

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**И.П. Шибалков, С.В. Барановская,
В.А. Бойков, А.О. Наумов**

**ЭКОНОМИКА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ:
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ
НАСЕЛЕНИЯ**

учебное пособие

ТОМСК
Издательство СибГМУ
2021

УДК 614.1/.2:314](075.8)
ББК 51.1(2)я73+60.7я73
Э 400

Э 400 **Экономика народонаселения: социально-экономические факторы ожидаемой продолжительности жизни населения: учебное пособие / И.П. Шибалков, С.В. Барановская, В.А. Бойков, А.О. Наумов. – Томск: СибГМУ, 2021. – 101 с.**

В пособии рассмотрены основные этапы эволюции теоретических представлений об ожидаемой продолжительности жизни населения как экономической и демографической категории, факторы, определяющие ее на различных стадиях эпидемиологического перехода, обобщены и критически проанализированы основные методические подходы к анализу ожидаемой продолжительности жизни, обобщены приоритетные направления мер государственной политики по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах России с учетом лучших зарубежных практик.

Учебное пособие может использоваться по дисциплинам «Демография», «Экономика народонаселения», «Организация здравоохранения и общественное здоровье» для студентов, обучающихся по укрупненным группам специальностей «фундаментальная медицина», «клиническая медицина», «экономика и управление», для слушателей системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей и лиц с высшим немедицинским образованием.

УДК 614.1/.2:314](075.8)
ББК 51.1(2)я73+60.7я73

Рецензенты:

О.П. Недоспасова, д-р эконом. х наук, доцент, профессор кафедры стратегического менеджмента и маркетинга Национального исследовательского Томского государственного университета, г. Томск

А.Б. Карпов, доктор медицинских наук, профессор, Президент Ассоциации "Институт Отдаленного Здравоохранения", г. Томск

Утверждено и рекомендовано к печати Учебно-методической комиссией лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 6 от 19.10. 2021 г.).

Содержание

Введение	4
1. Теоретические аспекты влияния социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни населения	5
1.1. Продолжительность жизни населения как индикатор общественного здоровья	5
1.2. Продолжительность жизни населения как объект изучения экономики	8
1.3. Продолжительность жизни населения как объект изучения демографии	17
1.4. Продолжительность жизни населения и неравенство в здоровье	20
1.5. Продолжительность жизни населения с позиции теории эпидемиологического перехода	24
1.6. Стадии эпидемиологического перехода в России	29
1.8. Факторы продолжительности жизни населения и социально-экономический статус	50
1.9. Доминирующие детерминанты продолжительности жизни населения и теория фундаментальных причин	57
2. Методическое обеспечение оценки ожидаемой продолжительности жизни населения	63
2.1. Методы анализа продолжительности жизни населения	63
2.2. Кластеризация регионов России по оценке влияния социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни населения	72
Вопросы для самоконтроля	93
Тестовые и практические задания	95
Список использованных документов и литературы	99
Рекомендуемая литература	100

Введение

Продолжительность жизни — это демографический показатель, отображающий определенное количество лет, которое проживает население одного поколения от рождения до смерти. Чаще всего подсчет средней продолжительности населения определяется в рамках страны или региона.

При оценке средней продолжительности жизни также часто используется и понятие **ожидаемой продолжительности жизни**, которая также показывает сколько в среднем проживут люди из конкретного региона и родившиеся в конкретный год, при текущей смертности.

Современный специалист в области здравоохранения должен обладать глубокими знаниями экономики народонаселения, уметь проводить количественный анализ сложных управленческих проблем, применять математические расчеты в решении экономико-управленческих задач.

Материалы данного пособия помогут научиться комплексно оценивать влияние социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни, интерпретировать результаты аналитической обработки данных при принятии управленческих решений в сфере экономики и здравоохранения.

В пособии рассмотрены основные этапы эволюции теоретических представлений об ожидаемой продолжительности жизни населения как экономической и демографической категории, методы проведения теоретических исследований, количественного анализа данных и использования результатов анализа для решения организационно-управленческих задач и совершенствования деятельности организации здравоохранения.

Изучение данного учебного пособия поможет сформировать у студентов целостный взгляд на продолжительность жизни населения как социально-экономический феномен.

1. Теоретические аспекты влияния социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни населения

1.1. Продолжительность жизни населения как индикатор общественного здоровья

Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении (средняя продолжительность предстоящей жизни) является важнейшим интегральным демографическим показателем, характеризующим через уровень смертности состояние общественного здоровья. Как известно, для вычисления данного показателя необходимо построить таблицы смертности (или таблицы дожития), которые демонстрируют, как некая совокупность лиц, родившихся в одно и то же время, последовательно, при наступлении каждого последующего возраста, вымирает (это может быть реальное или условное поколение). Если известна повозрастная смертность, становится возможным рассчитать вероятность дожития до определенного возраста – именно ее и экстраполируют на будущее, определяя среднюю ожидаемую продолжительность жизни для разных возрастных групп. Ожидаемая продолжительность жизни является одним из компонентов индекса человеческого развития, который рассчитывает для всех стран мира Организация Объединенных Наций, и результирующим показателем общественного здоровья во многих методиках оценки эффективности систем здравоохранения (например, в рейтинге агентства Bloomberg). При этом стоит отметить, что научное сообщество не выработало однозначного отношения к определению здоровья через показатель средней ожидаемой продолжительности жизни. Отождествлять их действительно не совсем корректно: даже при наличии негативных тенденций в состоянии здоровья населения средняя ожидаемая продолжительность жизни может расти. Тем не менее, значительное отставание от показателей продолжительности жизни населения развитых стран, существенную разницу между продолжительностью жизни среди мужчин и женщин можно интерпретировать как свидетельства негативных процессов, протекающих в сфере общественного здоровья. Это дает нам основания полагать, что показатель продолжительности жизни населения пригоден для анализа здоровья на уровне стран и регионов, особенно в контексте оценки реализуемой

социально-экономической политики. Его информационная доступность также является важным аргументом в данном научном споре.

В научной литературе представлено, что уровень общественного здоровья, измеряемый при помощи показателя ожидаемой продолжительности жизни, служит адекватным индикатором и отражением качества жизни, и критерием эффективности социально-экономической политики, проводимой в государстве. В России этот тезис был отражен в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года, которая включает увеличение ожидаемой продолжительности жизни как в основные целевые макроэкономические индикаторы, так и в приоритеты социальной и экономической политики. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (Указ Президента РФ от 9.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года») также закрепляет увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2025 году до 75 лет в качестве одной из основных целей демографической политики. Аналогичная цель заявлена в Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»). При этом в подписанном в 2018 году Указе Президента Российской Федерации среди национальных целей, достижение которых Правительству Российской Федерации необходимо обеспечить до 2024 года, указано повышение ожидаемой продолжительности жизни уже до 78 лет (к 2030 году - до 80 лет), т.е. целевой ориентир достаточно сильно повысился. Согласно данному Указу Правительством РФ разработаны и уже осуществляются национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография». По национальному проекту «Здравоохранение» за 6 лет планируется снизить смертность трудоспособного населения более, чем на четверть, на 19,6% — младенческую смертность. Потери от болезней кровообращения должны уменьшиться на 23,4%, от онкозаболеваний — на 7,8%. Цена проекта — более 1,3 трлн рублей. Национальный проект «Демография» с общим объемом финансирования более 3,5 трлн руб. в свою очередь ставит целью увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет. При этом органы исполнительной власти каждого региона РФ должны разработать и реализовать соответствующие зер-

кальные документы и мероприятия. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации (Указ Президента РФ от 31.12.2015 № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации») называет ожидаемую продолжительность жизни среди основных показателей, необходимых для оценки состояния национальной безопасности. При этом среди ожидаемых результатов реализации государственной политики регионального развития данный показатель не упоминается. В Конституции Российской Федерации закреплено, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, т.е. охрана здоровья граждан входит в число наиболее важных обязанностей российского государства. В целях повышения качества и доступности медицинской помощи для населения разрабатываются профильные федеральные программы, направленные на укрепление материально-технической базы здравоохранения, развитие первичной медицинской помощи, возрождение профилактического направления в здравоохранении, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. Наряду с мерами по развитию государственной и частной систем здравоохранения, внимание уделяется также развитию спорта и физической культуры, санитарно-эпидемиологическому благополучию и улучшению экологии.

Распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2599-р был принят план мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», целью которого являлось повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников. Среди основных показателей здоровья населения в нем выделялась в т.ч. ожидаемая продолжительность жизни, достижение целевого значения которой служило мерой успешности реализации «дорожной карты». В Концепции долгосрочного социально-экономического развития и Концепции демографической политики также меры по повышению данного показателя сосредоточены в сфере здравоохранения: это профилактика, своевременное выявление на ранних стадиях и лечение сердечно-сосудистых и других заболеваний, которые дают высокий процент смертности среди населения; развитие условий для ведения здорового образа жизни; организация и развитие медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий и т.д. Это объяснимо и понятно, ведь

система здравоохранения является одним из важнейших элементов, влияющих на продолжительность жизни населения. Однако также очевидно, что анализируемая категория не является управляемой лишь в рамках системы здравоохранения. Ее объективная многоаспектность требует междисциплинарного, кросс-научного подхода к изучению.

Таким образом, ожидаемая продолжительность жизни является адекватной категорией для характеристики здоровья определенной популяции (при этом не эквивалентной ему полностью) в рамках оценки как производственного потенциала экономики (чем выше продолжительность жизни, тем, как правило, дольше период трудоспособности населения), так и социально-экономической политики (отражает также обобщенно качество жизни, в т.ч. нетрудоспособного населения). Поэтому, некоторые научные теории и концепции, рассматриваемые ниже, несмотря на то что предметом их изучения являлось здоровье человека (как свойство, позволяющее трудиться), также были отнесены нами к исследующим продолжительность жизни.

1.2. Продолжительность жизни населения как объект изучения экономики

Тема влияния продолжительности жизни населения на экономическое развитие общества, исследования здоровья человека как важной характеристики трудовых ресурсов нашла отражение в трудах W. Petty, A. Smith, D. Ricardo, K. Marx, A. Marshall и других известных ученых. В разные периоды ученые делали акценты на различных аспектах продолжительности жизни как показателя здоровья в системе экономических категорий, и соответственно, предлагали и использовали различные методологические подходы для оценок.

Так, W. Petty в своей книге «Политическая арифметика» при изучении массовых социально-экономических процессов одно из центральных мест отводил населению, которое он определял как богатство страны и которому позднее, в книге «Слово мудрым», дал денежную оценку. Можно сказать, что он заложил основы для развития теории человеческого капитала, поскольку именно W. Petty описал разную значимость каждого человека для государства, которая зависит от его умений, навыков, продолжительности трудовой активности и физического состояния, и вывел объективную зависимость эффек-

тивности общественного производства от долголетия и уровня здоровья работников.

Помимо W. Petty, над вопросами взаимосвязи здоровья и уровня социально-экономического развития того или иного государства размышлял в своих работах F. Quesnay. Он пришел к выводу, что богатство государства создает людской труд и его результаты, а они, в свою очередь, зависят от численности населения, продолжительности его жизни и производительности его труда.

