств, обеспеченность раковых больных современными лекарствами является неудовлетворительной. Особенно ухудшилось дело после того, как врачам запретили указывать брендовые названия лекарств, и поэтому идет массовая подмена более действенных лекарств дешевыми, но малоэффективными препаратами.

Особое отношение должно быть проявлено к разработке и реализации программы «Мать и дитя». Детскую смертность довольно легко сократить вдвое, прежде всего, за счет повышения квалификации соответствующего медицинского персонала и коренного улучшения работы с беременными женщинами. Об этом свидетельствует различие в показателях детской смертности по регионам России. Поэтому соответствующие меры

нужно провести в тех областях и городах России, где детская смертность предельно высока, послать туда на время лучших врачей из районов и областей, где детская смертность близка к европейским нормам, например, в Санкт-Петербурге, где при новом международном стандарте она находится на уровне 4.

Важное значение, на наш взгляд, будет иметь объединение там, где это возможно по местоположению и другим условиям, роддомов с клиническими больницами, что позволит привлечь в роддома высококвалифицированный персонал клиники, иметь нормальное реанимационное оборудование и палаты и т. д.

Надо поставить задачу – к 2015-2016 гг. снизить детскую смертность до 6, а к 2020 г. – до 4, то есть до уже достигнутого в передовых регионах России.

Огромный резерв сокращения смертности населения от внешних причин. Здесь за последние 15 лет достигнуты наиболее значимые результаты в сокращении смертности. Если в 1995 г. от внешних причин смертности скончалось 348,5 тыс. человек, то в 2000 г. – 318,7. Эти внешние причины сокращаются в последние годы довольно медленно. Крайне важно, что от костно-мышечных травм большой контингент людей – около 140 тыс. человек в год, получает инвалидность. Поэтому целесообразно выделить специальную программу по сокращению смертности и инвалидности от транспортных происшествий.

Помимо проблем улучшения дорожного движения и качества дорог, где все еще велики резервы радикального сокращения аварийности, которая в 3-5 раз превышает западные стандарты, должны быть приняты специальные меры по улучшению неотложной помощи и эффективному лечению костно-мышечных травм.

Россия, как известно, занимает одно из первых мест в мире по количеству самоубийств. Поэтому предлагается и здесь использовать программно-целевой подход, мобилизовав общественность и врачебные силы, прежде всего, психиатров, для борьбы с этим страшным недугом, жертвами которого становятся люди в относительно молодом возрасте. Нужно повсеместно создавать телефонные линии для тревожных больных с опытными врачами, вести разъяснительную работу с соответствующими слоями населения, выявить группы риска, провести серьезное обследование на этот счет.

Отдельно предлагается выделить антиалкогольную программу. Борьба с алкоголизмом ведется, но слишком вяло. Надо ужесточить требования к поведению людей в общественных местах, строго следить за отсутствием пьянства в ресторанах, на банкетах, арестовывать пьяных, появляющихся на работе, за рулем, в общественном транспорте и т. д. Нужно существенно повысить акциз на крепкий алкоголь, приучая

людей к потреблению вина и пива, которые являются, как показывает европейский опыт, альтернативой потреблению крепких напитков.

Отдельная программа предусмотрена по борьбе с курением. Здесь, хотя и с большим опозданием, в последнее время начала проводиться активная работа, результаты которой не видны, но если она будет последовательно проводиться, то, как показывает опыт зарубежных стран, успех придет.

Многие исследователи алкоголизма и курения убедительно доказывают, что злоупотребления здесь является важнейшей первичной причиной смертности.

При консультации с врачами я попытался составить таблицу о периодичности проведения обследований с учетом возраста и пола по наиболее опасным заболеваниям, охватывающих 70-80% причин смертности (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Периодичность проведения обследований с учетом возраста и пола по наиболее опасным заболеваниям

Заболевание	Периодичность проведения обследования	Дополнительные обследования с учетом возраста
Мужчины и женщины		
Гипертония	1 раз в год	40-50 лет Клинический и биохимический анализ крови; УЗИ артерий почек; доплерография магистральных сосудов головы и шеи; тройной динамический тест на нейrogормоны. Консультация терапевта.
Диабет	1 раз в год	40-50 лет Анализ крови на уровень глюкозы и гликированный гемоглобин. Консультация эндокринолога.
Избыточный вес	1 раз в 2 года	40-50 лет Анализ композитного состава тела. Консультация эндокринолога.
Рак легких	1 раз в год	40-50 лет Рентгенография органов грудной клетки. Консультация терапевта.
Рак прямой кишки	1 раз в 2 года	50–60 лет Колоноскопия. Консультация проктолога.
Мужчины		
Язва желудка и 12-перстной кишки	1 раз в 2 года	30–40 лет Гастроскопия. Анализ крови на <i>Helicobacter pylori</i> . Консультация гастроэнтеролога.
Ишемическая болезнь	1 раз в год	40–50 лет Клинический и биохимический анализ крови; ЭКГ; эхокардиография; тройной динамический тест на нейrogормоны. Консультация невролога
Инфаркт	1 раз в 6 мес.	40–50 лет

миокарда		Клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ, эхокардиография. Консультация кардиолога.
Инсульт	1 раз в год	40–50 лет Клинический и биохимический анализ крови, доплерография магистральных сосудов головного мозга и шеи, тройной динамический тест
Рак желудка	1 раз в год	50–60 лет Гастроскопия. Консультация гастроэнтеролога
Рак простаты	1 раз в 2 года	50–60 лет УЗИ. Анализ крови на онкомаркеры. Консультация уролога
Рак мочевого пузыря	1 раз в 2 года	Более 60 лет Цитоскопия. Консультация уролога
Женщины		
Рак яичников	1 раз в год	20–30 лет УЗИ, трансвагинальное ультразвуковое исследование, анализ крови на онкомаркеры. Консультация гинеколога.
Рак кожи	1 раз в 2 года	30–40 лет Дерматоскопия. Консультация дерматолога.
Рак молочных желез	1 раз в 2 года	40–50 лет Маммография. УЗИ и радиотермометрия молочных желез. Анализ крови на онкомаркеры. Консультация маммолога
Рак шейки матки	1 раз в год	40–50 лет Мазок на онкоцитологию. Анализ крови на вирус папилломы человека. Консультация гинеколога.
Инсульт	1 раз в год	50–60 лет Клинический и биохимический анализ крови, доплерография магистральных сосудов головного мозга и шеи, тройной динамический тест на нейrogормоны. Консультация невролога
Инфаркт миокарда	1 раз в год	Более 60 лет Клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ, эхокардиография, тройной динамический тест на нейrogормоны. Консультация кардиолога.
Рак желудка	1 раз в 2 года	Более 60 лет Гастроскопия. Консультация гастроэнтеролога.

Нужно гибко применять общедиагностический подход, и при правильном применении может быть удастся уложиться в сумму в 100 млрд. рублей для организации такой комплексной диагностики при использовании проводимых в клиниках обследованиях для лечения соответствующих болезней.

Ключевой вопрос здесь – качество обследования. Должны быть выработаны стандарты этого качества с серьезным поощрением при выявлении доказанных патологий, ранее не обнаруженных у пациентов, особенно в части ишемической болезни сердца и злокачественных новообразований.

Правильно проведенная диагностика позволит выявить группы риска, за которыми должно быть установлено специальное наблюдение и лекарственное обеспечение. Это сэкономит серьезные средства на последующих этапах лечения, поскольку будут

сокращаться тяжелые патологии, возникающие из-за позднего обнаружения опасной болезни, поэтому произойдет некоторое перераспределение усилий в сторону диагностики и профилактики.

Сокращение смертности приводит и к сокращению инвалидности, так как основные причины смертности – смертность от болезней кровообращения, злокачественных новообразований и внешних причин, все они и являются основными причинами инвалидности.

Снижение смертности населения приводит также к снижению заболеваемости наиболее опасными болезнями, являющимися основными причинами смертности. Речь идет о болезнях системы кровообращения, новообразованиях и травмах. На эти болезни падает около $\frac{1}{4}$ всех зарегистрированных заболеваний. Наиболее распространенные болезни – это болезни органов дыхания (24%), костно-мышечной системы и соединительных тканей (8%), органов пищеварения (7%) и мочеполовой системы (7%).

3.3 Оценка уровня достигнутых демографических показателей 2012 г.

2012 был год, в котором была фактически преодолена депопуляция: уже в 2013 г. рождаемость превысила смертность. Оценка достигнутых демографических показателей может проводиться двояко: с одной стороны, такую оценку можно проводить, сравнивая достигнутые результаты с прошлым временем; с другой стороны, эта оценка может проводиться путем сравнения показателей России с другими странами мира.

При сравнении с предшествующими годами по России мы видим явное улучшение показателей в последние 20 лет, особенно с показателями, которые имели в России в период трансформационного кризиса, и с показателями 2005г. – до того, как стала осуществляться национальная программа «Здравоохранение». Эти сравнения в предыдущем разделе были приведены.

Заметим, что по достигнутому уровню рождаемости (13,3 на 1000 человек населения) в 2012г. Россия вплотную подошла к уровню 1990г., когда рождаемость составляла 13,4.

Иначе обстоит дело по смертности. Показатель смертности 13,3 существенно уступает показателю смертности 1990г. (11,2), 1991г. (11,4) и 1992г. (12,2). Мы превзошли по этому показателю только уровень смертности, который был достигнут в 1993г. (14,5) и в последующие годы.

Что касается показателей рождаемости и смертности советских времен (в 70-80-ые гг.), то мы им значительно уступали. Как уже отмечалось, рождаемость с 1965г. до 1989г.

колебалась от 14,6 до 17,5, а в среднем составляла около 16%. Соответственно суммарный коэффициент рождаемости в те годы был 1,9-2,1 в сравнении с 1,7 в настоящее время. Здесь разрыв очень большой, и вряд ли в обозримое время мы достигнем подобных показателей.

Со смертностью дело обстоит иначе. Что касается смертности, то ее относительно стабильный уровень в советское время установился в 80-ые гг. С 1980г. по 1990г. смертность колебалась от 10,5 до 11,5 на 1000 чел. населения России. И, как видно, эти показатели не очень далеко отстоят от достигнутого в 2012 г. уровня смертности 13,3 промили.

Здесь отметим, что по достигнутым в 2012г. показателям рождаемости Россия прилично выглядит на общемировом уровне. Суммарный коэффициент рождаемости в России достиг 1,7 в сравнении с 1,3 в Японии, 1,4 – в Германии, 1,4 – в Италии, 1,5 – в Испании.

Заметим, что из этих стран смертность превышает рождаемость только в Японии. В других странах при существенно более низких коэффициентах рождаемости идет прирост населения, хотя и небольшой. Здесь по суммарному коэффициенту рождаемости Россия серьезно уступает только Великобритании и Франции, имеющих коэффициент 2,0, и США, имеющих коэффициент 2,1.

На 1000 чел. населения Россия имеет коэффициент смертности 13,3, а крупные развитые страны имеют коэффициенты (в 2010г.): Германия – 8,3, Италия – 9,3, Великобритания – 12,5, США – 14,0, Франция – 12,8, Япония – 8,4 [4].

С коэффициентом рождаемости тесно связан показатель младенческой смертности, где учитывается смертность детей от 0 до 1 года в расчете на 1000 детей, родившихся живыми. В России этот коэффициент ежегодно снижается.

В отличие от коэффициентов рождаемости, по которым, как говорилось выше, Россия достойно выглядит среди развитых стран мира, по смертности положение принципиально другое. Уровень смертности в России в 13,3, примерно, в 1,5 раза выше средней смертности в ведущих капиталистических странах.

Сокращение смертности с преимущественным ее сокращением в трудоспособном населении позволит на сотни тысяч в год увеличить численность трудоспособного населения страны и соответственно изменить миграционную политику.

Национальная программа «Здравоохранение» дала ощутимые результаты в сокращении смертности. С 16,1 в 2005г. она сократилась до 13,3. Только в 2012 г. общая смертность сократилась почти на 2%, от болезней системы кровообращения – на 3%, от

внешних причин – на 5,5%, от болезней органов дыхания – на 7%, от инфекционных болезней – на 5%.

Самым главным показателем жизни считается показатель ее ожидаемой продолжительности при рождении. Этот показатель характеризует число лет, которые в среднем предстояло бы прожить одному человеку, который родился в это время, и на протяжении всей жизни его уровень смертности в каждом возрасте останется таким же, как в год, для которого вычислен показатель. Ожидаемая продолжительность жизни является, пожалуй, наиболее адекватной, обобщающей характеристикой современного уровня смертности во всех возрастах.

Ожидаемая продолжительность жизни в России наибольшего значения в советский период достигла в 1964-1965 гг., составив 69,61, в том числе для мужчин – 64,60 и для женщин – 71,34. В те годы этот показатель был, примерно, таким же, как в развитых странах, где он составлял в то время 69-70 лет. Продолжительность жизни в размере, примерно, 69 лет держалась до 1991г., а потом в результате трансформационного кризиса стала снижаться по мере роста смертности населения и достигла минимального размера в 1994г., когда средняя продолжительность жизни составила 63,85, в том числе у мужчин – 57,42 и у женщин – 71,08. Потом этот показатель колебался до 2005 г. на относительно низком уровне, немного превосходя 65 лет общей продолжительности, 69 лет у мужчин и 72 года у женщин.

Неуклонное повышение продолжительности жизни началось с 2006 г. вместе со снижением смертности в связи с осуществлением национальной программы «Здравоохранение». С 65,3 лет средняя продолжительность жизни в России в 2007г. достигла 67,51, в 2009г. – 68,67, в 2011г. продолжительность жизни достигла максимума в России – 70,3. В 2012г., судя по дальнейшему сокращению смертности, эти результаты будут превзойдены.

Катастрофическое отставание России от развитых стран по уровню смертности, естественно, сказывается и на нашем отставании по показателям ожидаемой продолжительности жизни. Средняя продолжительность жизни, по данным 2010г., достигла в Германии 80,2 лет (мужчины – 77,5, женщины – 82,7), в Италии – 81,4 (мужчины – 79,2, женщины – 84,4), в Великобритании – 80,4 (мужчины – 78,5, женщины – 82,4), во Франции – 81, 6 (мужчины – 78,1, женщины – 84,8) по данным 2009 г., в США – 78,7 (72,6 – мужчины, 81,2 – женщины) по данным 2008 г., в Японии – 82,7 (мужчины – 79,3, женщины – 86,1).

За 10 лет, с 2002г. по 2012г., на 100 тыс. человек населения смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России снизилась почти в 1,5 раза, – с 907 до 587.

Чтобы выйти на уровень показателей развитых стран десятилетней давности, надо снизить еще в 3,3 раза. Отставание огромно, и если мы продолжим двигаться вверх такими же темпами, как сегодня, то таких показателей мы достигнем только через 30 лет и дадим, как видно, 40-летнюю фору развитым странам. Поэтому нам надо двигаться вперед с удвоенной и утроенной скоростью, а для этого нужны и определенные финансовые средства, и новые подходы, в том числе в организации и управлении этими процессами.

3.4 Сокращение смертности в России

В отличие от предшествующего демографического развития, когда на $\frac{2}{3}$ преодоление популяции пришлось на счет повышения рождаемости, наступает принципиально другое время, время постепенного сокращения уровня рождаемости и необходимости для поддержания популяции перекрыть это снижение рождаемости снижением общей смертности.

Как говорилось, рождаемость к 2030 году может быть снижена до 10-11 в расчете на 1000 человек населения. Чтобы перекрыть это снижение рождаемости, нужно сократить смертность с 13,3 до 10-10,5 на 1000 жителей. Ориентиром здесь является уровень смертности развитых стран, которая при сопоставимой возрастной структуре равна, примерно, 9-9,5.

Это сокращение смертности крайне важно не только для того, чтобы избежать депопуляции в перспективе и сохранить с таким трудом завоеванные здесь позиции сегодняшнего дня. Речь идет об огромном вкладе в экономику страны и социальную жизнь, которая даст столь радикальное сокращение смертности.

Сохранение жизни 100 тысячам трудоспособных, как минимум, будет давать государственный эффект от 200 до 600 млрд. руб. ежегодно. В отличие от воздействия на рождаемость, смертность напрямую зависит от усилий государства и, прежде всего, системы здравоохранения и распространения здорового образа жизни.

Как показал опыт осуществления национальной программы здравоохранения, при всех его упущениях и неиспользованных возможностях, недостаточной нацеленности на сокращение смертности, тем не менее, общий огромный эффект налицо – процесс повышения смертности в России сменился процессом заметного сокращения смертности, которое набирает темпы. В то же время очевидно, что каждый новый процент сокращения смертности будет даваться со всё большим трудом по мере продвижения вперед. Вряд ли удастся сохранить этот темп, если не предпринять новых крупных шагов по сокращению смертности. На наш взгляд, для этого требуется три условия.

