УДК 314

Михалкина Е.В., Фурса Е.В.

Демографические аспекты развития человеческого потенциала: проблемы здоровья и долголетия

В статье рассматриваются современные демографические проблемы, такие как низкая продолжительность жизни и высокая смертность населения, которые препятствуют формированию и развитию человеческого потенциала в России. В качестве показателя, характеризующего состояние здоровья населения, анализируются ожидаемая продолжительность здоровой жизни, методика расчета и особенности его развития в России.

Ключевые слова: человеческий потенциал, смертность населения, здоровье населения, ожидаемая продолжительность здоровой жизни населения, система здравоохранения.

Здоровая нация, эффективная система организации здравоохранения – важнейшие составляющие человеческого развития. Здоровье населения является не только медико-демографической категорией, но и социальной, которая отражает физическое, психическое и социально-экономическое благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в обществе.

Здоровье и долголетие формируют как отдельные элементы, так и непосредственно предпосылки дальнейшего развития человеческого потенциала. При этом продолжительность жизни и процесс укрепления здоровья рассматриваются как следствие и как условие человеческого развития. С одной стороны, укрепление здоровья является условием развития экономики, повышения производительности труда, роста уровня человеческого капитала, а с другой - следствием экономического роста, научно-технического прогресса, развития уровня самосознания и ответственности населения за условия своей жизни (табл. 1). Здоровье представляет собой экономический ресурс общества и необходимое условие воспроизводства трудового потенциала страны. Только здоровое и образованное население может обеспечить экономический и научно-технический прогресс в обществе.

Таблица 1

Рост продолжительности жизни и укрепление здоровья – как причина и следствие [1]

Рост продолжительности жизни и укрепление здоровья как следствие:	Рост продолжительности жизни и укрепление здоровья как необходимое условие:
- индустриального развития, - научно-технического прогресса, - развития фармакологии, биологии, химии, - роста культуры, образования, ответственности и самосознания человека, - ликвидации бедности, - снижения уровня экономического и внеэкономического неравенства	- увеличения производительности труда, прогресса экономики, - роста уровня образования (способность к обучению, накоплению знаний, укреплению межпоколенных связей), - свободы выбора, - гендерного равенства и отсутствия дискриминации вообще.

Всемирная организация здравоохранения определяет «здоровье как состояние полного физического, духовного, социального благополучия, когда органы и системы организма человека уравновешены с окружающей производственной и социальной средой» [2].

Так как благополучие сложно измерить и использовать в практических медико-демографических исследованиях, то часто трактовка здоровья сводится только к статистической характеристике здоровья индивидов и рассматривается с медико-демографической стороны. Большинству стран вести постоянный мониторинг здоровья населения является весьма затратным мероприятием. Всестороннее изучение здоровья населения требует раз-

витой системы классификаций и мощной статистики здоровья, включая систематические массовые обследования здоровья населения. Сегодня в России ведется статистический учет состояния здоровья населения (заболеваемости, инвалидности и смертности), формируются сведения о ресурсах и деятельности учреждений здравоохранения, о занятости и оплате труда в здравоохранении, а также оцениваются основные экономические показатели системы здравоохранения (финансы, основные фонды инвестиции, потребительский рынок товаров и услуг). В наиболее систематизированном виде данная информация представлена в статистическом сборнике «Здравоохранение в России», который издается с 2001 года [3].

К основным источникам сведений о состоянии здоровья населения в России следует отнести:

- данные общероссийских репрезентативных опросов РМЭЗ («Российского мониторинга экономики и здоровья») и РиДМиЖ «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе»;
- статистику заболеваемости (диспансерное наблюдение, учет нетрудоспособности, обращения граждан за врачебной помощью и др.);
- статистику распространения заболеваемости;
- статистику инвалидности;
- статистику смертности и др.

Важным показателем оценки качества жизни населения является ожидаемая продолжительность жизни, которая в некоторой степени отражает, насколько модернизировано поведение населения. Так, низкий уровень продолжительности жизни не может соответствовать современному экономическому поведению индивида. В условиях низкой продолжительности жизни, население не заинтересовано участвовать в инвестициях, в том числе в человеческий капитал, имеет безразличное отношение к накопительным программам, существующим в пенсионной системе. Низкая продолжительность жизни и плохое состояние здоровья становятся одним из серьезных вызовов экономическому развитию страны.