Основоположник классической политической экономии, A. Smith, также исследовал связь между эффективностью производства и продолжительностью жизни, уровнем здоровья населения и отдельного работника. Акцентируя внимание на соотношении условий труда, здоровья и производительности, A. Smith отмечал, что «человек, который работает не спеша и потому способен работать постоянно, не только дольше сохранит своё здоровье, но в течение года выполнит большее количество работы». A. Smith исследовал факторы, влияющие на продолжительность жизни, и особенно выделял среди них климатогеографические условия, расположение и качество земли, а также подчеркивал значение накопленных запасов, которые помогали работникам и их семьям переживать неблагоприятные сезоны. Годы возросшей смертности ученый связывал со снижением производительности труда и с периодами роста так называемой «дороговизны» (инфляционного взлета цен).

К. Marx также не обошел вниманием вопросы взаимного влияния продолжительности жизни населения и экономических параметров: в своем фундаментальном труде «Капитал» он демонстрирует связь между условиями и продолжительностью «активного жизненного процесса» работников и продолжительностью рабочего времени с точки зрения условий труда и производства с классовых позиций.

Основоположник неоклассического направления в экономической науке A. Marshall в своей работе «Принципы экономической науки» (глава «Здоровье и сила населения») называет здоровье населения и физическую, умственную и нравственную «силу населения» основой производительности труда и материального богатства, а также источником всякого прогресса. Среди факторов, влияющих на продолжительность жизни населения, он называет и урбанизацию, и влияние климатических условий, и расовые свойства, а на уровне отдельного человека – заработную плату, условия труда, профессию, медицинское обслуживание. Таким образом, A. Marshall показал мно-

гофакторную зависимость здоровья нации от показателей и условий жизнедеятельности человека в экономической среде.

Взросшая во второй половине XX века значимость человеческого фактора для развития экономики требовала научного осмысления – так появилась теория человеческого капитала. Ее основоположники Т. Schultz и G. Becker, работали на стыке обществознания, демографии и экономической науки. Теория человеческого капитала сосредоточила свое внимание на оценке роли и вклада человека, его способностей, уровня образования и здоровья в экономический рост развитых стран. Некоторые исследователи (Т. Schultz, E.F. Denison, J. Kendrick) полагали справедливым рассматривать в качестве капитала человека только его образование, однако другие ученые, развивавшие теорию человеческого капитала в последующие годы (например, W.G. Bowen, E.G. Dolan, И.В. Ильинский, А.Н. Добрынин, С.А. Дятлов, Л.И. Абалкин, О.В. Иншаков), выделяют различные его аспекты (как особые нематериальные активы и их пересечения), ссылаясь на многочисленность человеческих способностей и сфер их развития – приложения и отдачи от инвестиций в человеческий капитал. При этом необходимо учитывать взаимное влияние активов, обусловленных человеческим капиталом личности и общества в целом и продолжительности продуктивной жизни человека. Очевидно, что смерть приводит к безвозвратным потерям человеческого капитала (как в физических, так и в стоимостных оценках). Предупреждение и отсрочка смерти, соответственно, увеличивают отдачу от инвестиций в человеческий капитал и способствуют его накоплению.

В терминах, обычно применяемых при анализе капитала (прибыль, инвестирование и т.п.), человеческие способности первым стал описывать Т. Schultz, но только применительно к сфере образования. Здоровье как элемент человеческого капитала, приносящий индивиду поток экономических выгод, впервые упомянул G. Becker. Он определил человеческий капитал как благо длительного пользования, которое, как и любой другой капитал, амортизируется, требует модернизации и ремонта и может устареть. Также он ввел понятие внутренних норм отдачи, которые могут быть индивидуальными (вложения с позиции отдельных инвесторов) и социальными (измеряют эффективность инвестиций с точки зрения всего общества). По сравнению с отдачей от вложений в физический капитал, отдача от вложений в человеческий капитал гораздо выше, но при этом убывает с ростом объема инвестиций.

Дальнейшее изучение теории G. Becker было представлено в трудах P. Howitt, который, анализируя здоровье, человеческий капитал и экономическое развитие, делает вывод, что влияние здоровья на экономическое развитие обеспечивается по шести основным каналам: 1) продуктивная эффективность (здоровый работник более продуктивен); 2) ожидаемая продолжительность жизни (стабильный уровень навыков на протяжении определенного периода времени); 3) обучаемость (образование в течение жизни, начиная с детского возраста); 4) креативность (хорошее здоровье делает человека способным к творчеству); 5) адаптивность (чем выше уровень здоровья детей и матерей, тем лучше молодые люди могут справляться со стрессом, адаптироваться к неблагоприятным факторам); 6) неодинаковость (сильная отрицательная корреляция между показателями здоровья популяции и неодинаковостью дохода; факторы, повышающие уровень здоровья, уменьшают разницу в доходах населения).

Данные тезисы иллюстрируют и многочисленные исследования здоровья как производственного актива, демонстрирующие связь между наличием того или иного заболевания и снижением производительности труда. В Индонезии, например, производительность анемичных мужчин была на 20% меньше, чем у неанемичных. Когда анемичных мужчин пролечили препаратами железа, их производительность возросла почти до уровня неанемичных мужчин. В развитых странах становится все больше случаев инвалидности, вызванной психическими заболеваниями. Все психоневрологические нарушения составляли около 11,0% от полного общего бремени заболеваний в 1999 году, и, по оценкам, к 2020 году их количество возрастёт до 15%. Поскольку психические заболевания обычно хронические и протекают в течение всего жизненного цикла, они ухудшают производительность и уменьшают человеческий капитал. Так, для США оценка совокупной стоимости всех психических расстройств составила 148 млрд долларов.

Вопросы изучения здоровья как составной части человеческого капитала отражены и в трудах отечественных ученых. А.Н. Добрынин и С.А. Дятлов определили человеческий капитал как сформированный в результате инвестиций и накопленный человеком определенный запас здоровья, знаний, навыков, способностей, мотиваций, которые целесообразно используются в той или иной сфере общественного воспроизводства, содействуют росту производительности труда и эффективности производства и тем самым влияют на рост за-

работков (доходов) данного человека. Другой отечественный ученый, И.В. Ильинский, описывал капитал здоровья как инвестиции в человека, осуществляемые с целью формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности, и считал капитал здоровья национальным достоянием, несущей конструкцией, основой для человеческого капитала вообще. Автором выделяются базовый и приобретенный капитал здоровья: базовый как совокупность физиологических свойств человека во многом определяется наследственностью, а приобретенный образуется в процессе формирования и потребления физических свойств человека, осуществляемом в производственной деятельности. Инвестиции в здоровье способствуют увеличению ожидаемой продолжительности жизни – продлению продуктивной, трудоспособной жизни и, соответственно, времени функционирования человеческого капитала. То есть человеческий капитал стал рассматриваться не только как совокупность знаний и умений, но и определенное состояние здоровья человека, которое стало не только ресурсом для производства определенного объема продукции, но и объектом инвестиций. Многими учеными подчеркивается приоритетная роль человеческого капитала для экономического развития, в том числе инновационного, причем зачастую они оперируют именно показателем продолжительности жизни населения, например, в составе индекса развития человеческого потенциала.

Вопросы формирования человеческого капитала рассмотрены в трудах О.В. Киселёвой, которая смоделировала процесс формирования и воспроизводства национального человеческого капитала. Основные сферы формирования человеческого капитала (входные данные) – семья, система образования и здравоохранения, общественные институты и сфера НИОКР. Выходные данные представлены качественными характеристиками и показателями, такими как производительность труда, деловая активность населения, средняя ожидаемая продолжительность жизни, социальное согласие и стабильность и др. Ведущую роль в процессе формирования человеческого капитала автор отводит капиталу здоровья, что подчеркивает важность государственной политики в области здравоохранения, особенно для России на фоне снижения общей численности населения, средней продолжительности жизни, общего статуса здоровья нации. Неслучайно научные исследования трансформации человеческого капитала в российском обществе проводятся на основе мониторинга не только экономического положения, но и здоровья населения.

Еще один известный отечественный ученый – М. Критский – также внес значительный вклад в формирование теории человеческого капитала, рассмотрев отличия человеческого капитала от трудового ресурса. В его трактовке рабочая сила является товаром, в то время как человеческий капитал – долговременным капитальным ресурсом, т.к. он не просто продается и покупается, но и авансируется, амортизируется и возмещается как основной капитал. Совершая экономический кругооборот, он проявляет себя в разных функциональных формах, в том числе интеллектуальных, что не свойственно обычной рабочей силе. Инвестиции в здоровье способствуют замедлению процесса износа человеческого капитала, а смерть равнозначна его обесценению.

Исследования здоровья в теории человеческого капитала с точки зрения экономических категорий способствовали также его изучению с позиции спроса. Так, М. Grossman называл медицину и здравоохранение отраслями, которые производят капитал здоровья, поскольку потребители на самом деле желают не буквально приобрести конкретную их услугу, а улучшить свое здоровье – таким образом, спрос на медицинские услуги является опосредованным спросом на здоровье. Двойственная природа здоровья заключается для М. Grossman в том, что оно рассматривается, с одной стороны, как потребительское благо, с другой стороны – как средство для получения прибыли, часть человеческого капитала, которая выступает объектом инвестиционных вложений. Действуя как рациональный инвестор, каждый человек сам решает, сколько он готов заплатить и чем жертвовать ради сохранения и улучшения своего здоровья, а, значит, и продления своей жизни. М. Grossman отмечает, что инвестиции в здоровье создаются благодаря времени и медицинским услугам. При этом спрос на здоровье имеет опосредованную связь с доходом человека, поскольку, во-первых, само здоровье зависит как от текущих условий жизни и труда, так и от прошлых вложений, во-вторых, для воспроизводства здоровья необходимо тратить деньги и свободное время (занятия спортом, госпитализация, профилактические мероприятия и т.д.). С определенным временным лагом инвестиции влияют на состояние здоровья, но и здоровье, в свою очередь, как часть человеческого капитала положительно влияет на занятость и доход за счет роста производительности труда у более здоровых работников и за счет увеличения продолжительности рабочего времени. При этом М. Grossman рассматривает только занятое население, и в его модели для измере-

ния уровня здоровья используется число рабочих дней в году, пропущенных по болезни.

К поведению человека в отношении здоровья применимо и понятие инвестиционной близорукости, например, при попытке объяснить «негативные инвестиции» в капитал здоровья (курение, отказ от занятий спортом), с которыми во многом связана низкая продолжительность жизни.

Человека одновременно можно назвать и «потребителем» собственного здоровья (здоровье как благо входит в его функцию полезности), и его «производителем» (человек инвестирует в капитал здоровья и тем самым может влиять на его уровень). Являясь составной частью человеческого капитала, здоровье влияет на поведение, положение и достаток работника. При этом его важной характеристикой является то, что «здоровье не только представляет ценность само по себе, но также влияет на срок накопления и использования (то есть получения отдачи) других видов человеческого капитала».

Так, рост ожидаемой продолжительности жизни (при прочих равных условиях) подразумевает более высокую внутреннюю норму доходности (IRR) и чистый приведенный доход (NPV) от образовательных инвестиций в человеческий капитал, т.к. экономическая ценность образования определяется динамикой доходов человека и длительностью периода их получения и, очевидно, что высокие показатели эффективности инвестиций в образование возможны, только если человек живет достаточно долго. Кроме того, рост ожидаемой продолжительности жизни также прямо повышает производительность, поскольку человек получает шанс стать более продуктивным с помощью накопления большего опыта. Можно ожидать, что увеличение продолжительности жизни будет канализироваться в улучшение подготовки работников, поскольку профессиональные компетенции и опыт – это важные детерминанты человеческого капитала.