Первое, переход к программно-целевому управлению и финансированию сокращения смертности по наиболее важным причинам.

Второе, выделение дополнительных средств на сокращение смертности, ставя в зависимость объем выделяемых средств от эффективности мер, сверяя полученный эффект с показателями стоимости жизни.

Третье, обучение, подбор и использование кадров при их сильной мотивации на качество при достижении высоких результатов.

Эти мероприятия в той или иной мере зависят от проводимых мер по реформированию здравоохранения. Сегодня во многом они проводятся в рамках устоявшихся представлений о бесплатности медицине, с вынужденной ориентацией на существующие кадры врачей, не отвечающих во многом новым требованиям. По понятным причинам, в ходе этих мероприятий стараются оградить население от внесения дополнительных средств на развитие здравоохранения, оградить существующих неквалифицированных медицинских работников от ужесточения требований к ним, оградить учреждения и организации от коренной реорганизации, нужных во многих случаях слияниях и поглощениях. На наш взгляд, необходимы более кардинальные и коренные меры для того, чтобы радикально улучшить положение и не забуксовать в ближайшее время на этом сложном пути реформирования.

Соглашаясь в целом с направленностью осуществляемых мероприятий по развитию здравоохранения, я в то же время хочу предложить ряд принципиально новых подходов, которые при последовательном осуществлении могли бы поддержать дальнейшее снижение смертности, которая все еще находится, как было показано, на катастрофически высоком уровне. Предлагается:

Первое. Перейти на программно-целевое управление финансированием по сокращению смертности от сердечнососудистых заболеваний с подпрограммами борьбы с ишемической болезнью сердца и инсультами. Другая важнейшая программа связана с радикальным сокращением смертности от рака. Отдельные программы должны быть приняты по важнейшим направлениям внешних причин смертности. Нужно также сформировать программы, целевое управление и финансирование по таким направлениям, как борьба с алкоголизмом, борьба с курением, охрана материнства и снижение детской смертности и, возможно, ряд других направлений.

Для каждой программы нужно выбрать головную научно-клиническую организацию, научного руководителя, главного администратора, вести кураторство за наиболее важными программами со стороны правительственных руководителей.

Существующее положение во многом нетерпимо. Мы проходим мимо многих эффективных направлений сокращения смертности, для которых в стране есть все условия.

У страны есть возможность существенно увеличить число операций на сердце для предотвращения смерти от ишемической болезни в части операции шунтирования.

Нужно навести порядок в крупных городах со скорой помощью, которая, например, больных с инсультом зачастую везет в такие больницы, где нет соответствующих специалистов, нет соответствующего оборудования, опыта борьбы с инсультом. А те организации, которые специализированно занимаются инсультом, с высокими показателями, маломощны, не укрепляются, не пользуются привилегиями и т.д. За счет относительно небольших средств, перераспределения, в том числе коечного фонда, других материальных ресурсов в медицине можно было бы резко расширить наиболее эффективную помощь по спасению людей от смерти. Но система крайне забюрократизирована. Федеральные больницы имеют годовой план, который они могут в ряде случаев выполнять к сентябрю месяцу, а с сентября месяца им почти не выделяется дополнительное финансирование на осуществление мер, которые спасают жизнь людей.

Нужны законы, обязательные к исполнению, серьезные стимулы для людей. Постепенно людей надо приучить, а для этого вначале надо требовать обследования в критическом возрасте. А сколько людей не меряют давление, не сдают общий анализ крови, не следят за холестерином, за гипертонией, от чего погибает наибольшее количество мужчин в трудоспособном возрасте.

Разработаны довольно простые методы контроля за возникновением рака простаты, рака груди и других опаснейших болезней, от которых ежегодно умирают десятки тысяч людей. Нужно потратить несколько часов, ежегодно или раз в несколько лет, чтобы не умереть. Но не существует ни расписания обследования людей, ни их стимулирования, ни серьезной пропаганды заботы о своем здоровье. Если будут целевые программы, то эти программы будут учитывать, прежде всего, мероприятия, где с минимальными средствами можно добиться максимального эффекта, мимо которого мы каждый день проходим.

Труднее решить вопрос с выделением средств. Я здесь предлагаю кардинальную меру: ввести обязательный взнос работающих граждан для оплаты половины своей страховки, что потребует вычета из зарплаты людей в размере 6-7%, как это принято в большинстве стран мира. Чтобы люди не потеряли в реальном заработке, такую меру можно ввести одновременно с повышением уровня зарплаты людей, скажем, на 8%, что по народному хозяйству осуществить, на наш взгляд, вполне возможно.

Решающее значение для эффективного лечения, в том числе и при острых заболеваниях, является квалификация врача. Удостоверить эту квалификацию могут только специалисты в этой области и никто другой. Эти специалисты должны поручиться за этого человека и нести определенную ответственность, допуская его, например, к определенному типу операций, достаточно сложных, возможно. Нужно иметь книжку врача, где писать, к каким технологиям этот врач допущен, что он может лечить, какими технологиями лечения он вооружен. В зависимости от этого мог бы быть поставлен уровень зарплаты врачей. А удостоверять эти технологии должна профессиональная коллегия врачей в этой области, которые, как это принято на Западе, расписываются в дипломе этого специалиста на допуск его к лечению тех или иных болезней, осуществлению тех или иных операций и т.д.

Министерством здравоохранения правомерно взят курс на повышение роли профессиональных сообществ врачей. Это очень правильно и своевременно. Но нужно сделать дальнейшие шаги, привлечь это сообщество к определению квалификации, контролю за повышением этой квалификации врачей, сделав их ответственными, а не просто участвующими в этом процессе. Сейчас профессиональное сообщество, как нам сообщают, привлечено к переаттестации преподавателей вузов, к разработке новых программ для обучения. Это крайне важно. Но кроме этого, нужно просто менять систему обучения, ориентируясь на западные аналоги. Врач – это особая профессия, и она должна готовиться совсем иначе, чем готовят инженера или экономиста. Не случайно на Западе, прежде чем выбрать профессию врача, нужно пройти серьезно общую научную подготовку, получить бакалавра по биологии, например, проучившись четыре года, а только после этого можно начать специализироваться по врачебному делу. Вряд ли правильно, что в России в медицинские институты идут люди после одиннадцатого класса, имея весьма смутное представление о том, что им предстоит делать, будучи врачом.

Нужно более серьезное воспитание и более длительное пребывание врачей в ординатуре, интернатуре, нужна их обязательная стажировка и дополнительное обучение в ведущих научно-медицинских организациях, в головных клиниках. Естественно, что повышение требований к врачам нужно сочетать и с повышением их оплаты. Зарплата врачей, как известно, постепенно повышается по разным линиям, не пропорционально, но хотя бы так. Но она пока еще далека от достойного уровня для врача, подготовленного на уровне мировых стандартов. А именно такую задачу, на наш взгляд, надо ставить.

Поэтому подлежит полной реорганизации система аккредитации, аттестации и лицензирования на всех уровнях, касается ли это конкретных людей или организаций. Требования здесь должны быть ужесточены.

При ужесточении требований и повышении оплаты врачи должны нести конкретную ответственность за свои действия перед сообществом врачей и перед пациентами. Последние должны иметь широкие права обратиться к специалистам, провести необходимую экспертную проверку в случае, если нанесен ущерб здоровью пациенту. Людям нужно материально возмещать ущерб, который время от времени приносят ему медицинские учреждения из-за ненадлежащего качества лечения, плохой организации и т.д., как это принято в других странах.

Должны быть резко расширены права и установлена автономия медицинских учреждений. Руководителями этих учреждений должны назначаться из числа людей, выдвинутых профессиональным сообществом. Ни губернатор, ни мэр, ни кто-то другой не должны иметь ни малейшего отношения к тому, чтобы менять профессионалов, назначать неизвестно кого вместо них, как это часто бывает. Ни чиновничье это дело подбирать и расставлять кадры, от которых зависит жизнь. Не может чиновник назначать летчика, чтобы он вел самолет, для этого есть очень жесткие ограничения и налет часов, и прохождение стажировок, и работа на тренажере, без этого нельзя. Точно так же нужно отнестись к врачу, может быть, даже более строго, поскольку это одна из немногих специальностей, от квалификации которой зависит жизнь людей.

С этих позиций следовало бы вернуться к вопросу об общем уровне финансирования здравоохранения. Мы являемся страной с самыми низкими расходами на здравоохранение в составе валового продукта. Госрасходы составляют менее 4% ВВП на цели здравоохранения, а с учетом средств населения в целом получается менее 5%. Надо в ближайшие годы увеличить это финансирование хотя бы до 8% ВВП не столько, может быть, за счет государства, хотя и это надо делать, сколько за счет частного-государственного партнерства и привлечения средств населения в виде оплаты страховки и относительно небольшой, как говорилось, оплаты лекарств и услуг здравоохранения.

К сожалению, на местах не вполне понимают высочайшую эффективность этой сферы. Годами не вводят в строй даже почти готовые, давно уже построенные здания больниц, диагностических центров и т.д. С 2005 года, например, стоит в Костроме недостроенное замечательное здание онкологической клиники, которую область не имеет, размещая онкологических больных в непригодных помещениях. И уже 8 лет не могут изыскать средства, чтобы закончить уже застекленное готовое здание, обеспечить его оборудованием, что быстро себя окупит.

На наш взгляд, среди приоритетов социальной сферы нет более важной задачи, чем сохранение жизни людей и повышение продолжительности жизни. Только недавно средняя продолжительность жизни в России перевалила за 70 лет. Это то, что развитые страны мира достигли в 1964 году, почти 50 лет назад.

Нам надо пробежать это расстояние в 50 лет хотя бы за 15-20 лет, используя передовой зарубежный опыт. А для этого к сфере здравоохранения должно быть привлечено всеобщее внимание и забота.

3.5 О возможностях сокращения смертности населения России в перспективе

По уровню смертности среди 150 стран мира Россия занимает, примерно, 90-ое место, в то время как по уровню экономического развития – 43-ое место, по реальным доходам – 50-ое место, по индексу социального развития – 65-ое место. Это худший показатель рейтинга России из всех социально-экономических показателей. Если же взять смертность мужчин и смертность населения в трудоспособном возрасте, то в рейтинге стран мы займем по этим показателям позорное 120-ое место.

Из этих сравнений видно, что уровень смертности в России не соответствует уровню ее экономического и социального развития, а также образованности населения России, по компонентам которого Россия занимает 20-40-ые места в мире.

Да и в самой России весьма значительна разница в смертности населения и продолжительности жизни. Чтобы сравнивать не искаженные показатели смертности, зависящие от возрастной структуры, возьмем для сравнения показатель ожидаемой продолжительности жизни.

Крайне важное значение в сокращении смертности имеет тщательная профилактика опасных болезней в период перестройки организма мужчин и женщин, когда формируются предпосылки его последующей жизни. У мужчин наибольшая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, – а это больше половины всех смертельных случаев, – обычно наступает после перестройки организма в возрасте 40-45 лет. Подвергнуть серьезному профилактическому осмотру это мужское население не так сложно, поскольку, чтобы осмотреть всех мужчин этого возраста, достаточно осматривать по 1 млн. человек в год, что для огромной медицинской системы России не представит особых трудностей.

По итогам такого осмотра могут быть сформированы группы риска, по которым нужно осуществлять поликлиническое наблюдение и может проводиться эффективное

лечение этих пациентов с помощью имеющихся высокоэффективных лекарств, предотвращающих гипертонию, аритмию, закупорку сосудов «плохим» холестерином, способствующих улучшению состава крови и других показателей, от которых может зависеть жизнь человека и развитие смертельно опасных болезней. Это сразу резко сократит смертность наиболее критической части населения, погибающих в трудоспособном возрасте, где почти треть всех мужчин умирает у нас в трудоспособном возрасте, в то время как в западных странах это касается 10% мужского населения.

Очень важно обеспечить необходимую интеграцию и взаимодействие врачей по кардиологии и неврологии в поликлиниках и больницах, установив между ними непосредственную связь и поощряя врачей поликлиник за выявление случаев риска по кардиологии у пациентов. То же самое нужно сделать с врачами онкологических клиник, с терапевтами и другими врачами поликлиник с тем, чтобы они с помощью онкомаркеров и других средств старались бы выявлять новообразования на первых стадиях и сразу направлять этих больных в больницы. За каждый такой случай нужно платить приличные деньги, которые сэкономят огромные государственные и частные средства в случаях, если рак будет обнаружен в первой и второй стадиях, а не при последующих стадиях.

Надо вообще все больше практиковать, чтобы человек, который идет в поликлинику и проходит то или обследование, подвергался обследованию на предмет сердечно-сосудистых заболеваний, раковых заболеваний, поскольку от этого происходит основная смертность, а развитие этих заболеваний происходит бессимптомно: больной вроде бы чувствует себя хорошо, а на самом деле у него зреет серьезная болезнь, и жизнь его может находиться в опасной зоне.

Сильное воздействие следовало бы оказывать на курильщиков с тем, чтобы они хотя бы раз в год проходили обследование на цифровом рентгене или томографе, поскольку опасность заболеть раком легкого у них в разы выше, чем у некурящих, а это одна из весьма распространенных причин смертности.

Может быть, вменить в обязанности государственным органам, частным компаниям не принимать на работу курильщиков, не продвигать их по службе и поощрять их бонусом раз в год без предъявления справки о прохождении рентгена. Это спасет тысячи жизней в России.

В Японии, где весьма распространен рак желудка, есть такое государственное предписание, требующее предъявления справки о прохождении врачебного контроля по этому вопросу в случаях принятия на работу и т.п. В результате на I и II стадиях в Японии

выявляются 67% случаев рака желудка, а в России – около 1%. Может быть, в некоторых случаях это практиковать и в России.

Следовало бы практиковать и систематическое сплошное профилактическое обследование женщин на предмет рака груди и рака гинекологических органов – главной причины смертности женщин в возрасте до 50-55 лет. Здесь нужно регулярное, хотя бы раз в год, обследование, что сократит эту главную причину смертности женщин в относительно молодом возрасте.

Кардиологическое обследование женщин следует начать, примерно, в 50-летнем возрасте, ибо доля смертности женщин после 50-55 лет от сердечно-сосудистых заболеваний доходит до 70% и распространено в пожилом возрасте и в старости.

Нужно стимулировать разными способами предпринимателей, владельцев бизнеса инициировать систематические профилактические осмотры своих сотрудников, используя это как льготу для трудящихся. Надо вовлечь в заботу о здоровье самих предпринимателей, сделать так, чтобы у них было предметом гордости, если они страхуют своих работников в хорошей страховой компании; если они проводят медицинские профилактические мероприятия по отношению к своим сотрудникам, заботятся о том, чтобы в период отпуска они полноценно отдохнули, а если нужно, и подлечились бы и укрепили свое здоровье.

Надо больше пропагандировать, не жалеть средств на рекламу передового опыта, выделяя предприятия, области, отрасли, где это поставлено лучше; критикуя там, где нет заботы о здоровье людей, фактически о жизни людей, что противостоит с точки зрения отношения к главной производительной силе – человеческому капиталу.

При проведении эффективной социально-экономической политики, которая приведет в 20-х годах, по нашему мнению, к темпам ежегодного увеличения ВВП в размере 5-6% в год при доли инвестиций в ВВП в размере 30-35% (как в развивающихся странах, где экономический рост как раз равен 5-6%) наша страна могла бы в 2030-2035 гг. по уровню экономического и социального развития войти в число развитых стран мира, достигнут, например, показателей Испании.

Самым трудным в этом процессе будет подтягивание показателей здоровья населения и качества здравоохранения до западных стандартов.

Чтобы радикально сократить смертность, в том числе за счет подъема, нужно увеличить его финансирование, хотя бы до величин передовых стран мира. Этого недостаточно, чтобы решить все кардинальные вопросы в этой сфере, учитывая отложенные вопросы из-за недофинансирования здравоохранения в прошлые годы.

Сейчас на здравоохранения Россия в составе валового внутреннего продукта тратит вдвое меньше средств, чем развитые европейские страны, – менее 5% – в то время как они тратят немногим более 10%. Нам следовало бы уже к 2015 г. выйти на 10-процентную норму финансирования здравоохранения в процентах к валовому внутреннему продукту страны. Вряд ли это может быть целиком сделано за государственный счет или за счет предприятий, с которых взимается обязательная страховка на здравоохранение.