Высокая смертность всегда была одной из актуальных проблем развития российского общества. Так, в конце XIX – начале XX вв. в России наблюдался острый эпидемиологический кризис, характеризующийся высоким уровнем смертности населения от заболеваний и причин смерти экзогенной природы, которые были весьма архаичны для европейской страны того времени [4]. Кроме того, чрезвычайно высокой была младенческая смертность, которая была также ответственна за низкий уровень продолжительности жизни населения. Темпы вымирания поколений в России были намного выше, чем в европейских странах.

На протяжении всего XX века, несмотря на длинные цепочки социальных катастроф, революций, войн, вызвавших огромные демографические потери, Россия, пройдя по пути эпидемиологического перехода, охарактеризовалась значительным сокращением смертности и увеличением продолжительности жизни более чем в 2 раза (табл. 2).

Еще в начале 60-х годов Россия входила в десятку стран с самой высокой продолжительностью жизни. Однако в большинстве развитых стран продолжительность жизни в последующие десятилетия стала быстро увеличиваться, в России она практически перестала меняться. Во многих странах происходили миниреволюции в диагностике заболеваний дыхательных путей, раковых заболеваний, протекала кардиоваскулярная революция, сократившая количество сердечнососудистых заболеваний, также применялись новые технологии лечения различных заболеваний. В России подобных процессов не наблюдалось. Кроме того, кризис 90-х годов, сопровождающийся снижением рождаемости и ростом смертности, вызванный социально-экономическими последствиями трансформационных процессов в стране, способствовал увеличению смертности населения, особенно среди мужчин трудоспособного возраста.

Таблица 2

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России [5]

Период	Все население (число лет)	В том числе	
		мужчины	женщины
1896-1897	30,5	29,4	31,6
1926-1927	42,9	40,2	45,6
1958-1959	67,9	63,0	71,5
1964-1965	69,6	64,6	73,3
1969-1970	68,8	63,1	73,3
1979-1980	67,5	61,5	73,0
1983-1984	67,9	62,0	73,3
1987	70,2	65,0	74,6
1990	69,2	63,8	74,2
1995	64,6	58,2	71,7
2000	65,3	59,0	72,2
2001	65,3	59,0	72,3
2007	64,8	58,5	72,0
2010	68,9	63,1	74,8
2011	69,8	64,0	75,6
2012	70,2	64,5	75,8
2013	70,3	64,5	75,9

В республиках Северного Кавказа с острыми миграционными проблемами цели и задачи устойчивого развития, на взгляд Игнатовой Т.В., в первую очередь, должны отражать не исключительно рыночные приоритеты роста объемов производства, а приоритеты обеспечения социально-экономической безопасности, борьбы с бедностью и ранней смертностью, рост участия государства в обеспечении минимальных стандартов жизнеобеспечения, развитии образования, здравоохранения, социальной защиты вынужденных беженцев и переселенцев [6].

В настоящий момент в России продолжительность жизни остается очень низкой. Так, по продолжительности жизни мужчин Россия занимает 140 место, женщин – 105 среди 200 стран мира. Согласно данным «Доклада о человеческом развитии 2013», подготовленном ООН за 2012 год, в России ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла 69,1 лет, что значительно ниже, чем в экономически развитых странах мира [7]. Как уже упоминалось ранее, ожидаемая продолжительность жизни зависит от уровня социально-экономического развития страны, от успехов в здравоохранении, от пропаганды здорового образа жизни. Наиболее высокие показатели имели Япония (83,6) Швейцария (82,5), Италия (82), Сингапур (81,2), Норвегия (81,3), Швеция (81,6), Канада (81,1), Австралия (82). Также высокий уровень развития здравоохранения наблюдается в Бельгии (80), Австрии (81), Великобритании (80,3), Германии (80,6), Нидерландах (80,8), Финляндии (80,1). Успехи развитых стран в увеличении жизненного потенциала и уровня жизни населения связаны со значительными расходами на охрану здоровья. Большинство развитых стран (Германия, Финляндия, Канада и др.) тратят от 8 до 10% ВВП на охрану здоровья населения, а в США – 14%.