Долгая жизнь и высокие доходы высоко коррелированы в статистическом смысле. Это документируется знаменитыми кривыми Престона. Престонская кривая показывает, что люди, родившиеся в более богатых странах, в среднем, могут ожидать прожить дольше, чем родившиеся в бедных странах. Однако на низких уровнях дохода на душу населения дальнейшее увеличение дохода связано с крупным приростом в продолжительности жизни, в то время как на высоких уровнях дохода увеличение дохода уже не дает подобного эффекта. Как демонстрирует работа А. Deaton, воздействие дохода на здоровье

ослабляется на повышенных уровнях дохода тем, что кривая сглаживается. При этом большая продолжительность жизни не просто мотивирована повышенными доходами. S.H. Preston сам подчеркнул, насколько средняя ожидаемая продолжительность жизни увеличивается при любом данном уровне дохода. Страны со средним доходом в наши дни, например, достигли уровня дохода на душу населения, близкого к уровню США около 1900 года. Но в 1900 г. продолжительность жизни в США составляла только 49 лет, тогда как во многих странах со средним доходом продолжительность жизни в наши дни превышает 75 лет, что действительно, близко к показателям США.

На макроэкономическом уровне широко исследуется проблема связи средней ожидаемой продолжительности жизни с экономическим ростом, проблема здоровья и бедности, а также здоровья и неравенства. Во всем мире слабое здоровье непропорционально чаще встречается среди бедных людей. Причины большего ослабления здоровья среди бедных разнообразны и взаимосвязаны: плохое питание, например, ослабляет защиту организма от инфекции, а инфекция, в свою очередь, ослабляет эффективность поглощения питательных веществ. Как отметил Всемирный банк, «тело – это главный актив бедных людей, но он не застрахован». Поэтому слабое здоровье налагает на бедных более высокий уровень риска: если заболевание или травма нанесли ущерб их основному активу, они не могут заработать деньги, даже чтобы обеспечить себя едой или лекарствами.

В бедных странах высокий уровень доходов защищает от вредной работы, недоедания, антисанитарии и множества инфекционных заболеваний. В богатых странах, где подобные явления уже не распространены повсеместно, индикатором уровня здоровья, качества социального обеспечения, стресса и смертности является не бедность, но неравенство доходов. Если именно бедность, а не неравенство стимулирует смертность, и доход оказывает более сильное влияние на здоровье на низком уровне, чем на высоком, то средний доход, в конце концов, перестанет быть связанным со слабым здоровьем, в то время как эффекты неравенства продлятся гораздо дольше, поскольку даже в богатых экономиках есть бедные слои. Учитывая, что для России проблема имущественного расслоения стоит очень остро, значимость данного направления теоретических иссле-

дований для социально-экономической политики нашей страны трудно переоценить.

Прямые эконометрические оценки связи между продолжительностью жизни, экономическим ростом, распределением доходов и бедностью позволяют смоделировать последствия недавнего и обозримого увеличения продолжительности жизни в бедных слоях. Модель, предложенная Bloom и Canning, охватывает 31 страну, для которой доступны достаточные данные с общей численностью населения по состоянию на 1990 год, составляющей 3,1 млрд чел. Они утверждают, что, если бы в 1990 году продолжительность жизни была на 10% выше, это оказало бы сильный положительный эффект на рост доходов и некоторый отрицательный эффект на неравенство доходов в течение следующих 25 лет. Оценки предполагают, что одни только эти улучшения к 2015 году вывели бы 30 млн человек из абсолютной бедности. Две трети из них жили бы в Индии и одна треть – в Африке, что отражает огромную важность здоровья для регионов на ранней стадии развития. Их анализ оставляет без ответа важнейший вопрос: достигается ли снижение бедности лучше всего через политику, направленную на достижение всеобъемлющих медицинских улучшений, или специфических медицинских улучшений, направленных на бедные слои. Однако сделанный вывод предполагает, что при сравнении двух стран, идентичных во всех отношениях, за исключением того, что у одной есть преимущество в 5 лет в продолжительности жизни, более здоровая страна испытает рост дохода на душу населения, который будет на 0,3 – 0,5% пункта быстрее, чем у её соперника. Эти показатели согласуются с показателями, полученными R. Варго. Сохраняя постоянными другие детерминанты экономического роста (начальный доход, образование, демократические правительства), R. Варго оценивает, что продолжительность жизни в данный момент времени в значительной степени коррелирует с последующим ростом. По его оценкам, подъём продолжительности жизни на 10% в течение последующих десятилетий повышает экономический рост на 0,4% в год.

Таким образом, значимость продолжительности жизни населения для развития социально-экономической системы подчеркивалась многими учеными на протяжении всей истории развития экономической науки. Здоровье человека из характеристики, определяющей его конкурентоспособность, переросло в полноценную экономическую категорию. В настоящее время здоровье все чаще рас-

считается как особая форма капитала, обладающая важными амортизационными и инвестиционными свойствами. Здоровье человека (как непосредственно, так и опосредованно через продолжительность жизни) влияет на продолжительность периода накопления и уровень отдачи от инвестиций в различные подсистемы человеческого капитала. Акцент со здоровья и продолжительности жизни индивидуума и его личного благосостояния переместился на общественное здоровье и общее состояние экономики отдельного государства. При этом, с переносом исследований на макроэкономический уровень, важным стал вопрос аллокации здоровья как ресурса: связь средней ожидаемой продолжительности жизни с экономическим ростом, проблема здоровья и бедности, а также здоровья и неравенства – тематика многих научных изысканий в настоящее время.

1.3. Продолжительность жизни населения как объект изучения демографии

Изучение продолжительности жизни населения как демографической категории началось во времена, когда демографии как отдельной отрасли научного знания еще не существовало. В основе взглядов ученых, изучавших государственное устройство, например, А. Niemann и А.Л. Schlözer (основатели сравнительной статистики), лежал тезис о том, что процветание государства напрямую зависит от численности, продолжительности жизни и экономической деятельности населения. Политические арифметики (W. Petty, J. Graunt, E. Halley) в своих трудах заложили предпосылки изучения социально-экономических факторов динамики населения и основы его количественного изучения, очертив границы понятия «естественное движение населения». В частности, именно Е. Halley в 1693 году составил и опубликовал первую научно обоснованную таблицу смертности для отдельного польского города Вроцлава, на основе которой рассчитал значение средней продолжительности жизни. Считается, что именно с этого момента началось научное изучение данной категории. В то время данные о населении, которые использовали ученые, зачастую носили фрагментарный характер, что побудило их к развитию в этой области математических методов. D. Bernoulli, L. Euler впервые применили теорию вероятности к изучению смертности населения и ожидаемой продолжительности жизни.

А. Quetelet в своем труде «О человеке и развитии его способностей, или опыт социальной физики» (1835) сформулировал концепцию «среднего человека» как среднестатистического показателя, характеризующего происходящие в обществе процессы как результат неких закономерностей или законов общественного развития, а не как набор случайных событий. Его можно назвать основополагающим для развития демографии, поскольку он положил начало дискуссиям о предмете и объекте этой науки и ее отношениях с другими науками, которые также изучают человеческое общество. В конечном итоге, благодаря работам J. Bertillon и других ученых, демография сформировалась в отдельную, самостоятельную науку, которая, с одной стороны, изучает население в статике (структурные и количественные параметры в данный момент времени), с другой – в динамике, с целью изучения происходящих в обществе процессов (изменение тенденций и соотношений рождаемости и смертности в различные годы и его причины). Ее уже можно было назвать наукой о воспроизводстве населения.

Ближе к середине XX века в научном сообществе укрепилась мысль, что демография не ограничивается лишь статистикой рождаемости, смертности, миграции, объект ее изучения более сложен – это возобновление поколений людей. Для измерения интенсивности этого процесса необходимы были адекватные показатели, и в 1920-1930-х годах вводятся в обиход коэффициенты воспроизводства населения. Они явились результатом осмысления рождаемости и смертности как сторон двуединого процесса. Однако скоро стало понятно, что при расчете общих коэффициентов рождаемости, смертности и т.д. без учета различий между группами населения, например, по возрастной структуре (возможности родить ребенка, вероятности умереть) имеет место неполный охват изучаемых демографией явлений. То есть, хотя для страны экономическая выгода понижения общей смертности очевидна, некорректно считать, что все люди равноценны и равнозначны для воспроизводства населения, т.к. ожидаемая продолжительность их жизни существенно различается. Этот тезис привел к возникновению потенциальной демографии, где единицей измерения служит уже не человек, а человеко-год (поскольку каждый человек имеет свой «вес», измеряемый величиной ожидаемой продолжительности жизни). Основные принципы и методы потенциальной демографии сформулировали L. Gershe, J. Bourgeois-Pichat и E. Vielrose.

На основе потенциальной демографии и социальной медицины (в настоящее время – общественное здоровье и здравоохранение) М.С. Бедный основал такую научную дисциплину, как медицинская демография. Он предложил «пересмотреть различные статистические показатели с точки зрения оценки влияния состояния здоровья населения на его жизненный потенциал, а арсенал методов потенциальной демографии сделать достоянием медицинской демографии и этим самым развивать эту важную промежуточную отрасль науки». Изучать демографические закономерности предполагалось исходя из главной качественной характеристики населения – его здоровья, которое выражается в длительной активной жизни и полноценной трудоспособности. В конечном итоге, медико-демографическими показателями выступает совокупность критериев жизнеспособности населения – «продолжительность жизни», «продолжительность здоровой жизни» и «жизненный потенциал». Дополнительным направлением оценки вклада продолжительности здоровой жизни в формирование трудового потенциала является также расчёт экономических потерь, в т.ч. в региональном разрезе: оцениваются как потерянные годы жизни в результате преждевременной смертности, так и недополученный ВВП (ВРП) в результате потери лет потенциальной жизни. Отдельно также стоит упомянуть биодемографические исследования одного из ведущих специалистов в области изучения старения Vaupel J. W., которые сосредоточены на проблемах увеличения продолжительности жизни и социальных последствий старения населения.

Таким образом, эволюция теоретических представлений о продолжительности жизни населения в основном была связана с предметом изучения демографической науки. При этом, если в начале ее становления изучались в основном фактически сложившиеся состояния определенного общества за временной промежуток (уровень смертности, рождаемости), то в последующем интерес исследователей сместился в сторону определения причин данных тенденций. Выделяются разнонаправленные тренды эволюции теоретических представлений о продолжительности жизни как категории социальных наук – с одной стороны, происходит разукрупнение и детализация предмета демографии (обособление медицинской демографии), с другой – синтез с социологией, экономикой и некоторыми другими общественными науками. В предмет демографической науки вводятся потенциальные показатели, отражающие прогнозные значения, которые будут принимать те или иные величины. Состояние здоровья

населения, выражающееся в показателе продолжительности жизни, в настоящее рассматривается исследователями как комплексная категория, меняющаяся под воздействием широкого ряда причин. Исследования проводятся на популяционном уровне и рассматривают продолжительность жизни населения в контексте социально-экономических условий: в частности, имущественного неравенства и неравенства в здоровье.