С другой стороны, вряд ли целесообразно половину всей медицины перевести на платную основу. Населению будет не под силу оплачивать столь значительно выросшие платные услуги.

Лучший путь в качестве дополнительного источника средств на здравоохранение, по нашему мнению, состоит в участии граждан в частичной оплате страховки медицинских услуг путем ежемесячного взноса в размере, скажем, в среднем 6% от своего денежного дохода.

Надо переходить к передовому западному страхованию с рисками, с ответственностью, с контролем за медицинские услуги, расширив права пациентов в этом плане как потребителей этих медицинских услуг и тем самым добиваясь повышения качества всей российской медицины.

4. О продолжительности здоровой жизни и пенсионном возрасте

Идущая последние годы в стране дискуссия относительно повышения пенсионного возраста, фактически, является отражением остроты проблемы повышения продолжительности жизни населения и, особенно, продолжительности его здоровой жизни.

4.1 Ожидаемая продолжительность здоровой жизни – важнейший социально-демографический показатель

Всем известен показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Это – условный показатель, который рассчитывается на основе таблиц смертности и дожития до определенного возраста. Он показывает, до какого возраста в данной стране или регионе доживет человек (мужчина или женщина), если родится и в этом же году как бы пройдет все возраста. В каждом году вероятность смертности нарастает и коэффициент

вероятности дожития будет сокращаться. Рубеж, когда этот показатель достигнет 50%, и называется средней ожидаемой продолжительностью жизни при рождении в данном году.

Известно, что ожидаемая продолжительность жизни женщин выше, чем мужчин, в развитых странах обычно на 4-5, а в других странах иногда доходит до 7-8 лет. В России эта разница сегодня около 11 лет. Средняя продолжительность жизни в России в 2014 г. достигла 71 года, в том числе мужчин – 65 лет, а женщин – более 76 лет.

Однако для определения пенсионного возраста нужна не общая продолжительность жизни, а продолжительность здоровой жизни. Крайне странно было бы установить, например, пенсионный возраст женщин выше продолжительности ее здоровой жизни. Этого нет практически ни в одной стране.

Отечественная статистика не рассчитывает и не публикует показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни. К чести наших передовых демографов во главе с директором Института демографии Высшей экономической школы профессором А.Г.Вишневым они взяли на вооружение этот показатель, по нему проведен ряд исследований, защищены первые диссертации, написана серия работ (см. [8]). Но это мало известно даже социологам и экономистам, не говоря уже о финансистах, юристах и других специалистах, представители которых занимают в нашей стране руководящие управленческие должности.

То, что они этого не знают, их беда. А вина некоторых из них в том, что они безответственно вносят предложения по вопросам, в которых мало что понимают, например, по повышению пенсионного возраста. Их понятие сводится к тому, что это сэкономит государственные деньги, сократит дефицит Пенсионного фонда. Но насколько это социально оправдано, невозможно сказать, не принимая во внимание продолжительность здоровой жизни. Эти люди, видимо не знают, что продолжительность здоровой жизни у мужчин и женщин к 60 годам выравнивается, поскольку значительную часть жизни женщины проводят в болезненном состоянии, болея хроническими болезнями намного больше и продолжительнее в сравнении с мужским населением. Частично это вызвано более продолжительной жизнью и специфическими женскими болезнями.

По здоровью населения – и мужчин и женщин – Россия существенно отстает от передовых стран мира, прежде всего, от стран Западной Европы. Здесь более высок удельный вес инвалидов и лиц с хроническими болезнями.

Наши финансисты и так преуспели в минимизации расходов на пенсии. Мы – одна из немногих стран мира, где средний размер пенсии составляет около 30% от уровня средней заработной платы, хотя Россия подписалась под установленной Международной

организацией труда рекомендации о том, что средний размер пенсии должен быть 40-60% по отношению к средней зарплате. Не говоря уже о том, что в самых развитых странах размер пенсий превышает этот минимум МОТа и доходит даже до 80% от средней зарплаты. Добившись самых низких пенсий, особенно по инвалидности и социальных пенсий, которые еле-еле перекрывают крайне низкий прожиточный минимум в России, представители Министерства финансов не успокоились.

И при последней модернизации пенсионного законодательства, которое начало действовать с 1 января 2015 г., они фактически повысили возраст, при котором будет выплачиваться вся пенсия, в то время как в действующем возрасте пенсия будет выплачиваться в меньшем размере. Теперь они хотят снова поднять пенсионный возраст, который и так по отношению к продолжительности здоровой жизни в России – один из самых худших среди стран мира.

4.2 Различия в ожидаемой продолжительности здоровой жизни от ее общей продолжительности в России

В чем же причины столь значительного отличия продолжительности здоровой жизни от общей ее продолжительности?

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни статистически рассчитывается на основе ожидаемой продолжительности жизни за вычетом числа лет жизни, которые не могут считаться здоровыми из-за инвалидности, потери здоровья и из-за болезненности.

Кроме поправки на инвалидность для установления ожидаемой продолжительности здоровой жизни нужно вносить корректировку по заболеваемости населения. В 2012 г. в России было зарегистрировано 230 млн. заболеваний у всех пациентов или 1,6 случаев на душу населения.

Кроме попытки объективно, с учетом данных статистики, определить тяжесть заболевания и ее влияния на здоровье и трудоспособность людей для определения продолжительности здоровой жизни иногда используются субъективные оценки состояния своего здоровья лицами в возрасте от 15 лет и более. В России в 2011 г. проводилось такое комплексное наблюдение. Оценивали состояние своего здоровья как очень хорошее – 3,2%, а как хорошее – 34,9% всех обследованных. Таким образом, хорошее и очень хорошее – 37%, удовлетворительное – 51%, плохое – 10%, очень плохое – 0,9%.

Есть повозрастная структура: хорошее и очень хорошее здоровье оценивают 60-70% населения в возрасте от 15 до 34 лет. Удовлетворительное здоровье у них колеблется

от 25 до 35%, а плохое и очень плохое – от 1 до 2%. С 35 лет оценки здоровья резко понижаются. В 35-44 года 45% оценивают свое здоровье как хорошее и очень хорошее, в 45-54 года всего 27,5%, в 55-59 лет – 15,5%, а в 60-69 лет – 8,5% и свыше 70 лет – менее 3%. Соответственно доля с оценкой удовлетворительно от 51% для 35-44-летних увеличивается до 72% для 60-70-летних. Плохое здоровье с 3% в 35-44 года, возрастает до 38,5% у людей свыше 70 лет, а очень плохое здоровье с 0,2% повышается до 4,8% у лиц в возрасте свыше 70 лет.

Поэтому неудивительно, что при таких оценках средняя продолжительность здоровой жизни в России находится на уровне 60-61 года. Свыше 60 лет уже почти 20% считают свое здоровье плохим и очень плохим.

Заметно различается здоровье у мужчин и женщин. Если мужчины в возрасте 15 лет и более оценили свое здоровье как хорошее и очень хорошее – 45%, то у женщин только 33%, а плохое и очень плохое у мужчин – 8%, а у женщин – 13%. При этом удовлетворительным свое здоровье назвали 47% мужчин и 54% женщин.

Здоровье различается в России и по населенным пунктам. В крупных городах 45% населения считает свое здоровье хорошее и очень хорошее, в городских населенных пунктах – менее 40%, а в сельской местности таких набирается 34%,. Соответственно плохим и очень плохим свое здоровье в сельской местности и городских населенных пунктах считают по 11%, а в крупных городах – только 8%.

4.3 Отставание России от других стран по ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в сравнении с общей ожидаемой продолжительностью жизни за 2014 г. по разным странам представлена в таблице 4.1.

Таблица 4.1 – Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в 2014 году

Страна	Общая продолжительность жизни	Продолжительность здоровой жизни
Япония	83	74,5
Франция	82	73,1
Испания	82	72,8
Швейцария	82	72,5
Великобритания	82	71,7
США	79	70,0

Китай	73	62,3
Россия	71	61,2
Из 187 стран по ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении Россия занимает 97 место.		

Из таблицы видно, что при общей продолжительности жизни 71 год продолжительность здоровой жизни в России на 10 лет меньше – 61,2 года. А в других странах этот показатель составляет обычно 9 лет, как например, в США, Испании, во Франции, а в Японии даже 8,5 лет. В целом же из 187 стран по ожидаемой продолжительности здоровой жизни при рождении Россия занимает 97 место.

Между динамикой общей продолжительности жизни и продолжительности здоровой жизни существует довольно тесная корреляция и, в конце концов, через некоторое время, если общая продолжительность жизни растет существенно, то и продолжительность здоровой жизни тоже возрастает.

Но если рассмотреть различия по мужчинам и женщинам, то картина будет иной. В России ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляет всего 65 лет, а женщин – 76 лет при рекордной разнице в 11 лет.

А ожидаемая продолжительность жизни здоровой жизни у мужчин и у женщин в России почти совпадают и составляют немногим более 60 лет.

Продолжительность здоровой жизни часто считается не только от рождения, но и от определенного возраста, например, сколько человек проживет здоровой жизнью, достигнув 20 лет, или 40 лет, или 65 лет (см. таблицу 4.2).

По ожидаемой продолжительности жизни Россия сильно отстает от Западной Европы, особенно в возрасте 20 лет и 40 лет, и намного меньше отстает в возрасте 65 лет. По женщинам отставание вдвое меньше в возрасте 20 лет и 40 лет, и совсем небольшое (менее 3-х лет) в возрасте 65 лет.

Если же смотреть показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни, то здесь картина совершенно другая. Болезненность женщин в России намного больше, чем на Западе. И поэтому отставание женщин по ожидаемой продолжительности здоровой жизни от показателей Западной Европы столь же велико и в 20 лет, и в 40 лет, как и отставание мужчин.

Что касается возраста 65 лет, то здесь отставание женщин по продолжительности здоровой жизни от стран Западной Европы составляет более 8 лет, в то время как по общей продолжительности жизни менее 3 лет.

Таблица 4.2 – Ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России и Западной Европе по возрастным группам

ПОКАЗАТЕЛИ	Мужчины		Женщины		Разница Между Россией и Западной Европой		Разница между мужчинами и женщинами	
	Россия	Западная Европа	Россия	Западная Европа	По мужчинам	По женщинам	По России	По Западной Европе
<u>В возрасте 20 лет</u>								
ОПЖ	41,9	54,5	54,2	60,2	12,5	5,7	12,3	5,7
ОПЗЖ	36,7	50,4	40,6	53,7	13,7	13,1	3,9	3,4
Разница между ОПЖ и ОПЗЖ	5,2	4,1	13,6	6,5	1,2	7,4		
<u>В возрасте 40 лет</u>								
ОПЖ	22,4	31,2	31,1	36,0	8,8	4,9	8,7	4,8
ОПЗЖ	17,3	27,6	18,5	30,3	10,3	11,8	1,2	2,7
Разница между ОПЖ и ОПЗЖ	5,1	3,6	12,6	5,7	1,5	6,9		
<u>В возрасте 65 лет</u>								
ОПЖ	11,4	15,0	15,2	18,1	3,6	2,9	3,8	2,9
ОПЗЖ	6,7	12,5	5,8	14,0	5,8	8,2	- 0,9	1,5
Разница между ОПЖ и ОПЗЖ	4,7	2,5	9,4	3,9	2,2	5,3		

Особенно нужно остановиться на показателях продолжительности жизни в возрасте 65 лет. Здесь по общей продолжительности жизни женщины почти на 4 года живут дольше мужчин. А вот здоровой жизнью они живут меньше мужчин на 1 год.

Поэтому уравнивать мужчин и женщин в пенсионном возрасте нецелесообразно, поскольку здоровая жизнь женщин меньше, чем у мужчин в пожилом возрасте. А в Западной Европе этого нет.

Сравнительные показатели общей продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в России резко деформирована по сравнению с другими странами. Разница здесь в России вдвое выше. Но это компенсируется намного бóльшим снижением ожидаемой продолжительности здоровой жизни женщин в России по сравнению с мужчинами. Практически к 60 годам ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в России выравнивается.

4.4 Низкая продолжительность здоровой жизни в России, особенно женщин, противоречит намерению повысить пенсионный возраст

При установлении возраста выхода на пенсию, особенно у женщин, как говорилось выше, следует ориентироваться не на ожидаемую общую продолжительность жизни, а на ожидаемую продолжительность *здоровой* жизни. Эта ориентация давно признана международным сообществом, и при повышении пенсионного возраста, которое осуществляется в отдельных странах, именно ориентируются на повышение продолжительности *здоровой* жизни, а не на общие показатели продолжительности жизни.

В России положение другое. Хотя средняя продолжительность жизни женщин более 76 лет, в отличие от 65,5 лет у мужчин, ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении у мужчин и у женщин одинакова и составляет около 60 лет (по данным ВОЗа). А возраст выхода подавляющего большинства женщин на пенсию установлен, как известно, 55 лет. Продолжительность здоровой жизни женщин в России выше пенсионного возраста всего на 5 лет, то есть в 1,5-2 раза меньше, чем в европейских странах. Это само по себе уже дискредитирует женское население России, ухудшает их условия жизни, по сравнению с европейскими, и по этому показателю.

К тому же принятая с 1 января 2015 г. новая пенсионная формула существенно повышает возраст выхода на пенсию, в первую очередь, для женщин, принуждая их работать дольше. И для максимальной пенсии установлены единые требования к трудовому стажу для обоих полов, что дискредитирует женщин, поскольку они должны завершать трудовую деятельность при выходе на пенсию на 5 лет раньше мужчин. Поэтому у них меньше шансов получить пенсию в максимальном размере, и пенсия у них будет занижена, если они не продолжат работать дольше. Фактически повышение пенсионного возраста в мягкой форме уже реализовано в новой балльной формуле. Но в нынешней пенсионной формуле все это сделано так сложно, что большинство граждан пока не разобрались в этом хитросплетении. Но, увы, в жизни им скоро придется с этим столкнуться.

Сравнение ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности здоровой жизни в России, Польше, Словении и Эстонии представлено в таблице 4.3.

Таблица 4.3 – Дожитие после 50 лет в годах

Показатели	Россия	Польша	Словения	Эстония
Ожидаемая продолжительность жизни	22,55	27,85	28,25	25,6
Продолжительность здоровой жизни	15,35	19,4	21,45	19,0
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	72,55	77,85	78,25	75,6
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении	65,35	69,4	71,45	69,0

И по сравнению с развитыми странами Западной Европой и по сравнению с постсоциалистическими странами Центральной и Восточной Европы, Россия уже сегодня из-за низкой продолжительности жизни и, прежде всего, *здоровой* жизни, имеет худшую пенсионную систему не только по уровню пенсии, который в России в сравнении с европейским уровнем может быть назван нищенским. Но даже по пенсионному возрасту, которым мы вроде бы даже гордимся как самым низким пенсионным возрастом, а он, оказывается, не самый низкий, а самый высокий в Европе в сравнении с продолжительностью здоровой жизни, притом как у мужчин, так и у женщин.

Эти данные усиливают вывод о том, что при нынешнем уровне продолжительности здоровой жизни женщин России пенсионный возраст поднимать нельзя. Он и так предельно высок. Поэтому усилия, в том числе Министерства финансов, нужно направлять не на то, чтобы урезать бюджетные расходы на здравоохранение, как это происходит в реальном выражении в последние 2 года, и не на то, чтобы ухудшать и без того плохую пенсионную систему среди стран, близким к России по уровню экономического развития – Польша, Венгрия, Эстония, Словения, Португалия, Греция, которые по показателю ВВП на душу населения отличаются от России всего на 10-15%.¹

Когда мы говорим, что пенсионная система России худшая среди всех стран при достигнутом уровне экономического развития, то мы имеем в виду не только показатель пенсионного возраста. Более существенным показателем пенсионного обеспечения является отношение пенсий в данном году к достигнутому уровню заработной платы.

¹ В России ВВП на душу населения по паритету покупательной способности составляет 22 тыс. долларов, в Португалии и Греции – 25 тыс. долларов, а в Польше и Венгрии – около 20 тыс. долларов.

В России в 2014 г. размер пенсии по старости был равен 11,6 тыс. руб., а размер пенсионного обеспечения по инвалидности, социальные пенсии, по случаю потери кормильца в районе 8 тыс. руб. Так что средняя пенсия была ниже 11 тыс. руб. При средней заработной плате 33 тыс. руб. пенсия составляла 30% заработной платы, в то время как Международная организация труда считает, что пенсия должна быть не ниже 40-60% заработной платы. Под этим положением МОТ стоит и подпись России.

Что надо сделать, чтобы обоснованно повысить пенсионный возраст в России?