В структуре причин смерти первые места занимают болезни системы кровообращения (54,9%), злокачественные новообразования (15,1%) и внешние причины (9,4%) (табл. 3). У мужчин смертность от внешних причин (убийства, травмы, самоубийства, отравления и т.п.) остается выше, чем у женщин.

Таблица 3

Коэффициенты смертности (число умерших на 100 000 человек населения) [8]

Показатели	1992	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Умершие (общее число)	**1217**	**1498**	**1529**	**1610**	**1462**	**1417**	**1419**	**1347**	**1327**
в том числе:									
от болезней системы кровообращения	647	791	846	908	836	801	806	753	729
от новообразований	202	203	205	201	204	207	205	205	201
от внешних причин смерти	173	237	219	221	172	158	152	139	125
из них:									
от транспортных травм (всех видов)	30	26	27	28	25	21	20	21	21
от случайных отравлений алкоголем	18	30	26	29	17	15	13	11	7
от случайных утоплений	9	14	11	10	8	7	8	6	6
от самоубийств	31	41	39	32	27	27	23	22	20
от убийств	23	31	28	25	17	15	13	12	10
от болезней органов дыхания	58	74	70	66	56	56	52	52	61
от болезней органов пищеварения	33	46	44	66	64	63	64	62	48
от некоторых инфекционных и паразитарных болезней	13	21	25	27	24	24	24	24	21

В России основными причинами высокой смертности и низкой продолжительности жизни являются следующие:

1) старение населения (результат низкой рождаемости, не обеспечивающей простого воспроизводства населения);

2) недостаточный уровень развития сети качественных и общедоступных учреждений здравоохранения;

3) алкоголизм, наркомания и табакокурение;

4) влияние отрицательных изменений экологической обстановки;

5) низкая продолжительность жизни российских мужчин, обусловленная во многом алкогольной нагрузкой на население и отсутствием соответствующих программ по оздоровлению.

6) повышенные эмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации, малая подвижность и большое распространение пассивных форм отдыха;

7) низкая культура организации досуга, отдыха.

В современной практике существует потребность в измерении не только уровня смертности населения, но и состояния здоровья с целью определения приоритетов в развитии системы здравоохранения или в мониторинге эффективности ее функционирования с помощью определенного набора показателей. Начиная с 1960-х гг. в научных кругах предпринимаются попытки разработки сводного индекса состояния здоровья населения, который смог бы объединить как информацию о смертности, так и о заболеваемости. Идея подобного измерителя была предложена в 1964 году Б. Сандерсом и развита Д. Салливаном, который в 1971 году разработал методологию расчета «Ожидаемой продолжительности здоровой жизни» или «Ожидаемой продолжительности жизни без ограничений в дееспособности». В дальнейшем, благодаря реализации проекта «Глобальное бремя болезней», инициированного Всемирной организацией здравоохранения, Всемирным банком и Гарвардским университетом (США) в 1980-90-х гг., удалось достичь значительных успехов в области конструирования сводного показателя, объединяющего информацию о смертности, здоровье и заболеваемости населения. Была разработана система индикаторов здоровья,

центральное положение среди которых занимали сводные показатели «Ожидаемая продолжительность здоровой жизни» (HALE) и «Утраченные годы здоровой жизни» (DALY) [9]. В развитых странах сводные показатели вошли в национальные системы индикаторов здоровья и используются для оценки уровня здоровья населения, а также разработки практических рекомендаций в сфере здравоохранения.

В настоящее время наиболее распространенным и универсальным показателем является «Ожидаемая продолжительность здоровой жизни» (ОПЗЖ), Healthy Life Expectancy (HLE). Этот показатель измеряет потери от плохого состояния здоровья и активно используется Всемирной организацией здравоохранения для мониторинга состояния здоровья и разработки практических рекомендаций по увеличению его среднего уровня.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни включает продолжительность жизни человека, соответствующая идеальному и плохому состоянию здоровья. Она рассчитывается по формуле:

$$ОПЗЖ = A + f(B),$$

где А – продолжительность жизни, соответствующая идеальному здоровью; В – продолжительность жизни с плохим здоровьем. Сумма А+В равна общей продолжительности предстоящей жизни; f(B) – функция, приписывающая определенный вес разным возможным состояниям здоровья человека. Веса заключены в интервале от 0 (смерть) до 1 (идеальное здоровье).