1.4. Продолжительность жизни населения и неравенство в здоровье

«Неравенство в здоровье» является термином, который используется для определения различий, изменений и диспропорций в здоровье индивидов и групп населения. Не все различия являются несправедливыми (например, они могут быть обусловлены генетическими или поведенческими факторами). Концепция несправедливости в здоровье фокусирует свое внимание на распределении ресурсов и других процессах, которые формируют неравенство в здоровье между социальными группами, находящимися в более и менее выгодном социальном и экономическом положении. Таким образом, термином «неравенство в здоровье» обычно обозначают не все различия, а только необязательные, устранимые – связанные с доходом, социальным статусом, физическим окружением, условиями работы, неадекватным доступом к услугам здравоохранения и т. д.

Зависимость здоровья, продолжительности жизни и смертности населения от социально-экономического статуса в целом не подвергается сомнению, так, например, проблему социальных детерминант здоровья и неравенства в здоровье активно исследует ВОЗ. В 2005 году ВОЗ учредила Комиссию по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) в целях систематизации существующих знаний о возможных путях сокращения социальных неравенств в отношении здоровья, чтобы таким образом привлечь внимание всего мира к задачам достижения более высокого уровня социальной справедливости путем воздействия на социальные детерминанты здоровья.

В основе лежало положение о том, что «... вмешательства, направленные на снижение заболеваемости и спасение жизней, приводят к успеху только в том случае, если они надлежащим образом учитывают социальные детерминанты здоровья».

Актуальность исследовательского интереса к проблеме дифференциации социально-экономического статуса населения России усиливается исторически сложившимися социально-экономическими различиями между регионами страны, городскими и сельскими жителями, жителями малых и крупных городов, а также в виду де-факто существующей социальной стратификации, в основе которой лежат позиции индивидов на рынке труда, их место в структуре отношений собственности, а также уровень образования и дохода. В 2014 году в рамках Программы Оксфам по предоставлению прав гражданскому обществу в неравном многополярном мире (ECSM BRICSAM (БРИКСАМ — Бразилия, Россия, Индия, Китай, Южная Африка, Мексика) был реализован проект по анализу тенденций неравенства в России, как экономического, так и неравенства в доступе к здравоохранению. Согласно репрезентативному опросу населения 2013 года, россияне считают, что двумя формами неравенства, наиболее сильно влияющими на благосостояние населения страны, являются неравенство доходов (72% респондентов) и неравенство в доступе к здравоохранению (47%). Несмотря на то, что официально население России полностью охвачено системой здравоохранения и право на бесплатное здравоохранение закреплено в конституции, эксперты выделяют три основных измерения неравенства доступности здравоохранения в России: географическое, социальное (в том числе дискриминация отдельных групп, таких как бездомные, мигранты и заключенные) и экономическое. При этом основные программные документы по развитию отрасли здравоохранения в России практически полностью игнорируют данную проблему, в то время как во многих странах проблема социального неравенства в здоровье признается и решается на правительственном уровне путем реализации соответствующих стратегий – это Австралия, Новая Зеландия, Великобритания, Норвегия, Швеция, Канада и др.

Отдельные аспекты социально-экономического неравенства в здоровье остаются при этом предметом острых научных дискуссий. Также не все исследователи готовы считать приоритетными при определении продолжительности жизни социально-экономические факторы: некоторые делают акцент на генетические, расовые и этнические особенности той или иной популяции, культуру, менталитет, климат и степень загрязнения окружающей среды, стихийные бедствия, военные конфликты и т.д.

Эволюция теоретических представлений о продолжительности жизни населения как объекте изучения экономики и демографии представлена в таблице 1. Ее особенности позволяют выделить общие черты эволюции теоретических представлений о продолжительности жизни населения как объекте изучения экономики и демографии:

- продолжительность жизни изучается на уровне популяции;
- в данной сфере происходит взаимопроникновение и синтез применяемых научных методов, подходов, исследовательского инструментария из других отраслей науки, изучающих общество в целом;
- расширяется практика применения комплексного подхода к анализу, оценке и прогнозированию продолжительности жизни населения, а также определению причин, оказывающих на нее влияние;
- исследования, посвященные продолжительности жизни, все чаще проводятся в контексте социально-экономических условий: широкое распространение получили эконометрические оценки отношений между продолжительностью жизни, экономическим ростом, распределением доходов и бедностью, рассчитывается и оценивается недополученный в результате потери лет потенциальной жизни валовой внутренний продукт, а также исследуется социальное неравенство в отношении здоровья.

Выявленные направления развития теоретических представлений о продолжительности жизни населения актуализируют вопросы рассмотрения причин и тенденций изменения продолжительности жизни населения в контексте социально-экономических изменений в обществе, что наиболее полно может быть объяснено теорией эпидемиологического перехода.

Эволюция теоретических представлений о продолжительности жизни населения

Исторический период, связь с другими науками	Продолжительность жизни в экономике	Продолжительность жизни в демографии
Начало XVII века – конец XIX века История	Уровень изучения: индивидуальный. Предмет изучения: долгая здоровая жизнь как основа конкурентоспособности человека (работника). Ценность здоровья определяется на индивидуальном уровне. Основные авторы: W. Petty, F. Quesnay, A. Smith, D. Ricardo	Уровень изучения: популяционный. Предмет изучения: естественное движение населения как одна из характеристик населения страны. Демография как политическая арифметика. Простейший анализ данных о смертности и рождаемости, таблицы смертности, первые расчеты показателя средней продолжительности жизни. Основные авторы: A. Niemann, A.L. Schlözer
Конец XIX века – начало XX века Математика Статистика	Уровень изучения: популяционный. Предмет изучения: здоровье как ресурс (фактор производства), обеспечивающий функционирование субъектов хозяйственной деятельности и государства в целом. Достаточная продолжительность активной жизни населения – основа уровня производительности в экономике. Основные авторы: K. Marx, A. Marshall	Уровень изучения: популяционный. Предмет изучения: продолжительность жизни как часть и характеристика воспроизводственного процесса. Демография как раздел статистики. Широкое применение математических моделей и методов. Основные авторы: A. Quetelet, J. Bertillon
Середина XX века – настоящее время Демография Обществознание Математика Экономика Медицина Статистика	Уровень изучения: популяционный. Предмет изучения: здоровье как компонент человеческого капитала, через продолжительность жизни влияющий на срок накопления и получения отдачи от других видов человеческого капитала. Изучение связи между продолжительностью жизни и уровнем дохода на микро- и макроуровне, темпами экономического роста; оценка экономических потерь от преждевременной смертности. Основные авторы: G. Becker, M. Grossman, A.H. S.H. Preston	Уровень изучения: популяционный. Предмет изучения: продолжительность жизни как характеристика жизненного потенциала. Демография как общественная наука. Потенциальная демография, медицинская демография. Оцениваются потерянные в результате преждевременной смертности годы жизни. Продолжительность жизни рассматривается в контексте социально-экономических условий. Основные авторы: L. Gershe, J. Bourgeois-Pichat

1.5. Продолжительность жизни населения с позиции теории эпидемиологического перехода

Показатель ожидаемой продолжительности жизни непосредственно зависит от уровня смертности, и поиск резервов продления жизни людей всегда был связан с изучением причин смертности. При этом, по мнению специалистов, любая тенденция смертности и даже самое её оптимистическое развитие не способны изменить существующий «биологический предел» человеческой жизни, равный 100-110 годам. Тенденции в смертности населения и ее причинах наиболее полно объясняются теорией эпидемиологического перехода, основы которой были заложены в середине XX в. J. Bourgeois-Pichat. Существенным постулатом его исследования было разделение причин смертности на экзогенные (инфекционные и паразитарные болезни, заболевания органов дыхания, несчастные случаи, отравления и убийства) и эндогенные (злокачественные новообразования, болезни органов кровообращения и др.) причины. J. Bourgeois-Pichat считал, что успехи в ликвидации экзогенных причин смерти неминуемо приведут к тому, что на первый план выйдут эндогенные, против которых ещё долгое время придется искать эффективные средства борьбы. Следует учитывать, что уменьшение смертности от отдельных экзогенных причин практически не влияет на изменение общей смертности, так как будет компенсировано ростом смертности от эндогенных причин.

Теорию эпидемиологического перехода, упомянутую выше, сформулировал А. Omran в 1971 году, стремясь описать эволюцию средней продолжительности жизни в человеческой истории, процесс изменения структуры смертности, а также тенденции в изменении уровня и структуры заболеваемости. М. Terris в своей статье «Эпидемиологическая революция» поддержал идеи А. Omran, сделав акцент на революции в эпидемиологическом мышлении и расширяя задачи эпидемиологии далеко за пределы инфекционных заболеваний – до всех причин болезни, инвалидности и смерти. Эволюция теории эпидемиологического перехода представлена в таблице 2.

Выделение конкретных временных рамок этапов эпидемиологического перехода носит условный характер. Традиционный тип смертности в Западной Европе существовал до середины XVIII в. – это граница первого этапа эпидемиологического перехода. Заверше-

ние второго этапа относят к 1960-м годам XX века, третьего – к началу XXI века.

Таблица 2

Эволюция теории эпидемиологического перехода

№ этапа и название	Авторы	Описание
1. Период эпидемий и голода	А. Омран	Высокий уровень, высокая амплитуда колебаний смертности и низкая ожидаемая продолжительность жизни (20-40 лет). Окончание первого этапа перехода связано со снижением смертности от инфекций и голода
2. Период снижающейся пандемии	А. Омран	Постепенное снижение смертности (темпы снижения ускоряются по мере снижения числа эпидемий). Продолжительность жизни увеличивается до 50 лет, дальше снижается заболеваемость и смертность от инфекционных заболеваний. При этом начинается рост заболеваемости и смертности от квазиэндогенных причин (как болезни кровеносной системы, опухоли), причем ими страдают люди все более молодого возраста. Это связывается, прежде всего, с процессом индустриализации: природное загрязнение, увеличение физических и психологических нагрузок (стрессы), опасные условия работы на производстве
3. Период дегенеративных и профессиональных заболеваний	А. Омран	Продолжается снижение смертности и ее стабилизация на сравнительно низком уровне. Происходит преодоление минусов индустриализации путем охраны окружающей среды, улучшения условий труда и быта населения, разработки техник безопасности, пропаганды здорового образа жизни. Существенное развитие медицины и ориентированность на профилактику уменьшает заболеваемость и смертность. В итоге увеличивается как средняя ожидаемая продолжительность жизни, так и ожидаемый возраст смерти от большинства болезней

4. Период отложенных (или отсроченных) дегенеративных заболеваний	S.J. Olshansky и A.B. Ault, R. Rogers, R.Hackenberg, A. Omran	<p>Характерен для постиндустриальных стран. Актуальными остаются те же заболевания, что и на третьем, но люди умирают от них в более старшем возрасте (смертность среди молодых низкая). Ожидаемая продолжительность жизни продолжает расти, но медленными темпами.</p> <p>R. Rogers и R.Hackenberg предложили свою версию источника изменений - это растущее влияние индивидуального поведения и образа жизни, в частности, разрушительного: нетрадиционная сексуальная ориентация, социальные патологии – несчастные случаи, убийства, чрезмерное употребление алкоголя и курение и т.д., и назвали этот этап «hybristic» - от «hybris» - излишняя самоуверенность, вера в собственную неуязвимость.</p> <p>Эти теории, однако, не исключают друг друга: есть факторы, влияющие на структуру смертности на макро- и микроуровне.</p> <p>A. Omran поддержал концепцию четвертого этапа, добавив к его характеристикам появление и распространение новых болезней (ВИЧ, гепатиты В и С, Эбола, болезнь Лайма), а также возрождение некоторых заболеваний (холера, малярия, туберкулез)</p>
5. «Футуристический»	A. Omran, J.M. Gaziano	<p>Стремление к высокому качеству жизни; с одной стороны, достигнуто долголетие, с другой - тотальное неравенство.</p> <p>Версия J.M. Gaziano: происходит замедление старения, однако, несмотря на достижения в области профилактической медицины и лечения, ожирение и низкий уровень физической активности начинают угрожать прогрессу, достигнутому в отсрочке болезни и смерти.</p>

Отметим, что в настоящее время некоторые ученые оперируют более общим термином – «the health transition», который объединил концепцию демографического перехода, объясняющую смены типов воспроизводства населения (предложена Frank W. Notestein в 1945 году), и концепцию собственно эпидемиологического перехода; он призван охватить весь спектр социальных, экономических и экологи-

ческих изменений, ведущих к демографическому и эпидемиологическому переходу.