Ответ ясен – надо увеличивать ожидаемую продолжительность здоровой жизни, например, с существующих 60 лет до, скажем, 65 лет. И тогда возраст выхода на пенсию у мужчин и у женщин можно повысить на 5 лет – до 65 лет (у мужчин) и 60 лет (у женщин).

Главный резерв для этого увеличения – сокращение смертности мужчин в трудоспособном возрасте. Для этого и по мужчинам и по женщинам нужно основное внимание уделить сокращению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, которые в расчете на 100 тыс. населения в России выше в 3 раза, чем во Франции, и в 2 раза выше, чем в Польше, где уровень экономического и социального развития примерно такой же, как в России.

Эта мера, к тому же, пополнит трудовые ресурсы России на 150 тыс. чел. ежегодно к середине 20-ых годов XXI века и позволит отказаться от чрезмерной миграции лиц неквалифицированного труда, к тому же – преимущественно лиц нерусской национальности.

Продление ожидаемой продолжительности здоровой жизни – вот подлинный критерий оценки эффективности социальной политики и охраны здоровья.

4.5 О причинах ухудшения демографической ситуации в России в последние два-три года

Неустойчивость демографических показателей в последние два-три года, когда они то улучшаются, то ухудшаются, чего раньше не было (к тому же возникла тенденция увеличения смертности и стагнации рождаемости), прежде всего, связана с ухудшением общей социально-экономической ситуации в нашей стране.

Как известно, темпы социально-экономического развития страны резко снизились с 2013 г., когда валовой внутренний продукт страны увеличился всего на 1,3% в сравнении с 3,4% в 2012 г. и 4,3% – в 2011 г. Промышленность при этом показала нулевой рост, строительство и железнодорожный транспорт сократились, инвестиции снизились на 0,3%. Упал фондовый рынок, уменьшился финансовый результат деятельности

предприятий и организаций страны. В реальном выражении перестал расти государственный бюджет. В стране возник процесс стагнации. С первого квартала 2014 г. темпы понизились до 0,6% роста ВВП, стала сокращаться внешняя торговля, перестали расти реальные доходы, которые увеличивались даже в кризис, намного снизились инвестиции и т.д.

Заметим, что все это было до начала событий на Украине, до присоединения Крыма, до введения санкций против нашей страны, тем более до девальвации рубля, снижения экспортных цен на нефть, сокращения доступа российских предприятий и организаций к мировым финансовым ресурсам.

Серьезные санкции Европейского союза и США, влияющие на наш экономический рост, были введены в августе-сентябре 2014 г. Это совпало со снижением цен на нефть (почти вдвое), резким сокращением размера экспорта страны, серьезными ограничениями в предоставлении российским предприятиям и организациям западных кредитов и участия западных компаний в российском бизнесе. Резко увеличился отток капитала России: в 2014 г. он составил 151,5 млрд. долларов, превзойдя уровень 2008 г., когда отток капитала составлял 133 млрд. долларов.

К тому же, все эти годы росла инфляция. В 2012 г. она достигла минимума: потребительские цены выросли всего на 5,1%, в 2013 г. – на 6,8%, а в 2014 г. – на 7,8% в годовом выражении, достигнув в конце года 15% роста.

С I квартала 2015 г. страна из стагнации перешла к рецессии, то есть к абсолютному сокращению основных экономических показателей.

Больше всего ухудшилось социальное положение граждан. Увеличилось количество бедных, снизилось потребление продовольственных и других товаров.

В отличие от кризиса 2009 г., который практически длился один год, а потом сразу началось достаточно заметное улучшение показателей, в 2013-2015 гг. ситуация сложилась совсем другая – затяжная стагнация и рецессия без достаточных проблесков улучшения ситуации. Эти три года ситуация только ухудшалась, инвестиции все время падали, а это значит, что и в ближайшей перспективе нас ничего хорошего не ждет. Ведь в России, примерно, на 80% экономический рост связан с увеличением инвестиций. При этом, чтобы на 1% увеличить ВВП, нужно инвестиции увеличить на 2%. А они из года в год сокращаются все больше, – их падение уже дошло до 5% в I квартале в 2015 г. и ожидается их дальнейшее сокращение.

К тому же, в отличие от кризиса 2009 г., когда цены выросли существенно меньше, чем в 2008 г., в кризис 2015 г. их взлет составил в апреле 17% за год, и только после этого началось медленное сокращение инфляции, которая по итогам года может

составить 12-15%, вызвав значительное сокращение реальных доходов и расходов населения.

Самое плохое состоит в том, что население, как показывают опросы, не видит благоприятного будущего и живет сегодняшним днем.

В этой связи, с одной стороны, часть семей откладывает рождение детей, дожидаясь ясности в социально-экономическом развитии страны.

Всех крайне насторожила резкая девальвация рубля, которая по отношению к доллару и евро составила более полутора раз, что значительно подняло цены на импортные товары, сделала крайне затруднительной выплату долгов в валюте, на треть сократила туризм и отдых россиян за рубежом, снизила их возможность полноценной жизни.

К тому же, всех нервирует непрерывное наступление государства на реальные доходы граждан. Кроме неполной индексации пенсий, снижающуюся заметно зарплату никто не индексирует и делать это не собирается.

В два-три раза повышены налоги на недвижимость. На правительственном уровне все время обсуждается вопрос о повышении пенсионного возраста, в том числе женщин на десять лет, что делает неопределенной жизнь десятков миллионов пожилых женщин, которые не знают, получат ли они в ближайшие годы пенсии или нет. Резко сократились возможности людей брать кредиты не только из-за ухудшающегося материального положения, но и из-за катастрофического роста процентных ставок по этим кредитам, делающих их просто разорительными.

Определенная часть населения – особенно мужского, ответственного за благосостояние своей семьи, – не имеет четких перспектив сохранения своих рабочих мест. Работая временами с перебоями, сталкиваясь с вынужденным уходом в отпуск, с трудностью найти дополнительную работу, ежедневно наблюдая дорожающие товары для семьи, часть из них находятся в стрессовом состоянии, что увеличило смертность, прежде всего, от сердечно-сосудистых заболеваний. А ведь именно сокращение сердечно-сосудистых заболеваний было главной причиной заметного снижения смертности с 2005 г.

И вот впервые с 2005 г. в I-ом квартале 2015 г. смертность по этой причине не снизилась, а увеличилась, при том в расчете на 100 тыс. человек с 687 тыс. в I квартале 2014 г. до 718 тыс. в I квартале 2015 г., – сразу на 5%.

Увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний связано не только с ухудшением общей социально-экономической ситуации и вызванным стрессом у

некоторой части населения – среднего и престарелого возраста. В определенной мере это связано и с ухудшением медицинского обслуживания.

Это ухудшение медицинского обслуживания очень жестко описано и критикуется Счетной палатой после проверки дела со смертностью в больницах России. Они констатировали, что в целом за 2014 г. смертность в клиниках России возросла, что в предшествующие восемь лет не наблюдалось.

В 2014-2015 гг. к тому же прошли достаточно крупные мероприятия по так называемой «оптимизации и модернизации» здравоохранения, в результате которых в стране работу потеряли 90 тыс. медицинских работников, было сокращено более 30 тыс. коек в больницах, в том числе в небольших населенных пунктах, и теперь медицинская помощь во многих районах попросту стала малодоступной. Неслучайно в первом квартале сильно выросла ишемическая болезнь сердца (на 7% за год), а ведь именно на эту болезнь приходится наибольшее число (более 20%) всех смертей в России.

Часть федеральных организаций вместо гарантированного госбюджета была переведена на финансирование со стороны дефицитного бюджета обязательного медицинского страхования и слабосильных региональных бюджетов, то есть стала значительно недофинансироваться.

Затеянная реорганизация «Скорой помощи», по общему мнению, ее ухудшила. Возникла неразбериха со «Скорой» и «Неотложной помощью». Практически была свернута специализированная «Скорая помощь» при инфарктах и инсультах. Из «Скорой помощи» убрали врачей. Все это не могло не сказаться на увеличении смертности, которая констатируется даже в благополучных районах. Особенно сильно смертность повысилась, например, в Москве (на 8% в I квартале 2015 г.), где она была самой низкой в России, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний.

Другой важной причиной увеличения смертности в 2015 г. является сокращение расходов бюджета на здравоохранение. Первый квартал 2015 г. наша страна вообще прожила без утвержденного бюджета.

Ранее одобренный на предварительной стадии проект бюджета стал уточняться, причем – уточняться в сторону сокращения его расходов по основным статьям. При этом наибольшее сокращение расходов по сравнению в 2014 г. и по сравнению с предыдущим вариантом бюджета было осуществлено по здравоохранению. Расходы сокращаются против предшествующего варианта на 30%, в то время как по другим разделам – на 5-15%.

С 2014 г. Минфин стал сокращать в реальном выражении (с учетом инфляции) расходы на здравоохранение, и это явилось одной из причин, что смертность населения

именно с этого года перестала снижаться после значительного сокращения в каждый из предыдущих восьми лет (за 2006-2013 гг.).

В проекте уточненного федерального бюджета на 2015 г. эта линия по сокращению расходов в здравоохранении резко усиливается. В 2015 г. они составят только 72% от уровня 2014 г.. Это самое большое сокращение из всех расходов федерального бюджета.

Еще больше сокращается самая эффективная часть бюджета – государственная программа «Развитие здравоохранения». В сравнении с предшествующим вариантом бюджета на 2015 г. в уточненном проекте расходы сокращаются с 366,3 до 255,2 млрд. рублей – на 111,1 млрд. рублей. Новая сумма бюджета составит 70% от уровня предыдущего варианта.

Главное – основное сокращение касается самой важной статьи, от которой больше всего зависит показатель смертности населения по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и онкологией, которые суммарно дают около 2/3 всей смертности населения России.

По результатам I квартала 2015 г. отрицательный результат бюджетной политики наглядно виден: смертность увеличилась на рекордно высокую величину. Хорошего ждать, увы, не приходится.

Чтобы оградить российское здравоохранение от справедливой критики за неудачно проводимые реформы в здравоохранении в последнее время, вызывающие протест, прежде всего, у врачей, и скрытое недовольство у пациентов, особенно, в отношении поликлинического обслуживания, некоторые специалисты пытаются объяснить рост смертности в России увеличением пожилого и старческого контингента, имеющего повышенную смертность.

5. Повышение эффективности и качества здравоохранения в России – необходимое условие успешной демографической политики

5.1 Повышение доступности качественной медицинской помощи

Половина населения России проживает в крупных городах с численностью более ста тысяч человек, которые должны иметь многопрофильные клиники. При этом 35% всего населения живет в городах с численностью свыше 500 тысяч человек, где должны быть представлены все виды высокотехнологической помощи.

Почти 25% населения проживает в городах и рабочих поселках с численностью менее ста тыс. жителей. Здесь могут быть организованы не только поликлиники, но и стационарные больницы. Как правило, города и рабочие поселки, за небольшим исключением, имеют круглогодичную автодорожную, а во многих случаях и железнодорожную связь с областными центрами, где может оказываться высокотехнологическая и специализированная помощь, требующая наличия крупной клиники.

Сложнее обстоит дело с доступностью медицинской помощи в рабочих поселках и сельских населенных пунктах с численностью от 3-х до 10 тыс. человек, в которых проживает 14 млн. Здесь может быть организован небольшой больнично-поликлинический медицинский центр, который не может оказать помощь в случае серьезных осложнений, требующих кардиологических операций или радиологического лечения раковых опухолей и т.д. Эти центры должны быть соединены с крупными клиническими больницами, в экстренных случаях вертолетной связью.

Самый сложный вопрос – мелкие населенные пункты, где в наличии один врач при численности населения в 200 человек или несколько врачей при несколько большей численности. Здесь может быть организован небольшой врачебно-медицинский центр, а небольшие стационарные отделения могут находиться только в поселках от 500 до 2 тыс. человек.

В населенных пунктах, где проживает менее 500 человек, проживает около 10 млн. человек, здесь нужно иметь фельдшерские медицинские пункты для оказания первичной помощи больным и содействия в их переезде в более сложных случаях в крупные населенные пункты.

В настоящее время, практически по всей территории страны может быть организована связь и Интернет, в том числе с использованием космической связи. Поэтому здесь может быть организована on-line клиника, основанная на телемедицине.

Такой on-line центр мог бы быть организован при каждом фельдшерском пункте. Это резко повысило бы доступность медицинской помощи.

5.2 Новый подход к финансированию здравоохранения

В чем причины замедления экономического роста в России?

Прежде всего, в ходе кризиса с 2008 года начался огромный отток капитала из России. За 6 лет (2008-2013 гг.) общий отток капитала составил почти 400 млрд. долларов или около 13 трлн. руб. по рыночному курсу. Отток капитала можно уподобить обескровливанию экономического организма. Если выпустить часть крови, человек будет

жить, двигаться, но движения его естественно станут замедленными. Применительно к экономике это замедление связано с недофинансированием, поскольку значительная часть капитала ушла из страны.

Отток капитала происходит на фоне резкого сокращения притока валютной выручки от экспорта. Если с 2000 по 2008 годы экспорт в среднем увеличивался по 90 млрд. долларов в год, то в 2012 году экспортная выручка увеличилась всего на 14 млрд., а в 2013 году она увеличится, возможно, в еще меньших размерах. К тому же, вместо большого профицита госбюджета России, достигающего 70-100 млрд. долларов в год, в послекризисный период имеет место дефицит бюджета.

Темпы экономического роста сокращаются также из-за огромного падения инвестиций в кризис, когда они сократились почти на 17% в 2009 году, и сумели кое-как восстановиться только в 2012 году. После этого их рост в 2013 году почти остановился. А ведь инвестиции – это вложения в будущий экономический рост.

При такой динамике инвестиций значительно вырос износ основных фондов. Он повысился с 45,3% в 2008 году до 48,6% в 2012 году. Увеличился срок службы машин и оборудования, среди которых более половины являются устаревшими. Соответственно, растут деньги на ремонт устаревшего оборудования, снижается производительность этого оборудования, значительно недоиспользованы имеющиеся производственные мощности из-за их неконкурентности, невозможности на них производить новую продукцию. Все это тянет экономику вниз. Не помогает экономическому росту и бюджет государства: в реальном выражении (с поправкой на инфляцию) финансирование национальной экономики из бюджета снизилось, примерно, на 20%.

Резко замедлилось и кредитование предприятий и организаций. В реальном выражении ежегодный рост кредитов в промышленности составил 5% в сравнении с 20 и более процентами роста реального кредитования в докризисные годы. При этом процентные ставки по кредитам в два и более раза в России, как известно, превышали соответствующие ставки в развитых странах, составляя около 10% в год. В реальном выражении практически не растет сальдированный финансовый результат (прибыль минус убыток) деятельности предприятий и организаций.

Все эти условия и факторы, вызвавшие значительное замедление социально-экономического развития России, носят не конъюнктурный, а достаточно устойчивый характер. Нужны крупномасштабные коренные меры, чтобы изменить негативный инвестиционный климат, восстановить докризисный фондовый рынок, который колеблется вокруг двух третей от докризисного уровня, снижая на треть капитализацию крупнейших российских компаний. Еще труднее преодолеть отсталость материально-

технической базы. Для этого нужно осуществить крупнейшую программу технологического обновления всего нашего народного хозяйства. Не менее капиталоемко и сложно также коренным образом изменить структуру народного хозяйства с тем, чтобы заменить нефтегазовые доходы от экспорта продаж на зарубежные рынки готовой продукции. Колоссальные средства требуются для увеличения инвестиций, увеличения финансирования национальной экономики по бюджетной линии, роста кредитных ресурсов для предприятий и организаций.

Как видно, у государства и близко нет тех средств на развитие социальной сферы, которые оно вкладывало в докризисные годы, намного увеличивая их из года в год. Поэтому негативное отношение населения к делам в социальной области возрастает. В связи с этим во весь рост встает вопрос о поиске дополнительных источников финансирования социальной сферы. Это тем более необходимо сделать потому, что социальная сфера, как известно, в России существенно отстала от уровня экономического развития (см. [2]).

По уровню экономического развития, как известно, среди 146 стран мира Россия занимает 43-е место с валовым внутренним продуктом в расчете на душу населения (по паритету покупательной способности) в размере 20 тыс. долларов в сравнении с 30-35 тыс. долларов в большинстве развитых стран.

Из-за отставания нашей социальной сферы России нужно развиваться с опережающим увеличением социальных показателей, особенно по здравоохранению, жилищно-коммунальному обеспечению и пенсионному делу.