Так, как функция f(B) содержит некоторую степень неопределенности, поэтому возникают различные определения и подходы к ожидаемой продолжительности здоровой жизни. К. Мюррей разработал классификацию по пяти критериям [10]:

1. Методы построения таблиц смертности, необходимых для оценки показателя. Основная часть показателей ОПЗЖ рассчитана на основе таблиц смертности, построенных для условного поколения, однако некоторые рассчитываются для реальных когорт.

2. Метод расчета ОПЗЖ, предложенный Д. Салливаном и усовершенствованный А. Роджерсом (использованы для расчеты ОПМЖ мультистатусные модели), Катцом (демографическая таблица с двумя возможными выходами: смерть и переход в группу людей с ограниченными возможностями).

3. Определение и измерение состояния здоровья, исходя из различных подходов к определению здоровья. Так, например, на основе многомерного обследования здоровья в США осуществляются следующие оценки ожидаемой продолжительности здоровой жизни: годы здоровой жизни, годы жизни без ограничений в повседневной активности, годы жизни без ограничений в работе, годы жизни без функциональной зависимости, годы жизни без хронических заболеваний (диабет, артрит, гипертония, болезни сердца), годы жизни с индексом массы тела меньше, чем 25 и меньше чем 30**.**

4. Продолжительность пребывания в том или ином состоянии здоровья, отклоняющегося от идеального.

5. Инкорпорация в ОПЗЖ показателей, отличных от оценок состояния здоровья. Так, например, при оценке капитала здоровья используется процедура дисконтирования.

В настоящее время показатель здоровой жизни стал составной частью систем индикаторов здоровья в развитых странах и международных организаций**.** В западноевропейских странах фактически с 1989 г. ведется мониторинг по ожидаемой продолжительности здоровой жизни. В России также осуществляются исследования по оценке ожидаемой продолжительности здоровой жизни, однако их количество остается небольшим. Среди таких работ следует выделить исследование Андреева Е. М., Школьникова В.М. и МакКи М., которые на основе данных РМЭЗ и WVS (World Values Survey) рассчитали ОПЗЖ. Так, в 1995 г., согласно их расчетам, ОПЗЖ в России составила 17,3 года для мужчин и 18,5 лет для женщин [11]. В 1997 году Комаров Ю.Н., Ермаков С.П. и Иванова А.Е. оценили ожидаемую

продолжительность здоровой жизни в состоянии инвалидности [12]. В 2011 году Рамонов А. рассчитал ожидаемую продолжительность здоровой жизни, используя данные исследований РМЭЗ и РиДМиЖ. Согласно его расчетам, в 2004 году ОПЗЖ составила 14,1 год для мужчин и 16,6 года для женщин [13].

В своей работе Рамонов А. исследовал различия в показателях ОПЗЖ между Россией и странами Восточной и Западной Европы для мужчин и женщин в 2004 году [13, с. 497–518]. Проведенный сравнительный анализ выявил значительное отставание России от ряда стран-членов ЕС (табл. 4). Так, ожидаемая продолжительность здоровой жизни в возрасте 50 лет, в Швейцарии, Швеции, Нидерландах, Италии, Франция была в 1,5-2 раза была выше, чем в России. Данное отставание было связано с повышенной смертностью в средних возрастах, особенно среди мужчин. Кроме того, несмотря на то, что женщины живут дольше, они оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины.

Таблица 4

Ожидаемая продолжительность жизни и здоровой жизни в возрасте 50 лет

	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни		Ожидаемая продолжительность жизни	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Швейцария	30,0	33,7	30,8	35,1
Швеция	27,4	30,0	30,3	34,0
Греция	27,1	28,9	29,1	32,7
Нидерланды	27,0	30,4	28,8	33,0
Италия	26,5	29,7	30,0	35,0
Австрия	26,3	29,4	28,9	33,5
Франция	26,0	31,7	29,5	35,4
Дания	25,7	28,6	28,0	31,8
Испания	25,4	27,5	29,6	35,1
Германия	24,5	27,4	28,8	33,2
Словения	18,9	24,0	24,1	32,4
Польша	17,5	21,3	24,4	30,1
Эстония	16,7	21,3	21,1	31,1
Россия	14,1	16,6	18,5	26,6

В последние годы (2005-2010) в России наметилась положительная тенденция, связанная с увеличением продолжительности жизни населения, а также сокращением заболеваемости. Россия постепенно приближается к восточноевропейским странам по величине показателей ОПЗЖ. Согласно оценкам Рамонова А., если намеченный тренд закрепится, то в ближайшие годы Россия по показателям ожидаемой продолжительности здоровой жизни женщин может обойти восточноевропейских соседей – Литву, Эстонию, Польшу.