Содержание так называемого «первого демографического перехода» заключается в последовательном снижении смертности и рождаемости до уровня, обеспечивающего простое воспроизводство населения, он включает в себя четыре фазы. На первой фазе наблюдается примитивный тип воспроизводства населения (высокий уровень рождаемости и смертности, естественный прирост отсутствует или очень низкий), на второй фазе – демографический взрыв, вызываемый в основном снижением смертности. На третьей фазе снижается уровень рождаемости и замедляется снижение уровня смертности (естественный прирост сокращается), а на четвертой фазе рождаемость и смертность стабилизируются на низком уровне, равном или близком друг другу, происходит прекращение роста населения или даже депопуляция.

В 1986 году появилась концепция «второго демографического перехода», разработанная Ron J. Lesthaeghe и Dick J. Van De Kaa и сосредоточившая свое внимание на изменениях в институте семьи, которые начинаются в европейских странах в середине 1960-х годов и приводят к падению рождаемости до уровня, недостаточного для замещения поколений. Затем, в 2006 году концепцию «третьего демографического перехода» предложил David Coleman, исследовавший развитые страны с низкой рождаемостью, которые восполняют естественную убыль населения через механизм миграции. Единой точки зрения на трактовку и периодизацию демографических и эпидемиологических переходов в научном сообществе нет, и, скажем, второй и третий демографический переходы можно рассматривать как завершающий этап первого, а эпидемиологический переход – как часть демографического. Однако, так как для нашего исследования больший интерес представляет такой компонент воспроизводства населения как смертность, подробнее остановимся на отдельных положениях теории эпидемиологического перехода.

То, как конкретно разворачивается процесс эпидемиологического перехода, каковы его детерминанты, характер и темпы, служит основанием для выделения 4 его моделей (А. Omran):

1. Классическая западная модель – Западная Европа с конца XIX века, постепенная производственная и социальная модернизация.
2. Ускоренный вариант классической модели – Япония, Восточная Европа.

3. Модель с задержкой (Delayed model) – развивающиеся страны, в которых по-прежнему сохраняется высокая младенческая и детская смертность, обязанная своим существованием массовым инфекциям и голоду.

4. Переходный вариант модели с задержкой (Transitional variant of delayed model) – Тайвань, Южная Корея, Сингапур, Гонконг.

F. Bobadilla и его коллеги добавили еще одну модель – поляризованную модель с задержкой (the protracted-polarised model) для крупных стран со средним уровнем ВВП на душу населения (Мексика, Индия) и неравным распределением богатства и медицинских услуг (разрыв между социальными классами и географическими регионами - эпидемиологическая поляризация).

Факторы, которые определили ход процесса эпидемиологического перехода, были объединены А. Omran в 3 основные группы:

- экобиологические детерминанты, характеризующие уровень неблагоприятных условий окружающей среды, в т.ч. наличие возбудителей болезней;

- социально-экономические, политические и культурные детерминанты, характеризующие уровень жизни, а также уровень гигиены и питания, поскольку значительное их улучшение можно рассматривать как часть перемен, происходящих в обществе, а не как следствие целенаправленных медицинских мер.

- медицинские детерминанты, характеризующие систему общественного здравоохранения, включая все формы медицинского обслуживания населения, меры профилактического и лечебного характера.

Указав на эти факторы, А. Omran не рассматривал подробно, менялось ли значение каждой детерминанты в зависимости от этапа эпидемиологического перехода, а ведь эту проблему можно назвать ключевой для понимания его механизма. Кроме того, объединение в рамках второй детерминанты изменений базиса происходящих сдвигов (экономических условий) и изменений надстроечных элементов (социальных, политических, культурных условий, поведенческих особенностей) осложнило теоретическое осмысление истинных механизмов влияния социально-экономического прогресса на эпидемиологическую ситуацию.

Теория эпидемиологического перехода была дополнена S. Noriuchi, который отметил, что прогрессирующее снижение смертности на протяжении всей истории человечества не является обязатель-

ным и непрерывным. На основе этого S. Horiuchi ввел понятие «обратного перехода». Концентрация населения в быстро растущих городах, вызванная промышленной революцией, привела к высокой степени риска заражения инфекционными болезнями. В наши дни высокая распространенность курения, алкоголизма, калорийное питание с высоким содержанием жиров, сидячий образ жизни не предотвращают, а, напротив, увеличивают смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака. Наконец, появление новых инфекционных заболеваний (ВИЧ) или повторное возникновение ранее известных угрожают обратным эпидемиологическим переходом.

Понятие «обратный переход» включает в себя объяснение обратно направленного эпидемиологическому переходу тренда, связанного с влиянием отдельных экономико-демографических факторов: урбанизация, изменение образа жизни, состояние экономики. К числу факторов обратных переходов относят следующие: ранние ступени промышленной эволюции; нездоровый образ жизни в богатом обществе; возрождение и появление различных видов инфекционных заболеваний; неблагоприятное антропогенное воздействие. Обратный эпидемиологический переход как принципиально новое явление формируется под действием тех же детерминант, которые обусловили классическое эпидемиологическое развитие на поздних стадиях — экономической, социальной и медицинской, и реализуется вследствие их одновременной и долгосрочной деградации, и, как любой системный процесс, затрагивает в тех или иных проявлениях все возрастные группы населения и причины смерти.

1.6. Стадии эпидемиологического перехода в России

Анализ смертности в России в исторической перспективе, позволяет сделать вывод, что последовательность стадий эпидемиологического перехода и его основные детерминанты находятся в рамках базовых теоретических представлений. Однако, по сравнению с другими, более развитыми, странами, основные этапы перехода происходят в России с опозданием, сохраняется и переходит на следующие стадии ряд задач, не решенных на предыдущих стадиях эпидемиологического перехода. Эти особенности позволяют говорить о потенциально возможном обратном эпидемиологическом переходе в России.

Однозначного ответа на вопрос, на какой же стадии эпидемиологического перехода находится сейчас Россия, пожалуй, дать невоз-

можно, но в основном взгляды ученых неоптимистичны. Отдельные исследователи считают, что из-за высокой доли случаев смерти от экзогенных причин нельзя говорить даже о завершении первого этапа эпидемиологического перехода, другие – что все четыре этапа Россией были пройдены, однако затем начался процесс обратного эпидемиологического перехода. Очевидно одно – смертность экзогенного характера в России действительно выше, чем в развитых странах, а средняя ожидаемая продолжительность жизни – наоборот, ниже, что не позволяет говорить о завершенности эпидемиологического перехода. Во многом этот феномен связан с относительно недавними социально-экономическими потрясениями, вызванными распадом СССР, в том числе сильнейшим стрессом и психологической дезадаптацией широких слоев населения (что подтверждается резким ухудшением демографической ситуации именно в период 1990-х годов). В качестве одного из основных последствий социального стресса многие ученые рассматривают алкоголизацию населения, которая сильно повлияла на быстрый рост смертности от насильственных причин. Однако региональные исследования демонстрируют более тесную связь роста смертности в России с темпами экономических изменений, степенью криминализации и социального расслоения, чем со средним уровнем потребления или продажи алкоголя, а также выявляют роль других факторов общественной дезинтеграции (уровень недоверия к региональным администрациям, разочарование в политике, уровень криминализации и разводов). Таким образом, социальный стресс является скорее не причиной роста смертности, особенно в трудоспособном возрасте, а следствием таких экономических факторов, как безработица, бедность, резкое и несправедливое расслоение общества.

Существует и другая точка зрения, согласно которой негативные тенденции сложились еще в советское время, в середине 1960-х годов, затем смертность искусственно понизилась из-за антиалкогольной кампании 1985–1987 годов, а после, в период реформ, эти тренды проявились особенно ярко. Однако большинство исследователей сходятся во мнении, что основные причины смертности в советский и постсоветский период различаются принципиально, а в советский период Россия, с некоторыми оговорками, реализовывала классический сценарий эпидемиологического перехода. Так, в первой половине XX века в СССР активно велась работа по установлению контроля над экзогенными факторами смертности, в первую очередь, средовыми.

Учитывая уровень социально-экономического развития России после революции и мировой войны, основной задачей стало создание фармацевтической промышленности, возрождение медицинской науки и образования, строительство объектов медицинской инфраструктуры, в первую очередь, больничных учреждений, проведение масштабных санитарно-эпидемиологических кампаний и мероприятий, массовая вакцинация. Это позволило ограничить вредное воздействие факторов окружающей среды, в том числе социальной, и снизить смертность от инфекционных болезней и, отчасти, внешних причин. Структура патологии стала приближаться к модели развитых стран: на первое место вышли сердечно-сосудистые заболевания, новообразования и другие заболевания неинфекционного происхождения. Такая «модернизация» смертности привела к росту средней ожидаемой продолжительности жизни, но сделала неэффективным дальнейшее применение вышеописанных методов формирования здоровья. Стало понятно, что потенциал для дальнейшего увеличения продолжительности жизни лежит уже не в области средовых факторов, а, скорее, поведенческих, и путь к реализации этого потенциала должен быть иным. Необходимо было сосредоточить свои усилия на профилактике, направленной на защиту жизни и здоровья населения, внедрении новых моделей массового здорового образа жизни, формировании у каждого отдельного человека витального поведения. Это требовало переориентации действующей системы здравоохранения, роста расходов на охрану здоровья населения и реабилитацию, наконец, смены системы общественных приоритетов и приоритетов каждого индивида. Реализацию намеченных планов прервала перестройка и последовавший за ней социально-экономический спад, поэтому российская модель смертности осталась промежуточной, а потенциал снижения смертности, создаваемый эпидемиологическим переходом, – нереализованным.

С середины 2000-х годов, со стабилизацией социально-экономической ситуации, в России наблюдаются рост средней ожидаемой продолжительности жизни, устойчивое снижение общего коэффициента смертности (рис. 1), коэффициента младенческой смертности (рис. 2) и некоторые позитивные структурные сдвиги по основным причинам смертности.

Начиная с середины 1970-х годов и вплоть до 2015 года, в России более половины смертей обусловлены болезнями системы кровообращения (БСК). По оперативным данным Росстата, в 2016 году в

России доля смертей от БСК составила 47,67–614,1 % умерших на 100 тыс. населения.