Крайне неблагоприятно положение в России с дифференциацией показателей уровня жизни между малообеспеченными и высокообеспеченными семьями.

Доход 10% высокооплачиваемых семей в России превышает доход 10% малообеспеченных семей в России, примерно, в 16 раз, в то время как в Германии и ряде других европейских стран это соотношение вдвое ниже. Также велика дифференциация в жилищных условиях. Еще больше она в сбережениях и в имуществе.

Ни одно государство с рыночной экономикой без привлечения средств населения не может взять на себя пенсионное обеспечение всего населения. Никаких денег не хватит у самой богатой страны для того, чтобы выплачивать достойные пенсии престарелым гражданам, даже при увеличении возраста выхода на пенсию до 70 лет, как показывает опыт ряда стран.

Чтобы определить необходимые объемы финансирования здравоохранения, надо, в первую очередь, рассмотреть главные цели развития этой отрасли.

Главная цель здравоохранения – сокращение смертности населения, особенно в детском и трудоспособном возрастах. При этом мы исходим из того, что между снижением смертности, сокращением инвалидности и опасных болезней прослеживается высокая корреляция.

Отметим, что преждевременная смертность населения наносит прямой экономический ущерб. Если принять для России условия Западной Европы, то в России в 2012 году умерло бы не 1,9 млн. человек, а 1,3 млн. человек – на 600 тысяч меньше, в том числе в трудоспособном возрасте в России умерло бы не 500 тыс. человек, а всего 130 тыс. человек – на 370 тысяч меньше.

При значительном снижении смертности, особенно трудоспособных людей, отпадает надобность в подавляющей части миграции нерусского населения, что оздоровит обстановку во многих городах страны.

Сокращение смертности, особенно работающего населения, позволит не только осчастливить семьи, которые теряют кормильца в расцвете лет, но и поднимет благосостояние этих семей, которые после смерти кормильца во многих случаях переходят в разряд бедных семей.

Задачу в возможно короткий срок – буквально за несколько лет – достичь показателей развивающихся стран можно выдвинуть как вполне реальную задачу. На наш взгляд, лучше всего перейти к программно-целевому подходу по сокращению смертности населения. Такой подход рекомендует наука управления в том случае, если срочно нужно решить жизненно важную комплексную задачу.

Предлагается в здравоохранении по основным причинам смертности разработать целевые программы по их кардинальному сокращению при программно-целевом управлении.

Наша медицина (поликлиники, больницы, сообщества врачей) не нацелена на обследование населения. Они лечат тех, которые к ним приходят уже с болезненными симптомами. Между тем, наиболее опасные болезни – сердечно-сосудистые, онкологические и некоторые другие – носят бессимптомный характер, вызревают в организме постепенно, а когда обнаруживаются болезненные явления, это свидетельствует уже о поздней стадии болезни, где лечить трудно, дорого, долго и не всегда успешно.

Нужны меры, чтобы заинтересовать предпринимателей, собственников предприятий и организаций проводить систематические обследования своих коллективов при, естественно, государственной поддержке. Нужно переломить отношение населения к своему здоровью, просветить его на этот счет. То, что у нас на 100 тысяч жителей от

основных болезней умирает в 3-4-5 раз больше людей, чем в развитых странах, зависит не только от системы здравоохранения, недостаточно эффективного лечения и т.д., но и от неправильного отношения людей к своему здоровью, их безответственности, во многом по незнанию.

При этом основное внимание надо уделить тем участкам здравоохранения, где у нас наблюдается повышенная смертность. Это люди в трудоспособном возрасте, где у нас смертность в 3-4 раза выше, чем в передовых странах. И это младенческая, и детская смертность, которая у нас в 2-2,5 раза выше.

Заметим, что в России смертность крайне неравномерно распределена по регионам.

В одних регионах она почти такая же, как на Западе, а в других в 3-4 раза больше. Скажем, младенческая смертность в Санкт-Петербурге на тысячу родившихся живыми составляет около 4-х – почти как в Западной Европе, а в России – 86. Во многих, довольно развитых и относительно богатых регионах она зашкаливает – 10-14.

Должна быть введена серьезная ответственность не только руководителей здравоохранения, а и руководителей регионов за показатели смертности, инвалидности, заболеваний населения. Удивительно, что люди не понимают, что самое ценное, что у них есть, это жизнь. И чтобы ее сохранить, нужно заботиться о своем здоровье.

Чтобы радикально сократить смертность, нужны, как видно, серьезные меры, для осуществления которых требуются значительные средства. В России на здравоохранение затрачивается менее 5% валового внутреннего продукта, включая платную медицину и даже «подношения» врачам. Эти средства, к сожалению, используются далеко не самым эффективным образом. Но как бы они ни использовались, их явно недостаточно, чтобы вывести нашу медицину на достойный уровень, соответствующий экономическому потенциалу нашей страны.

Чтобы поднять здравоохранение, хотя бы до уровня развивающихся стран, примерно с таким же экономическим потенциалом, как Россия, нужно увеличить расходы на здравоохранение хотя бы до 7-8% ВВП. А если мы хотим со временем достичь уровня Западной Европы, эти расходы должны быть не менее 10% ВВП. Таких средств за счет государства в России нет и никогда не будет.

Нужно в 1,5-2 раза больше средств, чтобы приступить сейчас к реальному улучшению здравоохранения.

В последний год в связи с возникшими трудностями по формированию госбюджета и отвлечению значительной его части на оборонные цели эти расходы стали увеличиваться меньше. Доля здравоохранения в ВВП начала сокращаться. И это сразу отразилось на динамике показателей здоровья населения: смертность перестала

сокращаться, продолжительность жизни перестала увеличиваться, не видно прогресса и в детской смертности. Как это не звучит вульгарно и жестко, но здравоохранение, как и любая другая область, для своего улучшения нуждается в дополнительном финансировании.

Традиционные методы финансирования медицины в основном за счет средств государственного бюджета в перспективе нормального финансирования здравоохранения обеспечить не могут. Сейчас здравоохранение на 80% финансируется, во-первых, за счет обязательных отчислений предприятий и организаций на медицинское страхование, во-вторых, за счет прямых бюджетных расходов на медицину. В перспективе существенного прироста этих ассигнований ожидать не следует, поскольку не видно источников сколь-нибудь заметного ускорения нашего экономического развития.

Что же делать для улучшения здоровья нации? За счет чего можно изыскать дополнительное финансирование? Мое мнение – перейти на участие населения в оплате страховки по здравоохранению, как это делается в подавляющем большинстве других стран, наряду с теми средствами, которые дают предприятия и организации, и государство на оплату этой страховки.

Денежные доходы населения в 2012 году составили 39,3 трлн. руб. Если установить отчисления населения на обязательную оплату страховки по здравоохранению в размере, скажем, 7%, то это даст 2,75 трлн. руб. в год. Из этих денежных доходов оплата труда составляет 26 трлн. руб. Так что оплата страховки по здравоохранению только от заработков даст 1,8 трлн. руб. При существующих расходах на здравоохранение в размере 3 трлн. руб. эти дополнительные средства могли бы его увеличить при оплате страховки от всех денежных доходов до 5,5 трлн. руб. или в 1,8 раза, а при оплате страховки только от заработной платы – до 4,8 трлн. руб. или увеличение в 1,6 раза. Доля расходов на здравоохранение соответственно составит 8-9% валового внутреннего продукта вместо 5% в настоящее время.

Представляется также важным, чтобы хотя бы 10% оплаты за лекарства и медицинские услуги по страхованию пациенты платили из своих средств, тогда они будут понимать, во что обходится их лечение и лекарства, и не будут злоупотреблять посещением поликлиник, попыткой увеличить срок пребывания в больнице, покупкой лекарств «про запас». Это даст еще 0,3-0,5 трлн. руб. из средств населения.

Только при значительном увеличении средств на здравоохранение удастся не на словах, а на деле обеспечить предоставление качественных медицинских услуг по медстраховке.

Сегодня перечень бесплатных медицинских услуг, которые должны предоставляться населению, не покрывается полностью существующим финансированием. К тому же ставки за оказание этих медуслуг в ряде случаев настолько низки, что не обеспечивают их окупаемость. Поэтому трудно по выполнению медицинских услуг по страхованию привлечь частные клиники, которые не могут и не хотят работать себе в убыток.

Участие населения в оплате почти половины всех средств медицинского страхования позволит частично перераспределять медицинскую страховку от более богатых и здоровых слоев населения, чей чистый взнос будет весьма значителен, в пользу более бедных и больных, а также перераспределять средства от более здоровых, относительно молодых групп населения, в пользу престарелых людей пенсионного возраста, у которых и доходы ниже, и здоровье хуже. Тем самым значительно улучшится медицинская помощь тем, кто в ней действительно нуждается.

Понятно, что участие населения в оплате страховки по здравоохранению и 10-процентной оплаты за лекарства и медуслуги должны быть компенсированы с тем, чтобы реальные доходы населения не сократились. Как это сделать?

Чтобы изыскать эти средства, предлагается единовременно повысить заработную плату и другие фиксированные доходы (пенсии, стипендии и др.), с которых будет выплачиваться страховка, на 9-10%. С даты единовременного повышения зарплаты и будет введена эта обязательная страховка.

Осуществить это повышение зарплаты можно следующим путем. Около 60% рабочих и служащих работают в бюджетной сфере или на государственных предприятиях и объединениях типа Газпром, РЖД, Роснефть, Аэрофлот, АвтоВАЗ и др. Здесь государство может повысить зарплату само. Еще 20% рабочих и служащих работают в крупных объединениях и предприятиях, которых насчитывается около 100. С их собственниками нужно договориться индивидуально о том, что они произведут соответствующее повышение зарплаты, а государство на эту сумму снизит с этих предприятий и организаций налоговую нагрузку. Оставшиеся 20% численности работает на малых и средних предприятиях, где есть соответствующие ассоциации, с которыми тоже можно договориться о контроле за тем, чтобы на этих предприятиях были повышены соответствующие тарифные ставки и оклады, также в обмен на гарантированное соответствующее снижение налогов на эту сумму. Эти налоги можно компенсировать, увеличив акциз на крепкие алкогольные напитки, а также сигареты и табак в соответствии с предложениями Европейской комиссии.

Саму схему финансирования учреждений здравоохранения предлагается оставить прежней, а именно – бесплатные услуги государства покрываются страховкой, в то же время за счет бюджета государство вкладывает деньги в отдельные программы здравоохранения, связанные с созданием новых высокотехнологических центров, приобретением дорогого оборудования и т.д. Речь, естественно, не идет о снижении государственных расходов на здравоохранение. Напротив, имеется в виду, что государство и дальше будет придерживаться своих планов увеличения этих расходов в меру возможностей.

Разумеется, большой приток дополнительных средств в здравоохранение может не означать немедленного их расходования, к расходам надо серьезно подготовиться, откорректировать стандарты, установить реальные ценовые показатели за услуги по здравоохранению. А пока невостребованные средства можно хранить на отдельном счете, создавая будущий резерв, перейдя к полному финансированию здравоохранения по новой схеме через 2-3 года после тщательной подготовки.

Эта тщательная подготовка должна состоять также в переходе к системе планирования, оценки и финансирования медицинских услуг по принятой в большинстве стран мира системе оплаты за результат лечения по принципу диагностически связанных групп (система DRG). Это мощная компьютерная система также должна быть заранее обчислена, должны быть обучены кадры, и переход к новым ставкам обязательного страхования лучше совместить с внедрением этой системы.

Предлагаемый здесь подход к возмещению дополнительных расходов на социальную сферу за счет средств населения, на наш взгляд, может носить более общий характер и применяться не только к здравоохранению.

В критическом состоянии находится жилищно-коммунальное хозяйство нашей страны. Его нужно приватизировать и перевести на рыночные цены, возложив на население все затраты, связанные с функционированием этой сферы. Разумеется, для отдельных бедных социальных слоев здесь может быть оказана государственная помощь, как это делается и в других странах.

Если теперь сложить эти и, возможно, еще некоторые меры по реформированию социальной сферы в единстве с повышением зарплаты, то уровень оплаты труда в народном хозяйстве страны в итоге придется повысить в 1,5-1,8 раза, то есть, примерно, с 30 тыс. руб. в месяц (средняя зарплата в настоящее время) до 45-55 тыс. руб. При этом структура расходов коренным образом изменится. Если сейчас 70% заработка идет на оплату товаров и услуг, 13% – на подоходный налог и, примерно, 10% – на оплату жилья и ЖКХ, то при новом подходе 50-60% всей зарплаты будут направляться на налоги и

социальные цели. А на покупку товаров и услуг останется 40-50%, что в общей сумме после повышения зарплаты не ущемит реальных доходов людей.

При этом изменится структура доходов бюджета. В настоящее время 90% этих доходов дают предприятия и организации, и только 10% – население, чего нет в подавляющем большинстве стран мира. Снижение налоговой нагрузки с бизнеса позволит ему успешнее развиваться за счет собственных средств. Сокращение налогов с предприятий и организаций будет компенсировано повышением налогов и социальных взносов с населения. Вместо 10% эта доля повысится до 30-40%, и из-за повышения зарплаты и других доходов, с одной стороны, и из-за введения крупного налога на недвижимость и землю – с другой. Со временем можно было бы ввести и прогрессивный налог для более богатых граждан, тем самым еще увеличив налоговую нагрузку на население и в то же время сбалансировав лучше различия в уровне жизни богатых и бедных.

С другой стороны, значительное повышение зарплаты людей при таком подходе усилит их материальную заинтересованность в результатах труда. Ведь каждый приработок, бонус не просто будет увеличивать общую оплату, а, прежде всего, будет увеличивать ту часть оплаты (40-50%), которая остается в распоряжении семьи, и это удвоит стимулирование.

Можно было бы и дальше приводить разные аргументы в пользу общепринятой в мире системы, от которой наша страна отклонилась.

Все попытки идти своим, давно осужденным и отброшенным другими странами путем, к добру не приведут. Мы являемся органической частью мира. И нравится нам или нет, надо следовать общим трендам его развития, проверенным временем.

Россия в настоящее время расходует на здравоохранение менее 5% ВВП в год, в том числе государственные средства около 4% и 1% средств населения, включая не только платную медицину, но и подношения врачам в государственных учреждениях (по данным выборочных обследований). Затраты на медицину в составе ВВП в России одни из самых низких в мире.

Чтобы поднять российское здравоохранение хотя бы до уровня развивающихся стран с примерно таким же социально-экономическим развитием, нужно увеличить расходы на здравоохранение хотя бы до 7-8% ВВП, а чтобы достигнуть уровня Западной Европы – до 10-12% ВВП. Таких средств за счет государства в России нет, и никогда не будет. Поэтому вся реформа здравоохранения без кардинального изменения финансовых источников, на наш взгляд, неосуществима. Нельзя выдавать желаемое за реальное.

Бесплатность в нашем понимании основной части медицинских услуг порождает иждивенчество населения и не способствует эффективному использованию выделяемых на охрану здоровья ресурсов. Постоянное недофинансирование лечебных учреждений лишает их стимулов качественной работы, вынуждает заниматься поборами, откатами и т.п.

При столь значительном увеличении финансирования мы просто обязаны в короткий срок до 2020 г. обеспечить значительный подъем качества нашего здравоохранения, притом такой подъем, который бы почувствовало население страны и оценило бы его по достоинству.

5.3 Прогноз динамики населения России

В данном разделе мы постараемся исследовать, какова могла бы быть динамика населения России, если бы ей удалось в результате радикального улучшения работы системы здравоохранения обеспечить себе показатели смертности и продолжительности жизни, уже достигнутые в других странах.

Реалистичность такого положения подтверждается данными, представленными на рисунке 5.1 и показывающими, что не всегда в течение последних десятилетий ожидаемая продолжительность жизни в России заметно отставала от показателей развитых стран.