Как упоминалось ранее, оценку ОПЗЖ определяют две компоненты, во-первых, таблицы смертности, во-вторых, показатели здоровья, полученные, как правило, из выборочных обследований. Внедрение подобного показателя, в том числе на региональном уровне, несомненно, должно улучшить качество оценки уровня здоровья населения страны, что позволит более точно определять задачи и цели политики в области здравоохранения. Однако, показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни, пока остается для официальных органов второстепенным и субъективным статистическим показателем. Он отсутствует в «Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года», а также не был принят в концепции развития здравоохранения.

Низкий уровень продолжительности жизни, а также ожидаемой продолжительности здоровой жизни в России свидетельствуют о недостаточной эффективности отечественного здравоохранения. Главными проблемами здесь являются крайне низкий уровень финанси-

рования здравоохранения, маленькие зарплаты врачей, несовершенство отечественной системы обязательного медицинского страхования, невозможность большинства населения пользоваться платной медициной и т.д.

Эффективно организованная система здравоохранения способствует развитию человеческого потенциала. Расходы на здравоохранение наряду с вложениями в образование, представляют собой инвестиции в человека.

Важнейшими функциями системы здравоохранения в области человеческого развития должны стать: 1) функция содействия достижению хорошего здоровья; 2) функция обеспечения соответствия ожиданиям населения в отношении удовлетворении потребностей в здоровье; 3) функция обеспечения справедливости финансового вклада населения в здоровье и сокращение неравенства при доступе к медицинской помощи.

Эти функции лежат в основе задач Национального проекта «Здоровье» и достижения «Целей развития тысячелетия». Главной задачей является повышенная ориентация общества на здоровый образ жизни, на предупреждение распространения различных заболеваний в обществе. Отличие Национального проекта состоит в преимущественном внимании на обеспечение высокотехнологической медицинской помощи, на развитие первичной помощи, на разработку и внедрение новых технологий в процесс лечения заболеваний, на решение кадровых проблем, укрепление материально-технической базы лечебных учреждений. Все это в совокупности нацелено на повышение уровня и качества жизни, на снижение смертности и рост продолжительности жизни, то есть на обеспечение долголетия.

Литература

1. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса (2008). Учебное пособие / Под общ. ред. проф. В. П. Колесова, 2-е издание, дополненное и переработанное. М.: Права человека.

2. Человеческое развитие. Программа развития ООН в Узбекистане. Ташкент, 2008.

3. Здравоохранение в России (2011): Стат.сб. / Росстат. М., 2011.

4. Вишневский А.Г. и др. Демографическая модернизация России 1900-2000. Под ред. А. Вишневского. М.: Новое издательство, 2006.

5. Население (2013). Демография. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России с 1896/1897 – 2012. Доступно на www.gks.ru

6. Игнатова Т.В. Проблемы управления региональной социально-трудовой и демографической безопасностью в посткризисный период // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. 2014 . № 7 (50).

7. Доклад о человеческом развитии (2013). Доступно на http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2013_french.pdf

8. Россия в цифрах (2013). Коэффициенты смертности (число умерших на 100 000 человек населения): Стат.сб./Росстат. М., 2014.

9. Murray C., Lopez A. (1996). Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected 2020. Cambridge, Harvard University Press.

10. Murray C.J., Salomon J.A., Mathers C. (2000), A Critical Examination of Summary Measures of Population Health. Bulletin of the World Health Organization. Vol. 78 (8): 981-994.

11. Андреев Е.М., Школьников В.М., МакКи М. Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики. 2002. № 11.

12. Комаров Ю.Н., Ермаков С.П., Иванова А.Е. Продолжительность жизни населения России с учетом инвалидности: динамика, региональные аспекты, основные причины потерь. М., 1997.

13. Рамонов А.В. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная оценка здоровья россиян // Экономический журнал ВШЭ. 2011. № 4.