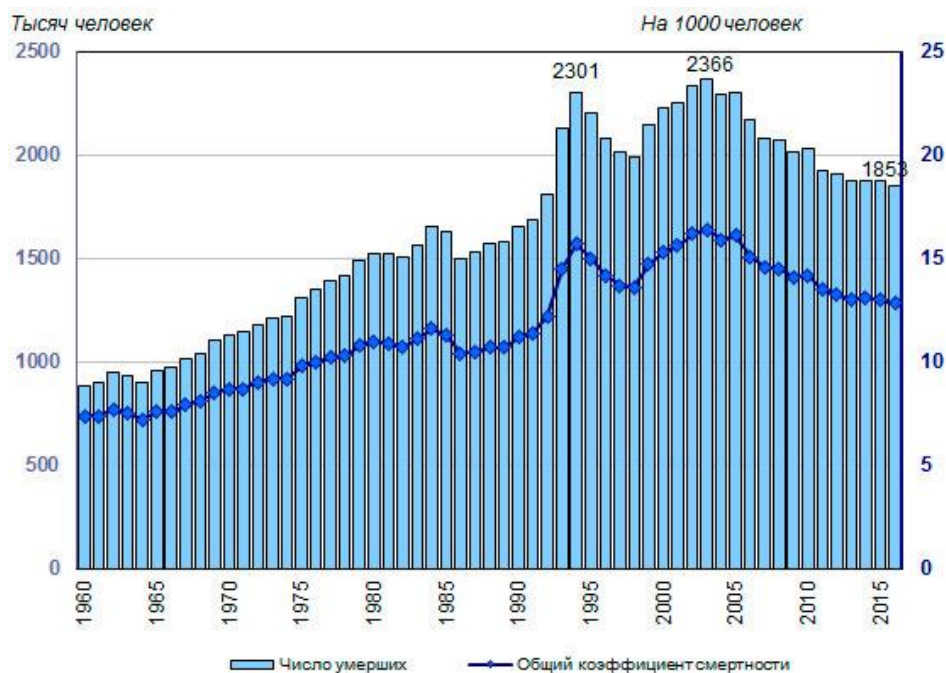


Рис. 1. Число умерших (тысяч человек) и общий коэффициент смертности (на 1000 человек постоянного населения), 1960-2016 гг. (2016 г. – по данным ежемесячной регистрации за январь-декабрь, без учета сведений по Крыму)

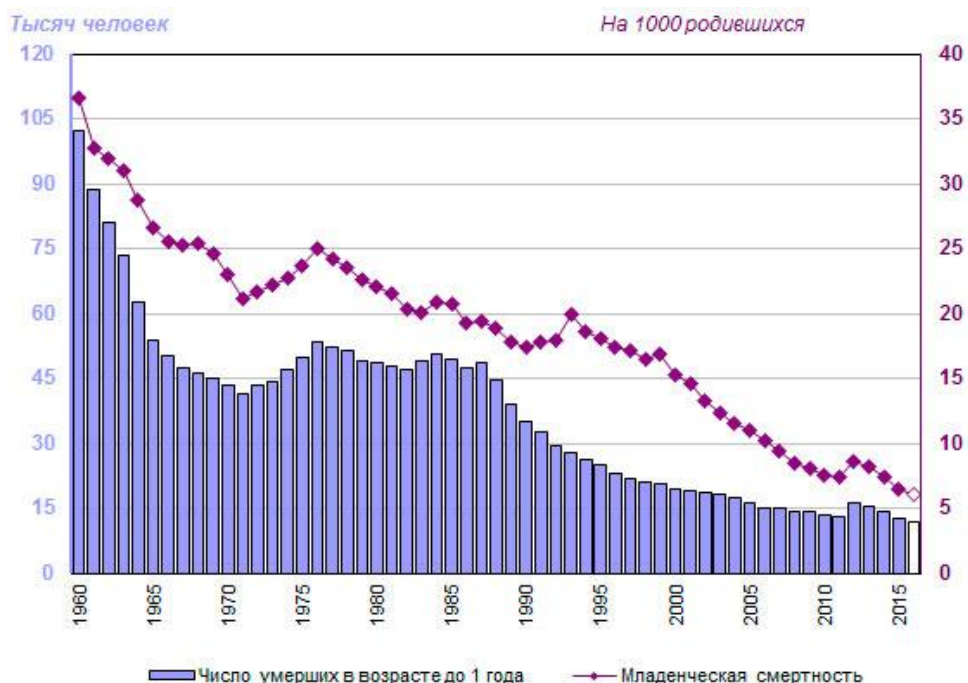


Рис. 2. Число умерших в возрасте до 1 года (тысяч человек) и коэффициент младенческой смертности (умерших в возрасте до 1 года на 1 родившихся живыми), 1960-2016 гг. (2016 г. – по данным за январь-июнь в пересчете на год, с учетом Крымского федерального округа)

Второе место среди причин смерти по распространенности занимают новообразования: в 2016 году они стали причиной смерти 15,65% умерших в России - 201,6 на 100 тыс. населения. Третье место среди причин смерти населения России сохраняется за внешними причинами: в 2016 году они обусловили 8,13% смертей (104,8 на 100 тыс. населения). В 1995-2005 гг. смертность от внешних причин превышала смертность от новообразований, однако затем стала планомерно снижаться. Доля смертей от болезней органов дыхания в 2016 году составила 3,66% (47,1 на 100 тыс. населения), от болезней органов пищеварения – 5,15% (66,3 на 100 тыс. населения). Инфекционные и паразитарные болезни в 2016 году стали причиной смерти в 1,73% случаев (22,3 на 100 тыс. населения) (рис. 3)

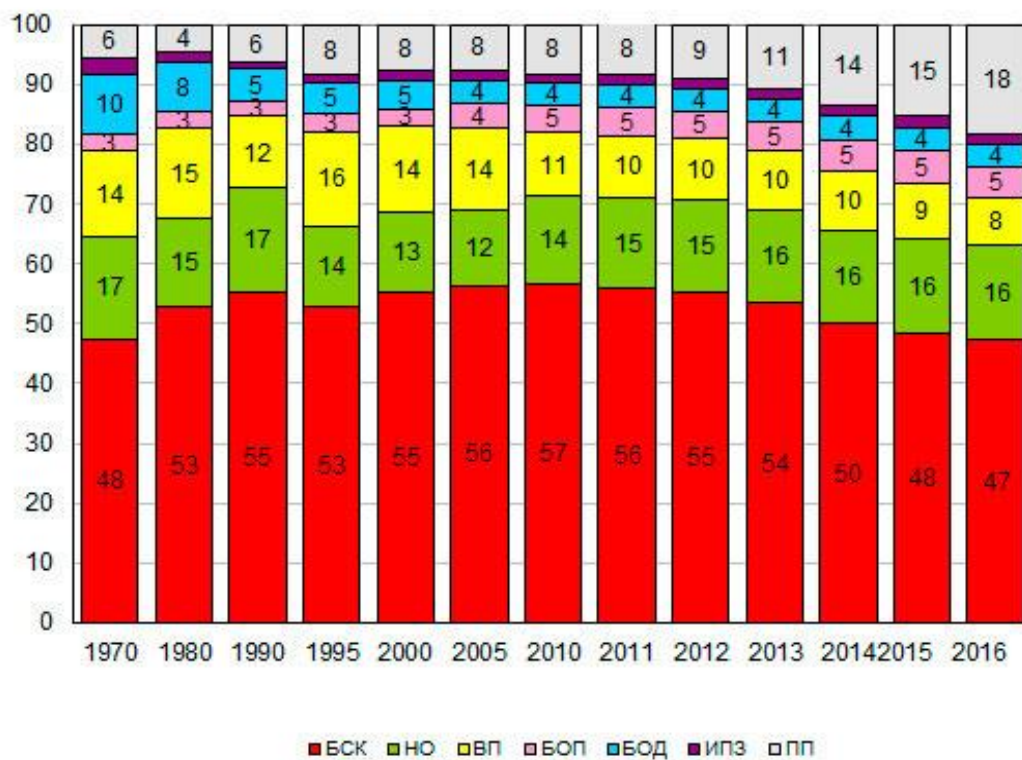


Рис. 3. Распределение умерших в России по основным классам причин смерти, отдельные годы периода 1970-2016 гг. (2016 г. – по данным оперативного месячного учета, остальные годы – по данным годовой разработки без учета сведений по Крыму), %

Как мы видим, структура смертности в России и динамика основных причин смерти соответствует логике модели демографического перехода: уменьшается младенческая смертность, смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний и смертность от экзогенных (внешних) причин, резкий скачок которой наблюдался в 1990-х годов., смертность от квазиэндогенных причин (болезни кровенос-

ной системы, новообразования) пока сохраняется на высоком уровне, но в то же время доля молодежи и людей средних возрастов, умерших от этих классов причин, постепенно снижается (за 10 лет – с 2004 по 2014 год – доля трудоспособного населения среди умерших от БСК снизилась с 17,5% до 15,12%, от новообразований – с 26,9% до 23,22%).

Однако значение общего коэффициента смертности заметно различается по регионам России, и структура причин смертности также крайне неоднородна – таблица 3.

Таблица 3
Смертность от основных причин в субъектах РФ в 2016 г.

Показатель	В целом по России	Субъекты с наименьшей долей	Субъекты с наивысшей долей
Доля умерших от внешних причин	8,13%	4,86% (г. Москва), 5,02% (г. Санкт-Петербург)	25,55% (Тыва) и 21,75% (Чукотский а.о.)
Доля умерших от инфекционных и паразитарных заболеваний	1,73%	0,28% (Белгородская область); менее 1% - в 30 субъектах РФ	5,37% (Тыва), 5,20% (Иркутская область)
Доля умерших от БСК	47,67%	30,50% (Мордовия), 34,58% (Тыва)	63,36% (Северная Осетия), 62,20% (Республика Крым)
Доля умерших от злокачественных новообразований	15,65%	менее 12% (Новгородская, Тамбовская, Тюменская обл.)	21,84% (г. Санкт-Петербург), 21,21% (г. Москва)

И если показатели смертности во многом зависят от половозрастного состава населения (в географическом пространстве России уровень общего коэффициента смертности снижается от центральных и северо-западных регионов, в населении которых велика доля пожилых, к южным и восточным регионам, где она пока относительно невелика, а доля молодых выше), то различия в структуре смертности в субъектах Российской Федерации (как и в структуре заболеваемости) обусловлены более широким набором факторов, которые по сути и являются экобиологическими, социально-экономическими, политическими, культурными, медицинскими детерминантами эпидемиологического перехода (рис. 4).