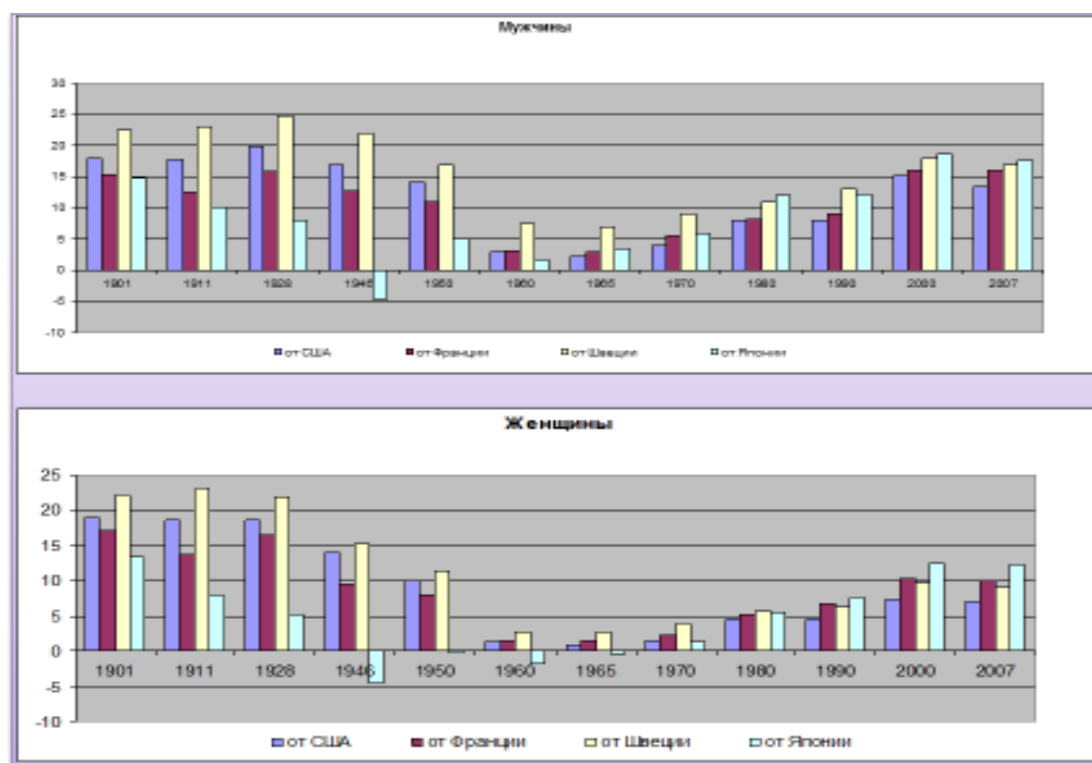


Рисунок 5.1 – Отставание России по ожидаемой при рождении продолжительности от США и Западной Европы в XX и XXI вв., лет

В России в 2014 г. смертность населения составила около 1,9 млн. чел., в ней на 1000 населения умирает 13 человек, при том, что в развитых странах эта величина составила 9 чел., а в развивающихся странах – 11,5 человек.

Исходя из приведенных выше данных таблицы 1.1 построим прогнозы относительно возможного роста населения при смертности в соответствии с отечественными тенденциями, а также развитых и развивающихся стран и при сохраняющихся тенденциях динамики рождаемости населения (рисунок 5.2).

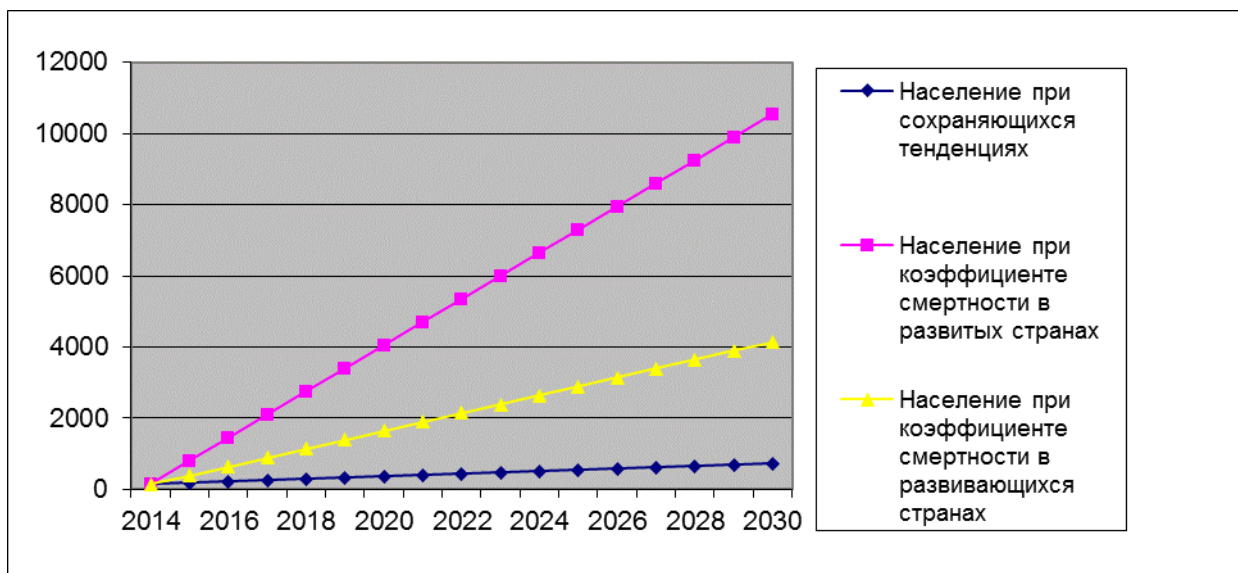


Рисунок 5.2 – Динамика численности населения России при разных коэффициентах смертности и сохранении имеющегося уровня рождаемости (млн. чел.)

Из данных, приведенных на рисунке 5.2. следует, что к 2030 г. при сохранении имеющихся тенденций прирост населения по отношению к 2014 г. составил бы 576 млн. чел, при смертности, соответствующей развитым странам – 10400 млн. чел. (в 18 раз больше), а при смертности, соответствующей развивающимся странам – 4000 млн. чел. (в 7 раз больше). Такие результаты могли бы стать следствием улучшения работы здравоохранения и других факторов, определяющих продолжительность жизни населения. Одним из таких факторов является работа рекреационного комплекса.

6. Роль рекреационного комплекса в сокращении депопуляции

Рекреация представляет собой восстановление жизненных сил человека в результате отдыха, курортного лечения и других форм компенсации жизненной энергии. Соответственно, рекреационный комплекс включает в себя оздоровительные учреждения, туристические и спортивные организации с их материальной базой и другие предприятия,

участвующие в обеспечении комфортности и высокого уровня отдыха и восстановления здоровья. К последним относятся предприятия транспорта, связи, культурного, бытового, спортивного и торгового обслуживания. Из приведенного определения рекреационного комплекса следует, что он представляет собой сложную, многоуровневую структуру.

Влияние рекреационного комплекса на уровень депопуляции в обществе многоаспектно. С одной стороны, его эффективная работа способствует повышению здоровья населения, что выражается как в росте рождаемости, так и в снижении смертности. С другой стороны, проводимая в его рамках профилактика является единственной из всех отраслей здравоохранения, исключительно позитивно воздействующая на состояние трудовых ресурсов страны и, соответственно, на продуктивность общественного производства, которая определяет возможности затрат на здравоохранение в целом. Кроме этого, рекреационный комплекс сам по себе является значимой сферой современной экономики и, значит, его развитие способно внести существенный вклад в социально-экономическое развитие страны и ее регионов.

Рассмотрим более подробно эти три аспекта влияния рекреационного комплекса на уровень депопуляции населения.

6.1 Влияние рекреационного комплекса на здоровье населения

Как уже отмечалось, рекреационный комплекс включает в себя:

- оздоровительные учреждения, туристические и спортивные организации с их материальной базой;
- предприятия транспорта, связи, культурного, бытового, спортивного и торгового обслуживания.

Для оценки влияния рекреационного комплекса сравним развитие его составляющих с динамикой естественного прироста населения России. Она приведена в таблице 6.1.

Таблица 6.1 – Естественный прирост на 1000 человек населения в РФ

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Естественный прирост ¹⁾ на 1000 населения ²⁾	-5,9	-4,8	-3,3	-2,5	-1,8	-1,7	-0,9	0,0	0,2

1) За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения, пересчитанной с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.

2) Знак (-) означает естественную убыль населения.

Источник: [3]

При оценке влияния развития составляющих рекреационного комплекса следует иметь в виду, что на естественный прирост населения влияют объекты рекреационной деятельности не только находящиеся в России, но и зарубежный туризм. Поэтому первой из анализируемых составляющих рекреационного комплекса станет туризм. Рассмотрим, как влияет на естественный прирост населения деятельность туристических фирм (Таблица 6.2).

Также сравним динамики естественного прироста населения (рисунок 6.1) с динамикой количества реализуемых путевок (рисунок 6.2).

Таблица 6.2 – Реализация туристических путевок гражданам РФ

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Число реализованных гражданам России туристических путевок	4126	4487	5716	4213	3602	4239	4255	4643	5209
Число реализованных гражданам России туристических путевок по территории России	1378	1460	1659	1030	830	872	929	905	969
Число реализованных гражданам России туристических путевок по зарубежным странам	2748	3027	4057	3183	2772	3367	3326	3738	4240

Источник: [4]

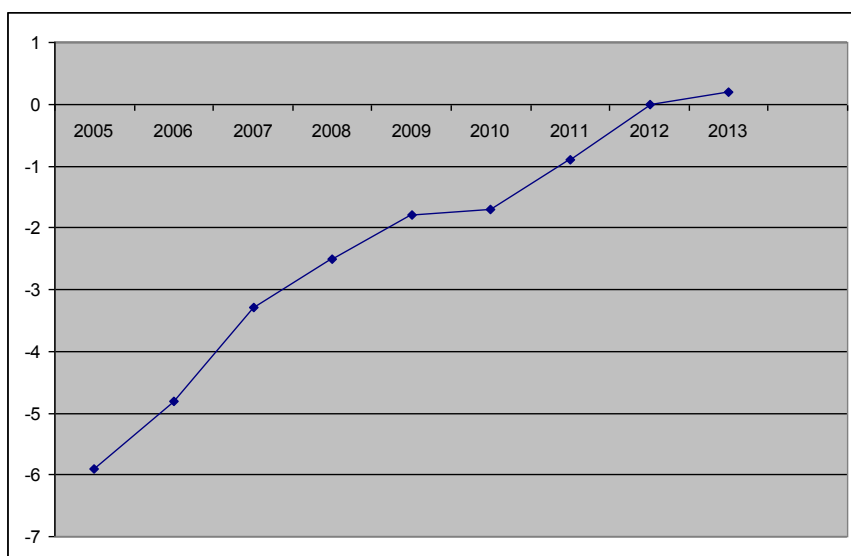


Рисунок 6.1 – Естественный прирост на 1000 населения в России

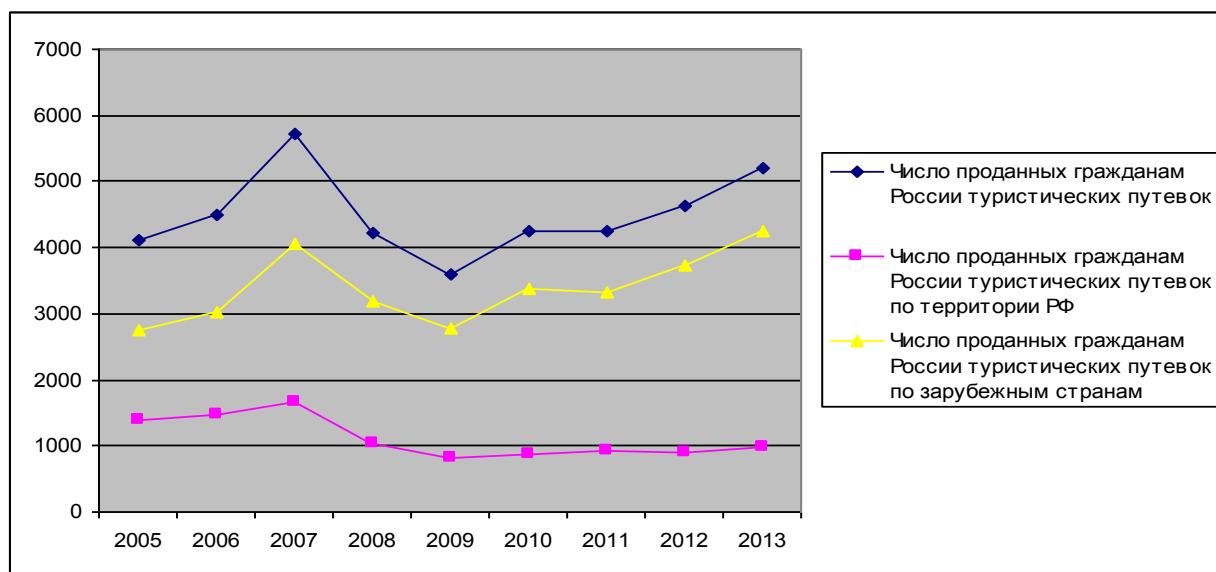


Рисунок 6.2 – Число реализованных гражданам России туристических путевок

Из сопоставления двух рисунков видно, что динамика естественного прироста населения в более сглаженном виде повторяет динамику количества реализованных путевок с лагом в один-два года. Так, падению числа путевок в 2008 г. (особенно по зарубежным странам) соответствует фактическая стабилизация естественного прироста в 2010 г. А рост продаж путевок в 2010 г. – росту естественного прироста в 2011 г.

Разумеется, туризм является не основным фактором повышения естественного прироста населения, и его роль отстает от роли здравоохранения, но санаторно-курортная и туристическая деятельность, безусловно, влияет на здоровье и старших (снижая смертность) и младших возрастных групп (повышая репродуктивность).

Оценим также влияние динамики объема оказания населению платных услуг, относящихся к рекреационному комплексу, а именно: санаторно-оздоровительных, услуг гостиниц и аналогичных средств размещения, организаций культуры, туристских услуг, организаций физической культуры и спорта, а также обеспечивающих эффективную работу рекреационного комплекса услуг транспорта и связи (таблица 6.3).

Таблица 6.3 – Индексы физического объема платных услуг населению в РФ (в % к 2004 г.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Санаторно-оздоровительные услуги	105,6	108,9	110,2	107,4	98,4	92,8	96,3	99,7	99,5
Услуги гостиниц и аналогичных средств	96,1	103,3	111,6	109,5	95,7	94,8	97,9	101,6	104,7

размещения									
Услуги организаций культуры	99,1	100,3	82,2	81,7	80,6	80,2	79,2	79,5	78,8
Туристские услуги	121,6	141,9	149,1	168,4	159,1	192,2	199,5	201,1	206,4
Услуги организаций физической культуры и спорта	137,7	124,6	118,5	147,7	138,2	136	142,8	147,5	157,4
Транспортные услуги	104,2	109,7	116,6	118,9	110,7	106,3	110,1	114,9	116,6
Услуги связи	118,6	137,0	161,8	188	197,2	207,5	222,6	235,9	279,8

Источник: [5]

Рассматриваемые услуги могут быть разделены на три группы. В первую включим услуги по санаторно-курортному и туристическому обеспечению населения. К ним отнесем собственно санаторно-оздоровительные услуги, а также туристские услуги и услуги гостиниц и аналогичных средств размещения. Эти услуги обычно предполагают отдых людей во время отпуска и праздников. Ко второй группе отнесем услуги, предоставляемые населению в течение всего года. Это – услуги организаций культуры и организаций физической культуры и спорта. И третья группа – услуг по обеспечению работы рекреационного комплекса. Это транспортные услуги и услуги связи.

На рисунке 6.3 показана динамика объемов санаторно-оздоровительных услуг, услуг гостиниц и аналогичных средства размещения, а также туристских услуг. Напомним, что это центральная часть рекреационного комплекса, предполагающее относительно длительное восстановление здоровья и жизненных сил населения.

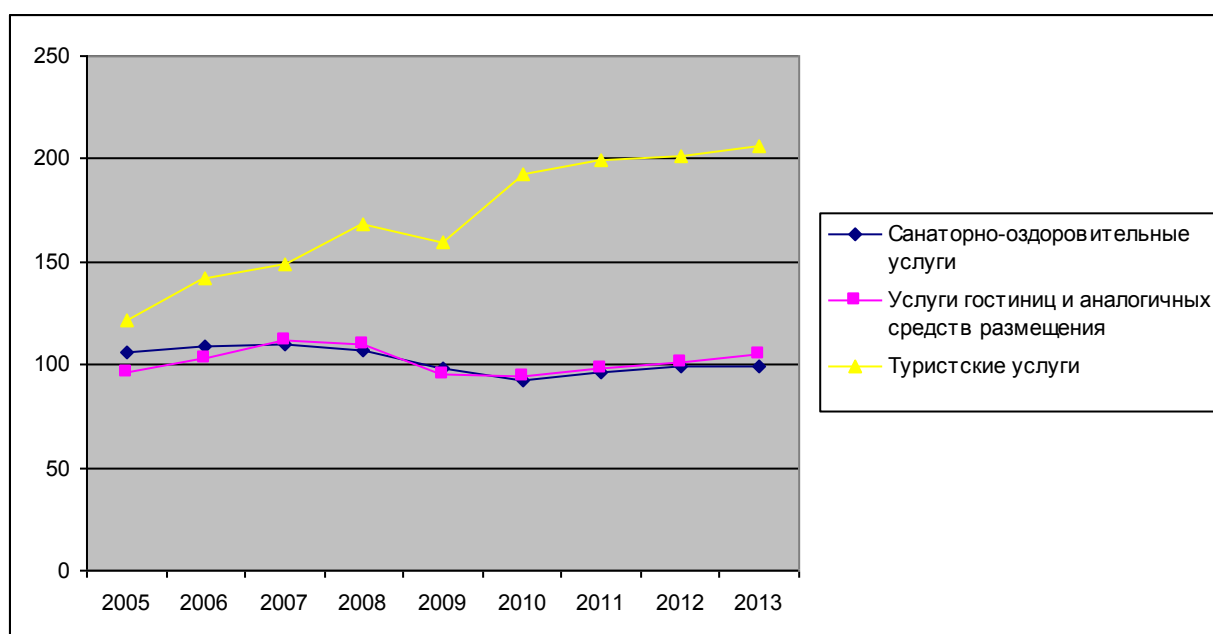


Рисунок 6.3 – Динамика объемов санаторно-оздоровительных услуг, услуг гостиниц и аналогичных средства размещения, туристских услуг в РФ (в % к уровню 2004 г.)