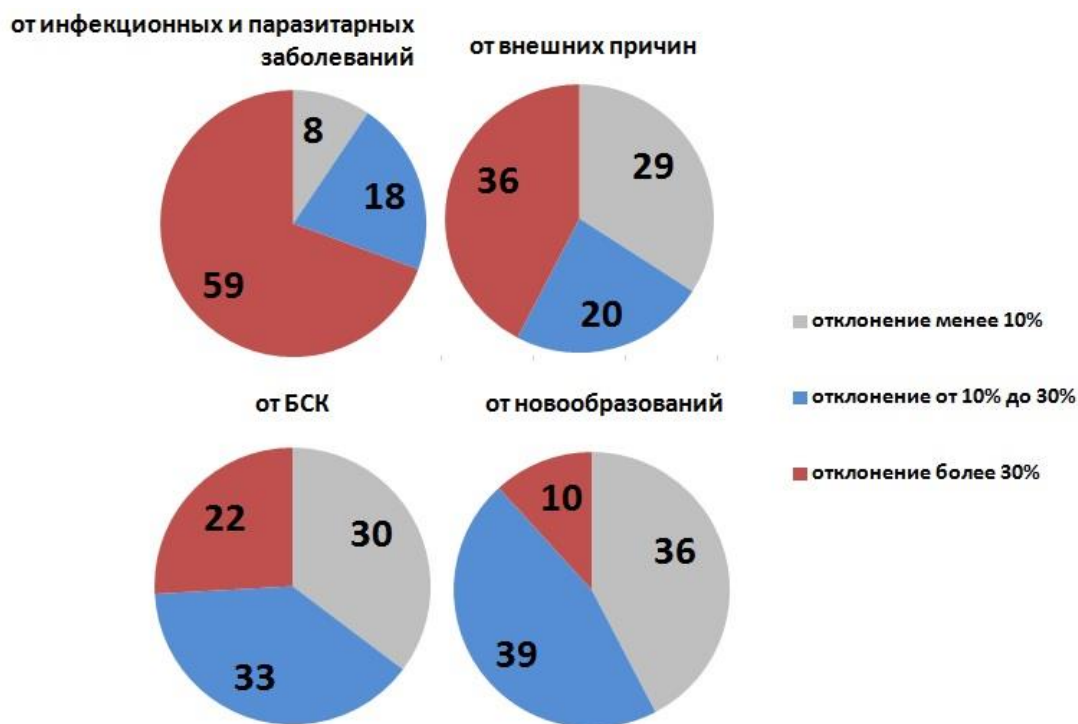


Рис. 4. Распределение регионов России по уровню отклонения коэффициента смертности на 1000 населения по основным причинам от среднероссийского показателя в 2016 г.

Можно выделить группу субъектов, в которых смертность от основных причин отличается от общероссийских показателей незначительно (не более чем на 30% в ту или иную сторону) – это, например, Ивановская и Калининградская области, Краснодарский край, Республика Адыгея.

Наименьшие территориальные различия наблюдаются по смертности от новообразований: только в 10 субъектах РФ этот показатель отклоняется от общероссийского (201,6 на 100 тыс. населения) более чем на 30%, причем в меньшую сторону, – это Ингушетия (53,4 на 100 тыс. населения), Дагестан (72,4), Чечня (83,4), ЯНАО (93,5), ХМАО (107,4), Тыва (118,6) и некоторые другие регионы. Превышение среднего по России уровня от 25% до 30% наблюдается в Тверской, Курганской, Тульской, Орловской областях, г. Санкт-Петербург.

Не такой большой разброс наблюдается и в региональной структуре смертности от БСК: на 30% и более этот показатель выше общероссийского (614,1 на 100 тыс. населения) только в 12 регионах (максимально – на 73,6% – в Псковской области), ниже общероссийского – в 10 регионах (максимально – на 75,8% – в Ингушетии). Более чем в трети регионов отклонение не превышает 10%.

Смертность от внешних причин превышает среднероссийский уровень (104,8 на 100 тыс. населения) более чем на 50% в 9 регионах России, причем в Тыве, Чукотском автономном округе и Амурской области – в 2 раза и более. Наименьшие показатели наблюдаются в республиках: Ингушетия (на 78,0% ниже показателя по России), Чечня, Дагестан, а также в г. Москва и г. Санкт-Петербург. В целом отклонение более 30% в ту или иную сторону от среднероссийского наблюдается в 36 регионах.

Смертность от инфекционных и паразитарных болезней – самый неоднородный показатель (отклонение более 30% от среднероссийского (22,3 на 100 тыс. населения) - в 59 регионах, от 10% до 30% - в 18). Средний уровень по России он превышает более чем в 2 раза в 7 регионах: это Иркутская и Кемеровская области, Тыва, Алтайский край и др. Обратная картина наблюдается в Орловской, Липецкой, Белгородской областях, Карачаево-Черкессии, Дагестане – здесь смертность от инфекционных и паразитарных болезней меньше, чем в среднем по России, в 4 и более раз.

Однако есть и регионы, в которых общая структура смертности выглядит аномально архаичной: так, в Республике Тыва показатель смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний превышает общероссийский на 135,9%, от внешних причин – на 138,7%, в то время как смертность от БСК и новообразований меньше российских показателей на 44,9% и 41,2% соответственно. Похожая ситуация наблюдается в Чукотском автономном округе. В Еврейской автономной области смертность от всех основных причин превышает среднюю по России: от инфекционных болезней – на 73,7%, от внешних причин – на 59,2%, от БСК – на 33,8%, от новообразований – на 14,8%.

Очевидно, что сравнительный анализ смертности в российских регионах сильно осложнен социально-экономическими, географическими, историческими различиями между ними, кроме того, каждая составляющая показателя смертности также находится под влиянием множества факторов. Однако также очевидно, что в перечень регионов с аномальной структурой смертности в основном входят национальные республики, поэтому неизбежно возникает вопрос об этнической дифференциации смертности на территории Российской Федерации. Первые подобные оценки были обнародованы известным экономистом и демографом М.В. Птухой и опирались на материалы переписи 1897 г. Согласно его расчетам, в европейской части России

минимальную ожидаемую продолжительности жизни (27,5 лет у мужчин и 29,8 лет у женщин) имели русские, максимальную - латыши (на 16-17 лет выше, чем у русских). Для евреев данный показатель у мужчин составил 36,6 лет, для татар – 34,6, для чувашей – 31,0. К сопоставимым данным приходит и демограф С.А. Новосельский, исследовавший уровень смертности и продолжительности жизни населения Российской империи различного вероисповедания. Причины столь низкой ожидаемой продолжительности жизни у русских исследователь видит, во-первых, в более активной их вовлеченности в промышленное производство (особенно в отрасли с вредными и тяжелыми условиями труда), которая вела к росту смертности среди лиц трудоспособного возраста в городах, во-вторых, в медленном распространении социально-гигиенического прогресса в российской глубинке.

В советское время статистика смертности велась в рамках отдельных республик, и данные, характеризующие смертность среди наиболее крупных национальностей по всему бывшему СССР (1988–1989 гг.), впервые появились только в начале 1990-х годов. Для русских, украинцев, белорусов, как и для эстонцев, латышей, литовцев была характерна относительно высокая мужская смертность (и значительно меньшая женская) и относительно низкая детская смертность. Напротив, сравнительно низкая смертность взрослых мужчин и более высокая смертность детей и женщин присуща коренным среднеазиатским национальностям. Смертность среди татар и немцев в целом схожа с показателями первой группы национальностей, но несколько выше среди детей. Для евреев характерна относительно более низкая мужская смертность. Повышение смертности в трудоспособном возрасте наблюдалось на всей территории страны, но сильнее всего затронуло мужское русское и мужское татарское население. Что касается различий в средней продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, которые сохраняются на протяжении всей истории России, то максимальные различия наблюдаются среди татар (10,1), русских (10,0), латышей (9,6), минимальные – среди среднеазиатских национальностей и евреев. Основной причиной, вероятно, является более низкий уровень потребления алкоголя, характерный для Средней Азии, а также небольшая доля занятых в промышленном производстве.

В 1970-х годах отечественными демографами был описан северо-восточный градиент смертности в России (чем дальше на север и

восток, тем меньше продолжительность жизни). Б.Ц. Урланис объяснял такие различия в продолжительности жизни союзных республик природно-климатическими факторами, либо остаточным влиянием этнических факторов, либо успехами работ республиканских органов в деле постановки здравоохранения. Однако, как показывают многие исследования, в период перестройки в регионах России возникали самые разнообразные ситуации, и процессы в области смертности и заболеваемости приобрели мозаичный характер. Об этом свидетельствует увеличение дисперсии показателя ожидаемой продолжительности жизни с рождения как у мужчин, так и у женщин. В 1989 г. она составляла около 3 единиц, а в 1990-х гг. увеличилась до 5,5 у мужчин и до 12,0 у женщин. Впоследствии, к 2003 г. дисперсия различий в продолжительности жизни у мужчин выросла до 12,3, но зато несколько сократилась у женщин — до 7. После перестройки изменились российские лидеры по средней ожидаемой продолжительности жизни: наряду с республиками Северного Кавказа, ими стали столичные города (Москва и Санкт-Петербург), Белгородская область, Татарстан, некоторые регионы Западной Сибири (в основном, нефтедобывающие), а также Краснодарский и Ставропольский край. Превысить показатель средней ожидаемой продолжительности жизни, наблюдаемый в конце 1989 г., в 2003 г. удалось только Москве, Дагестану и Ингушетии. Ряды субъектов с худшими показателями продолжительности жизни (традиционно ими являлись дальневосточные и восточносибирские регионы) пополнили Ленинградская, Псковская, Новгородская, Калининградская, Тверская области. Таким образом, в 1990-х гг. наблюдалось заметное ослабление северо-восточного градиента смертности, хотя полностью он не исчез.

Кроме того, стоит отдельно остановиться на региональной дифференциации смертности от внешних причин. Статистические исследования насильственной смертности демонстрируют, что на территории бывшего СССР более высокие показатели демонстрируют республики, занимающие северные территории (по сравнению со среднеазиатскими регионами и республиками Северного Кавказа). Иначе говоря, на территории СССР имел место так называемый «албанский парадокс», который заключается в том, что менее благополучные в социальном и экономическом плане регионы юга Европы имеют лучшие показатели здоровья, включая некоторые показатели насильственной смертности. Отдельные исследования показывают, что для показателя смертности от внешних причин зачастую социально-

экономические факторы не так важны, как этнический состав региона и его географическое положение. Устойчивость рангового распределения регионов по уровню насильственной смертности указывает на постоянство в действии факторов, ответственных за региональные различия: определенным образом они соотносятся с длительными пространственно-временными характеристиками, что переносит рассматриваемую проблему в сферу истории.

Таким образом, наличие региональных диспропорций в развитии территорий не позволяет однозначно говорить о том, что основные задачи ранних этапов эпидемиологического перехода в России решены до конца. Медико-статистические данные свидетельствуют о том, что, при сохранении в отдельных регионах элементов традиционной структуры смертности, для России в целом доли умерших от причин каждого класса к настоящему времени стабилизировались на уровнях, характерных для развитых западных стран. Однако средний возраст смерти от основных классов причин (болезни системы кровообращения, новообразования и т.д.) остается в нашей стране достаточно низким, и потенциал для роста средней ожидаемой продолжительности жизни, судя по опыту стран, завершивших эпидемиологический переход, заключается именно в повышении среднего возраста смерти, а не в изменении структуры патологии и смертности. Ярко выраженные специфические характеристики состояния общественного здоровья в отдельных субъектах Российской Федерации, а также отставание по среднему возрасту смерти от основных причин не позволяют говорить о завершенном эпидемиологическом переходе в России.