Динамики объемов санаторно-оздоровительных услуг и услуг гостиниц и аналогичных средств размещения примерно аналогичны. Единственно, в 2005 и 2006 г. объем санаторно-оздоровительных услуг рос несколько быстрее. Оба показателя демонстрируют падение в 2009 и 2010 гг. (период мирового экономического кризиса) и небольшой рост, начиная с 2011 г. В соответствии с рис. 1 именно в 2010 г. отсутствовал рост естественного прироста населения в России.

Можно предположить, что рост услуг санаторно-оздоровительного комплекса и гостиниц и прочих средств размещения населения, наряду со здравоохранением также способен влиять на естественный прирост населения. Это логично, поскольку оздоровление населения и восстановление его жизненных сил способно привести к росту рождаемости, с одной стороны, и к снижению смертности – с другой.

Динамика объемов туристских услуг более заметная. Их объем растет в течение всего периода за исключением кризисного 2009 г., причем падение 2009 г. практически компенсируется значимым ростом 2010 г. Если предположить, что динамика объемов услуг туризма влияет на естественный прирост населения, то, обращая внимание на рис. 6.1, заметим, что такое влияние происходит с лагом в 1 год: падение туристических услуг в 2009 г. могло отразиться в практической стабилизации естественного прироста населения в 2010 г.

На рисунке 6.4 приведена динамика объемов услуг организаций культуры и организаций физической культуры и спорта. Эти виды услуг оказываются населению в течение всего года и не предполагают сколь-нибудь длительного его отвлечения от основной деятельности. Тем не менее, деятельность организаций культуры способствует восстановлению жизненных сил населения, его релаксации и, значит, способна позитивно влиять на здоровье населения. А деятельность организаций физической культуры и спорта способствует оздоровлению населения, которое в свою очередь, приводит к естественному приросту населения.

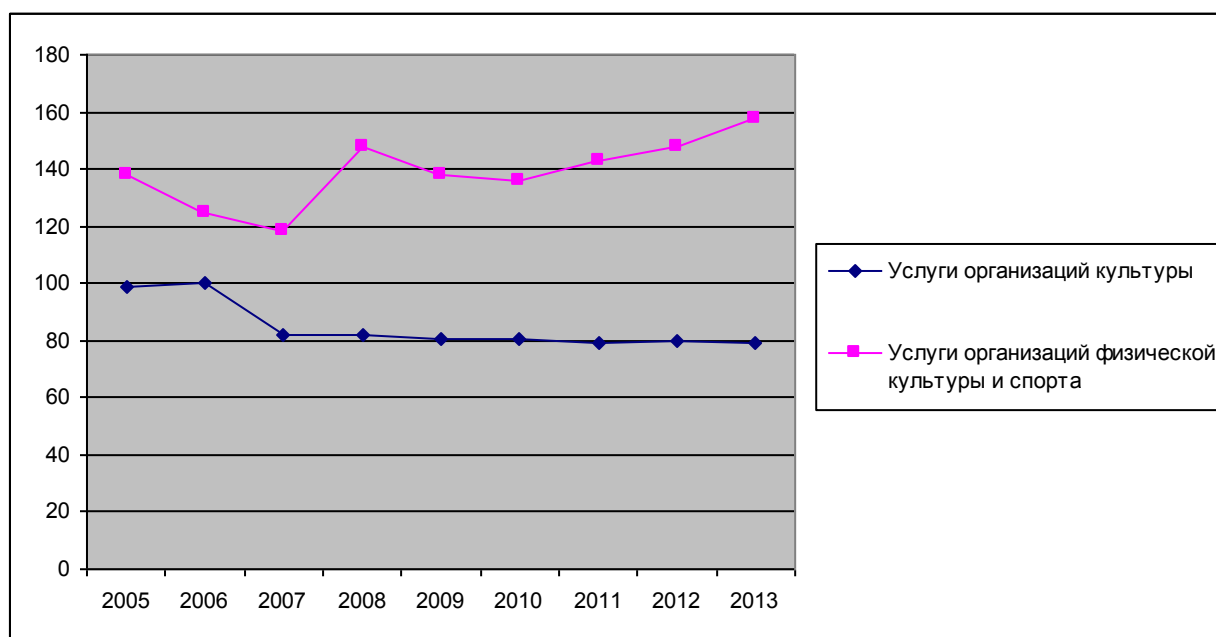


Рисунок 6.4 – Динамика объемов услуг организаций культуры и организаций культуры и спорта в РФ (в % к уровню 2004 г.)

Объем услуг организаций культуры был довольно стабильным до 2007 г., в котором он заметно упал, и в последующие годы также был относительно стабильным. Создается впечатление, что динамика этого показателя вызвана некоторой деятельностью государства или ее отсутствием и его влияние на естественный прирост слишком опосредовано, чтобы могло быть наблюдаемым по статистическим данным.

Объем услуг организаций физической культуры и спорта снижался до 2007 г. заметно вырос в 2008 г., снижался в 2009 и 2010 г. во время экономического кризиса и, начиная с 2011 г. стабильно растет. Он повторяет динамику основных макроэкономических показателей, в первую очередь, доходов населения. И, несмотря на то, что показанная на рис. 1. динамика естественного прироста населения также демонстрирует прекращение роста в 2010 г., нельзя сделать вывода о наличии непосредственного влияния динамики услуг организаций физической культуры и спорта на естественный прирост населения.

Последние два показателя – объем транспортных услуг и услуг связи представляют собой оценку эффективности обеспечения рекреационного комплекса. Их влияние на естественный прирост, вероятнее всего, косвенное. Рассмотрим рисунок 6.5, на котором показана динамика объемов транспортных услуг и услуг связи.

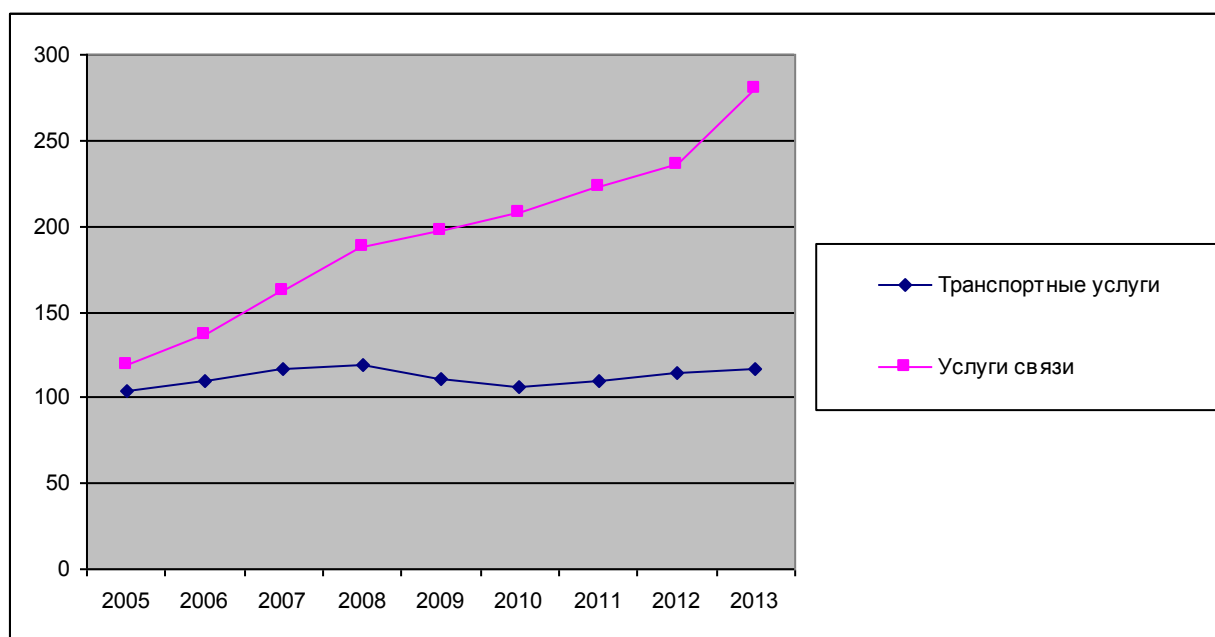


Рисунок 6.5 – Динамика объемов транспортных услуг и услуг связи в РФ (в % к уровню 2004 г.)

Объемы транспортных услуг росли до экономического кризиса, в 2009 и 2010 г. снижались, а затем слабо росли. Объем услуг связи растет весь анализируемый период. Начиная с 2008 г. произошло некоторое замедление роста, однако с 2011 г. рост восстановился. Все это с той или иной степенью приближения соответствует динамике всех исследуемых показателей. Это позволяет сделать вывод, что объемы транспортных услуг и услуг связи, как факторы эффективности функционирования рекреационного комплекса также могут оказывать опосредованное воздействие на естественный прирост населения.

Рассмотрим еще один показатель, характеризующий эффективность работы рекреационного комплекса. В современном обществе распространен способ отдыха населения в виде поездок на частных автомобилях. Этот вид туризма не отражается в объеме туристических услуг, а если ночевки туристов осуществляются в палатках или машинах (что распространено среди молодежи), то эти услуги и не отражаются в объеме услуг гостиниц и аналогичных средств размещения.

Оценка этого вида деятельности не может проводиться на основе данных относительно количества автомобилей у населения или израсходованного топлива, поскольку их доля используемых для отдыха неизвестна. Поэтому рассмотрим динамику показателя протяженности автомобильных дорог общего пользования (см. таблица 6.4).

Таблица 6.4 – Протяженность путей сообщения (на конец года; тыс. км)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Протяженность автомобильных дорог общего пользования ¹⁾	581,0	701,1	747,5	754,1	792,7	825,0	927,3	1278,3	1395,6
в том числе с твердым покрытием	530,5	597,3	624,2	629,1	646,9	664,6	727,7	925,2	984,6

¹⁾ С 2012г. - включая протяженность улиц.

Источник: [6]

На рисунке 6.6 приведена динамика показателей, приведенных в таблице 6.4.

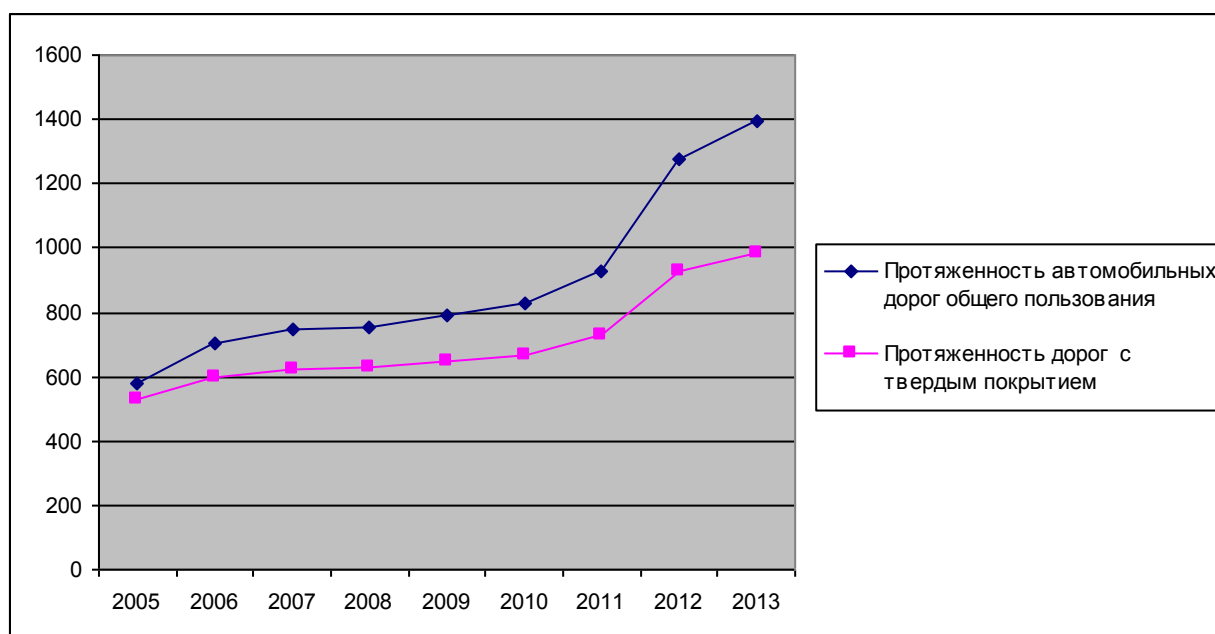


Рисунок 5.6 – Величина протяженности путей сообщения в РФ (на конец года; тыс. км)

На рисунке видно, что оба показателя росли до 2007 г., затем почти стабилизировались и, начиная с 2011 г. снова стали расти, причем увеличение протяженности дорог с твердым покрытием в последние годы отстает от общих объемов прироста протяженности дорог. Судя по рис. 6, влияние динамики этого показателя, если и определяет частично эффективность работы рекреационного комплекса и, через него влияет на естественный прирост населения, то воздействует на него очень опосредованно.

В заключение раздела рассмотрим влияние на естественный прирост населения еще одного показателя качества работы рекреационного комплекса – розничной торговли. Объем розничной торговли считается фактором повышения эффективности функционирования рекреационного комплекса. Однако если рассмотреть составляющие последнего, на уровень санаторно-курортного лечения этот показатель влияет слабо, так

как соответствующие учреждения имеют возможность пользоваться услугами оптовой торговли.

Что же касается туризма, как организованного, так и неорганизованного, то его уровень в некоторой степени обеспечивается розничной торговлей, причем преимущественно продовольственными товарами. Использование показателей розничной торговли непродовольственными товарами оказывает на развитие туризма совсем небольшое влияние, так как соответствующее оборудование играет крайне малую роль в общих объемах торговли товарами длительного пользования.

Динамика объема оборота розничной торговли приведена в таблице 6.5.

Таблица 6.5 – Индексы физического объема оборота розничной торговли (в % к 2000 г.)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Всего	168,8	192,7	223,7	254,4	241,4	257,1	275,3	292,8	304,0
Продовольственными товарами	157,0	174,3	196,3	219,2	215,1	226,0	233,7	242,1	248,3

Источник: [7]

На рисунке 6.7 представлена динамика объема оборота розничной торговли и торговли продовольственными товарами.

Характер линий на рисунке 6.7 примерно соответствует динамике основных показателей работы рекреационного комплекса: постоянный рост с единственным падением в 2009 г. Заметим, что общий объем розничного товарооборота рос быстрее, чем розничная торговля продовольственными товарами.

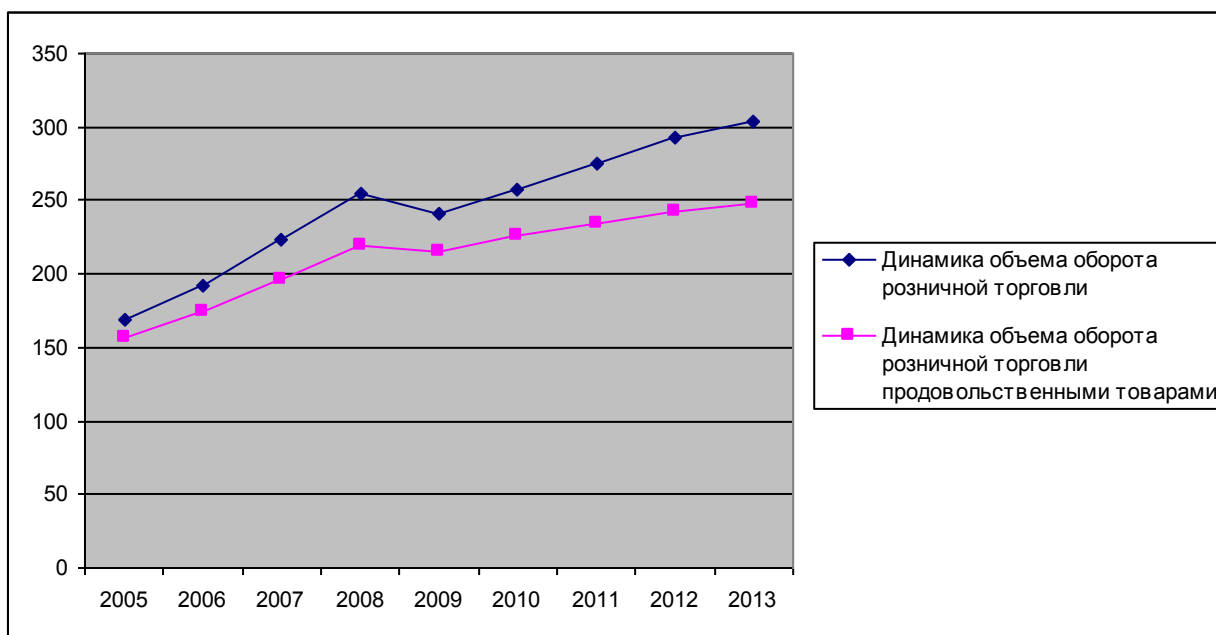


Рисунок 6.7 – Динамика объема оборота розничной торговли и торговли продовольственными товарами

Но, несмотря на такое совпадение трендов, следует признать, что влияние розничного товарооборота как фактора эффективности работы рекреационного комплекса на естественный прирост населения очень опосредовано.

Таким образом, мы рассмотрели влияние динамики развития составляющих рекреационного комплекса на естественный прирост населения. Общий вывод заключается в наличии такого влияния, однако роль рекреационного комплекса в динамике естественного прироста населения не является ключевой. Как это видно из материала данной работы, на естественный прирост населения в гораздо большей степени влияет общее развитие здравоохранения. Но развитие здравоохранения зависит, в том числе, и от общего уровня социально-экономического развития страны.

Поэтому непосредственное влияние рекреационного комплекса на естественный прирост населения может оказаться меньше, чем его опосредованное влияние через обеспечение общего экономического роста и уровня развития трудовых ресурсов. Эти два аспекта: рекреационный комплекс как основа развития трудовых ресурсов и его роль, как сферы общественного производства в экономическом развитии страны, – будут рассмотрены далее.

6.2 Рекреационный комплекс как основа развития трудовых ресурсов

Уже была отмечена крайне важная роль рекреационного комплекса для экономического роста как основы развития социального сектора, в том числе и здравоохранения, определяющего естественный прирост населения. Рассмотрим более подробно эту роль.

Три основные составляющие здравоохранения: диагностика, лечение и профилактика, – оказывают разное воздействие на экономический рост. Качественно их воздействие в долгосрочном периоде идентично: способствуя повышению здоровья населения, эти составляющие здравоохранения приводят к улучшению трудовых ресурсов, снижению заболеваемости и, как следствие, повышению общественной производительности труда.

Воздействие на общественную производительность труда при этом двоякое: во-первых, более здоровые работники меньше болеют и, соответственно, большее время посвящают работе, а траты на оплату больничных листов снижаются. Во-вторых, здоровые работники работают более эффективно и результативно, что также отражается на общественной производительности труда.

Рост общественной производительности труда, в свою очередь, выражается в увеличении в долгосрочном периоде объема общественного производства и,

соответственно, в росте производимого и потребляемого валового внутреннего продукта. Рост потребляемого ВВП может выражаться в увеличении возможностей финансирования здравоохранения, причем как из государственного бюджета и других общественных фондов, так и за счет предприятий и собственно населения. Иными словами, повышаются возможности всех экономических агентов в финансировании здравоохранения. А важнейшим результатом эффективной работы здравоохранения является увеличение естественного прироста населения. Таким образом, развитие всех трех составляющих здравоохранения является значимым фактором преодоления депопуляции.

Однако в краткосрочном периоде влияние на общественную производительность труда трех составляющих здравоохранения различно. Улучшение *диагностики* на первом этапе приводит к негативным последствиям в экономике. Действительно, такое улучшение означает выявление болезней, о которых больные ранее не знали. Оно заключается либо в создании и распространении современных приборов, которые способны выявить болезни на более ранних стадиях, либо в более широком охвате населения диагностикой. Как результат, люди, которые считали себя здоровыми, в той или иной степени перестают быть работниками, поскольку значимую часть времени (или все время) начинают тратить на лечение. Трудовые ресурсы общества ухудшаются, что должно отразиться на экономическом росте. Кроме того, общество (государство, население, предприятия) вынуждено тратить больше средств на лечение населения, что также означает худшее решение экономических проблем.

Таким образом, диагностика оказывает в краткосрочном периоде негативное влияние на состояние трудовых ресурсов, экономический рост, возможности затрат на здравоохранение в целом и, как следствие, на естественный прирост населения. В долгосрочном периоде ее воздействие становится позитивным: ее развитие способно обеспечивать улучшение трудовых ресурсов, экономический рост, повышение возможностей финансирования здравоохранения и, как следствие, снижение депопуляции.

Влияние развития *лечения* на депопуляцию аналогично. Улучшение лечения означает больший охват населения, имеющего те или иные заболевания. Он может, аналогично ситуации с диагностикой, базироваться на появлении новых методов лечения, приборов и медицинских технологий, либо на более широком распространении передовых медицинских технологий. В первом случае лечению подвергнутся новые категории имеющих заболевания, во втором – ожидающие очереди на лечение. В обоих случаях имеющие заболевания будут вынуждены временно прекратить или ограничить работу, а затраты на лечение и оплату больничных листов возрастут.

Иными словами, на первом этапе, в краткосрочном периоде развитие лечения оказывает негативное воздействие на состояние трудовых ресурсов и общественную производительность труда. Это приводит к замедлению экономического роста, относительному уменьшению величины создаваемого и потребляемого ВВП и, как следствие, к уменьшению возможностей общества (в лице всех его экономических агентов) тратить средства на здравоохранение. Что, в конечном итоге, может привести к росту депопуляции.

В долгосрочном периоде улучшение лечения приведет к тому, что большая, чем в противном случае, часть населения сможет в его результате стать полноценными работниками. Общественная производительность труда вырастет, это приведет к росту общественного производства, что позитивно отразится на величине произведенного и потраченного ВВП. Экономические агенты получают большие возможности тратить ресурсы на здравоохранение и, как следствие, депопуляция сократится.

Таким образом, развитие и диагностики, и лечения приводит в масштабах общества к временным негативным последствиям, но в долгосрочном периоде позволяет улучшить многие социально-экономические параметры развития общества.

Особенность *профилактики* состоит в том, что она не оказывает временного краткосрочного негативного эффекта на экономику и развитие общества. Действительно, санаторно-оздоровительное и туристическое обслуживание здорового населения, обычно, производится в период отпусков, когда работники восстанавливают свои жизненные силы. При этом оттока населения из сферы общественного производства не происходит и производительность труда практически не снижается, поскольку временной период отпуска позволяет работникам быстро вернуть возможности собственной эффективной работы.

Что же касается услуг организаций культуры, а также физической культуры и спорта, как составляющих рекреационного комплекса, то их оказание не предполагает отвлечения работников от своей непосредственной деятельности, поскольку происходит в нерабочее время. Особенно важной составляющей профилактики считается сфера физической культуры и спорта, от уровня которой зависит здоровье населения.

В целом, все составляющие рекреационного комплекса как элементы профилактики через улучшение здоровья населения способны оказывать позитивное воздействие на общественную производительность труда, экономический рост, увеличение произведенного и потраченного ВВП. А значит, приведут к потенциальному росту затрат всех экономических агентов на здравоохранение и при эффективной

организации последнего – к снижению депопуляции. Причем это происходит сразу, без первоначального ухудшения показателей, как при диагностике и лечении.

Однако развитие рекреационного комплекса влияет на общественную производительность труда и, следовательно, общественное производство и возможности здравоохранения по снижению депопуляции не только посредством улучшения здоровья населения. И в этом тоже выигрышно отличается от других составляющих здравоохранения. Напомним, что к рекреационному комплексу относятся также и организации культуры, деятельность которых способствует повышению качества человеческих активов.

Таким образом, развитие рекреационного комплекса призвано способствовать не только улучшению здоровья населения, но и повышению его культурного уровня и росту на этой основе человеческих активов. Рост человеческих активов и качества трудовых ресурсов также призван обеспечивать рост производительности общественного труда и, как следствие, общественного производства, которое приводит к увеличению возможностей здравоохранения, в том числе и по снижению депопуляции.

Заметим также, что влияние развития рекреационного комплекса на показатели социального развития общества основывается еще и на том, что он несет важнейшую функцию эффективного использования свободного времени населения. Рациональное и эффективное использование свободного времени представляет собой важнейшую составляющую социального развития общества.

Действительно, производственная деятельность приводит к значительной трате работниками жизненных сил, а их деятельность в свободное время – это не только способ восстановления затраченного, но и сама по себе является важнейшей составляющей жизненного уровня населения. Поэтому эффективная деятельность рекреационного комплекса предоставляет возможности проведения свободного времени с удовольствием и пользой, в том числе и для улучшения здоровья и повышения культурного уровня населения. Причем эти возможности могут реализовываться населением как постоянно (услуги организаций культуры и физической культуры и спорта), так и периодически (туристские услуги, санаторно-оздоровительные услуги, ресторанный и аналогичный бизнес и т.п.).

Поэтому оценивать вклад рекреационного комплекса следует не только с экономической точки зрения, как улучшение здоровья и повышение культурного уровня населения, приводящие к росту общественной производительности труда, а через нее – к повышению возможностей здравоохранения, в том числе и по снижению депопуляции. Его роль состоит также и в улучшении качества жизни и удовлетворенности ею

населения, что не может не отражаться на состоянии здоровья населения, предопределяющего возможности естественного прироста населения, то есть снижения депопуляции.

6.3 Вклад рекреационного комплекса в экономическое развитие страны и регионов

Рекреационный комплекс также представляет собой значимую сферу народного хозяйства и в ряде регионов может стать локомотивом экономического развития а, значит, и способствовать росту возможностей развития здравоохранения, как основы обеспечения естественного прироста населения.

Авторами работы были проанализированы возможности развития рекреационного комплекса регионов России, в частности, Костромской и Иркутской области, а также Кызылординской области Республики Казахстан, в результате чего был сделан вывод, что возможности воздействия рекреационных комплексов этих регионов велики, но используются явно недостаточно.

Костромская область обладает рядом нереализуемых преимуществ развития рекреационного комплекса, особенно с точки зрения туристического развития. Рекреационный комплекс Костромской области способен стать локомотивом развития региона, однако на сегодня этот потенциал практически не используется. В создаваемой в Костромской области валовой добавленной стоимости доля отраслей входящих в рекреационный комплекс составляла в 2012 г. 26% (оптовая и розничная торговля; ремонт автотранспортных средств, мотоциклов, бытовых изделий и предметов личного пользования – 17,4%, гостиницы и рестораны – 0,9%, транспорт и связь – 7,7%) составляла в 2012 г. [7]. Его вклад в социально-экономическое развитие региона мог бы быть увеличен в несколько раз.

В еще меньшей степени используются возможности рекреационного комплекса *Иркутской* области. Особенно это касается развития въездного туризма, то есть формирования туристического комплекса Иркутской области как одного из мировых центров туризма.

На сегодня исключительные возможности развития туристического комплекса используются крайне недостаточно. Существенное препятствие соответствующему возможностям развитию туризма и туристической инфраструктуры в области сегодня заключается в его сезонности. Необходимо преодолеть это препятствие развитию

комплекса и разработать и реализовать программу развития не только летних, но и зимних видов отдыха.

Инфраструктура и уровень услуг туристического комплекса, к сожалению, и в Иркутской области не намного отошли от времен СССР. Области необходимо привлекать инвесторов для строительства современных объектов инфраструктуры: гостиниц, туристических центров, кафе, ресторанов и т.п. Необходимо поднять на новый уровень сервис в этой сфере.

Необходимо использовать все возможности для развития туризма, как перспективного для развития области кластера: инфраструктуры от палаточных городков до пятизвездочных гостиниц, информационных центров и современных информационно-коммуникационных технологий, экологических и этнографических центров.

Высокий потенциал развития рекреационного комплекса Иркутской области очевиден. Более того, развитие новых видов туризма (научный, религиозный, деловой и коммерческий) смогло бы дать мощный импульс ее развития. К сожалению, на сегодня этот потенциал практически не реализуется, несмотря на то, что в создаваемой в Иркутской области валовой добавленной стоимости доля отраслей входящих в рекреационный комплекс составляла в 2012 г. 34,3% (оптовая и розничная торговля; ремонт автотранспортных средств, мотоциклов, бытовых изделий и предметов личного пользования – 13,2%, гостиницы и рестораны – 0,9%, транспорт и связь – 20,2%) [8].

Возможности развития рекреационного комплекса *Кызылординской* области Республики Казахстан практически совсем не реализованы, хотя они также очень высоки.

Внутренний туризм в области составляет около 30 тыс. человек, а въездной туризм – около 2 тыс. человек. Объем оказанных услуг от туристской деятельности в лучший 2008 год составлял 45 млрд. тенге, то есть меньше 1% ВРП. Это недостаточно для такого благоприятного с точки зрения развития рекреационного комплекса региона, как Кызылординская область Республики Казахстан.

Имеющиеся в Области предприятия санаторно-курортного обслуживания являются востребованными, однако недоступны для большинства населения, поскольку путевки на пребывание в них практически не пускаются в открытую продажу.

Из приведенного в подразделе материала можно сделать вывод о наличии у рекреационных комплексов России больших нереализуемых возможностей по развитию рекреационных комплексов. Притом что эти комплексы могли бы стать локомотивами развития экономики не только проанализированных регионов, но стран в целом. А, как уже отмечалось, экономическое развитие страны и региона предопределяет возможности здравоохранения, в том числе и по снижению депопуляции.

Таким образом, основные возможности рекреационных комплексов по снижению депопуляции за счет его:

- его воздействия на здоровье населения;
- влияния на развитие трудовых ресурсов;
- общего вклада в развитие экономики стран и регионов, –

на сегодня используются явно недостаточно в России, как и в Республике Казахстан.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволяет сделать ряд выводов:

1. Анализ депопуляции населения в 1992-2005 гг. показал наличие в России негативного фактора снижения рождаемости и повышения смертности. Выявленные причины такого положения могут стать основной политики, направленной на то, не допустить подобного положения в перспективе.

2. Анализ эффективности обеспечивающей преодоление депопуляции национальной программы «Здоровье населения» в 2006-2013 гг. позволил сформулировать предложения для последующей демографической политики.

3. В России выявлено начало негативного тренда начавшегося сокращения рождаемости в связи со снижением числа женщин фертильного возраста.

4. На основе опыта стимулирования рождаемости Франции и ряда других развитых стран показано, насколько можно смягчить негативный тренд начавшегося сокращения рождаемости в связи со снижением числа женщин фертильного возраста за счет увеличения общего коэффициента рождаемости.

5. Формулирование крупных мер по достижению более интенсивного сокращения смертности населения, особенно детской смертности и смертности в трудоспособном возрасте, где наши коэффициенты в 2,5-3,5 раза выше, чем в странах Западной Европы продемонстрировало возможности перехода к программно-целевому управлению по борьбе с основными причинами смертности.

5. В России имеются возможности достижения передовых показателей рождаемости, смертности и естественного прироста населения, достигнутых в развитых странах.

6. Развитие отечественного рекреационного комплекса призвано внести вклад в снижение депопуляции в России.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Народное хозяйство СССР в 1986 г. (Статистический ежегодник). М.: Финансы и статистика, 1987.

2 Статистический ежегодник «Народное хозяйство СССР в 1988 г.», М. «Финансы и статистика», 1989 г.

3 http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo21.xls.

4 http://www.gks.ru/free_doc/new_site/business/torg/usl/09-30.doc

5 http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/enterprise/retail/#

6 http://www.gks.ru/free_doc/new_site/business/trans-sv/prot.xls

7 http://www.gks.ru/free_doc/new_site/business/torg/rozn/rozn31.xls

8

http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156