1.7 Социально-экономические факторы продолжительности жизни населения

Поскольку средняя ожидаемая продолжительность жизни рассчитывается исключительно на основе коэффициентов смертности (во всех возрастных группах), то при изучении факторов продолжительности жизни исследователи неизбежно обращаются к факторам смертности. Последние целесообразно рассматривать как совокупность экзогенных и эндогенных факторов. Эндогенные факторы оказывают продолжительное воздействие на человека изменяя уровень его здоровья (к ним относят генетические факторы, условия и образ жизни людей, в т.ч. состояние окружающей среды, медицинское

обеспечение), а экзогенные (внешние факторы), обусловленные травматической и инфекционной смертностью, во многом являются поведенческими, но включают большой элемент случайности.

Наиболее распространенной является следующая классификация факторов: генетические, состояние окружающей среды, медицинское обслуживание, а также условия и образ жизни людей. Каждая из этих групп факторов имеет различное влияние на здоровье человека. В 1980-х годах ВОЗ было определено соотношение различных факторов формирования здоровья человека, которое затем было принципиально подтверждено и скорректировано применительно к России Межведомственной комиссией Совета безопасности РФ по охране здоровья населения в федеральных концепциях «Охрана здоровья населения» и «К здоровой России» следующим образом:

- генетические факторы – 20% (для России – 15–20%),
- состояние окружающей среды – 20% (для России – 20–25%),
- медицинское обеспечение – 7–8% (для России – 10–15%),
- условия и образ жизни людей – 52–53% (для России – 50–55%).

Конкретизация влияния каждого из факторов представлена в таблице 4.

Отличительной особенностью *генетического фактора* является отсутствие возможности влияния индивида на его состояние. Гены и, как следствие, физические и психические характеристики каждого человека наследуются от родителей и не могут быть изменены на протяжении всей жизни.

Такой фактор формирования здоровья человека как *состояние окружающей среды* также имеет свою отличительную особенность, выражающуюся в практически полном отсутствии возможности изменения самим индивидом. При этом индивид может сменить место жительства на другое, более благополучное с экологической точки зрения, с учетом своих генетических предрасположенностей.

Доминирующий фактор обеспечения здоровья – *условия и образ жизни* – является комплексным фактором, учитывающим профессиональные, общественные, социо-культурные, бытовые и другие виды деятельности, и характеризуется такими категориями как уровень, качество и стиль жизни. В зависимости от выбранного индивидом стиля жизни определяется соответствие модели поведения общественным стандартам и отнесение человека к той или иной социальной категории (подходящий под общественные стандарты или маргинальный), что, в свою очередь, также влияет на состояние здоровья в

целом (как на его психический компонент, так и на физический через степень доступности и характер взаимодействия с системой оказания медицинской помощи).

Таблица 4

Факторы, влияющие на здоровье человека

Факторы обеспечения здоровья	Влияние	
	Положительное	Отрицательное
Генетические	Хорошая наследственность, отсутствие генетической предрасположенности к ряду заболеваний (сахарный диабет, шизофрения и т.д.). Отсутствие хромосомных и генных мутаций	Хромосомные и генные мутации, вызывающие т.н. наследственные заболевания. Наследственная предрасположенность к определенным заболеваниям
Состояние окружающей среды	Низкий уровень загрязнения окружающей среды, безопасность продовольственного сырья и воды, высокий уровень культуры быта, комфортные природно-климатические условия	Высокий уровень загрязнения окружающей среды, в частности, атмосферного воздуха, вредные условия труда, суровые природно-климатические условия
Медицинское обеспечение	Всеобщий охват населения качественной медицинской помощью, широкое распространение профилактических мер, регулярная диспансеризация населения, высокий уровень развития медицинских технологий	Ограниченный доступ к медицинской помощи, низкий уровень развития медицинских технологий, отсутствие профилактических программ
Условия и образ жизни	Социальное благополучие, низкий уровень стресса, самосохранительное (витальное) поведение, полноценное питание, высокий уровень физической культуры	Неблагополучная социальная среда (бедность, безработица, высокий уровень преступности и т.п.), отсутствие режима труда и отдыха, высокий уровень стресса, недостаточная или избыточная двигательная активность, неправильное питание и др.

Расширение границ понятия «здоровье» с учетом социально-психологических детерминант даже послужило стимулом к появлению отдельной отрасли науки – психологии здоровья, в которой в

настоящее время существуют два основных направления исследований: место психологических факторов в этиологии заболеваний и поведение, связанное со здоровьем. Британский психолог D. Marks выделяет несколько отраслей психологии здоровья: помимо клинической психологии здоровья (которая изучает вопросы лечения соматических заболеваний в контексте поведенческих и психологических факторов), это психология здоровья сообществ, психология общественного здоровья и критическая психология здоровья (исследование взаимосвязи здоровья и социально-экономического неравенства, политических процессов, а также влияния социально-политических факторов на работу системы здравоохранения), которые представляют для нашего исследования наибольший интерес. Исследования в области психологии общественного здоровья затрагивают психологические механизмы, которые способствуют формированию географических, социо-экономических, гендерных, возрастных и других различий в состоянии здоровья и по своему дизайну и целям сходны с социологическими и эпидемиологическими проектами: подобная сложность, собственно, и обуславливает их относительную редкость.

Медицинское обеспечение является менее значимым фактором здоровья, однако и недооценивать его нельзя, т.к. система здравоохранения оказывает самое непосредственное влияние на состояние здоровья человека, особенно в критические для него моменты. С общественной точки зрения, именно медицина является наиболее управляемым и результативным инструментом формирования здоровья, дающим положительный эффект через небольшой промежуток времени.

Если в 1960-е годы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяла здоровье как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, позволяющее максимально реализовать имеющиеся функциональные возможности человека», то уже в 1977 году данное определение было уточнено понятиями социальной и экономической продуктивности человека. Таким образом, к концу XX века к задачам системы здравоохранения стали относиться не только профилактика и лечение заболеваний, но и обеспечение экономической эффективности. Усложнение задач, стоящих перед системой здравоохранения, а также растущая потребность населения в качественной медицинской помощи актуализируют необходимость улучшения качества ее государственного управления и построения системы, удовлетворяющей общественный спрос. Деятельность си-

стем здравоохранения должна быть нацелена не только на достижение определенных медико-демографических показателей, но и способствовать социально-экономическому развитию страны и повышению эффективности функционирования экономики в целом.

В зависимости от способов финансирования, форм и методов контроля объема и качества медицинской помощи, механизмов стимулирования поставщиков и потребителей медицинских услуг выделяют три основных модели системы здравоохранения: Бисмарка (страховая); Бевериджа (государственная); Семашко (являющаяся разновидностью государственной системы) и частная. Первые три модели строятся на предпосылке, что доступ человека к медицинским услугам не зависит от его благосостояния: богатые платят за бедных, здоровые за больных, в частной же модели медицинские услуги рассматриваются как любой другой товар (благо), при этом главной целью системы здравоохранения любой страны является поддержание и укрепление состояния здоровья населения. В мире насчитывается огромное множество конкретных форм организации системы охраны здоровья населения, утвердившихся под влиянием экономических, политических, культурно-исторических, нравственно-этических факторов, причем схожий уровень социально-экономического развития далеко не всегда означает аналогичное сходство систем здравоохранения. Например, развитыми странами используются различные модели медицинских систем – либеральная (США), корпоративная (Япония), социал-демократическая (страны Скандинавии) и т. д.

Анализ зарубежного опыта организации системы здравоохранения подтверждает существенное различие как финансовых, так и организационных механизмов и инструментов реализации государственной политики в сфере здравоохранения в развитых и развивающихся странах со страховой системой (Германия, Болгария), государственной (Великобритания, Дания, Казахстан) и частной (США). При этом необходимость проведения реформ возникает даже в странах с высокими показателями здоровья населения и уровня жизни. Таким образом, поиск оптимальной модели, происходящий как в развитых, так и в развивающихся государствах, можно связать с осознанием невозможности создания единого (универсального) подхода к построению системы здравоохранения, который бы обеспечил создание наиболее эффективной системы оказания медицинской помощи. Для подтверждения этому достаточно сопоставить динамику продолжительности жизни мужчин и женщин в анализируемых государствах

(табл. 5): везде наблюдается рост, при этом темпы прироста за последние 26 лет в развитых странах выше, чем в развивающихся, а внутри групп различаются несущественно (за исключением Казахстана, где изначальная ожидаемая продолжительность жизни была ниже, чем в других странах).

Таблица 5

Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении, лет						
Страна	1990 год		2016 год		Темп прироста, %	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Германия	71,9	78,4	78,5	83,3	9,2	6,2
Великобритания	72,9	78,3	78,9	82,9	8,2	5,9
Дания	72,4	77,9	78,8	82,9	8,8	6,4
США	71,7	78,6	76,5	81,2	6,7	3,3
Болгария	68,2	74,8	71,7	78,5	5,1	4,9
Казахстан	61,1	71,0	67,1	76,2	9,8	7,3
Россия	63,2	73,9	65,4	76,2	3,5	3,1

Можно сделать вывод, что эффективность функционирования системы здравоохранения и степень достижения поставленной перед ней цели улучшения состояния здоровья населения связаны не столько с реализацией конкретных методов управления, сколько с социально-экономическими условиями их реализации и существующей системой оказания медицинской помощи. Это подтверждается сходными темпами прироста ожидаемой продолжительности жизни при рождении в развитых странах, несмотря на существенное различие в инструментах управления. В Российской Федерации динамика ожидаемой продолжительности жизни в сочетании с существенными колебаниями в условиях жизни также позволяют считать данный тезис достоверным.

При этом регулирование медицинской сферы как фактора формирования здоровья населения также имеет разный уровень эффективности в зависимости от социально-экономического положения в стране. Например, в странах с развитой рыночной экономикой (в которых здравоохранение хорошо финансируется и население обеспечивается практически полным набором всех возможных медицинских услуг) дополнительное увеличение финансирования системы может привести к снижению предельной отдачи и относительно небольшому эффекту по сравнению со странами, где есть резервы роста в этом направлении. При этом следует иметь в виду, что увеличение финансовой обеспеченности системы оказания медицинской помощи долж-

но обязательно сопровождаться ростом эффективности расходования средств, даже в странах с высоким потенциалом предельной полезности инвестиций в здоровье населения. Без повышения организационной эффективности финансовые вливания не позволят добиться планируемых улучшений.

Таким образом, факторы, влияющие на продолжительность жизни населения, включают в себя:

- 1) эндогенные факторы, оказывающие длительное воздействие на здоровье человека: генетические факторы, условия и образ жизни людей, в т.ч. состояние окружающей среды, медицинское обеспечение;
- 2) экзогенные (внешние случайные) факторы: инфекции и травматизм.

Эндогенные факторы целесообразно объединить в три группы в зависимости от степени управляемости в рамках региональной социально-экономической системы. Управляемость факторов – это сравнительная степень их реагирования в заданном направлении и временных границах на управленческое воздействие. При этом субъектами управления факторами, влияющими на ОПЖ, могут выступать любые общественные институты, осуществляющие целенаправленные воздействия в рамках своих полномочий и компетенций: органы власти различных уровней и общественные организации. Вводимый классификационный признак позволит оптимизировать выбор направлений стратегических мер по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах России, реализуемых в рамках национальных проектов и государственных программ, в частности, исключить из дальнейшего анализа факторы с низкой степенью управляемости.

Охарактеризуем выделенные группы:

- 1) факторы с высокой степенью управляемости – это медицинское обеспечение, т.е. система организации и финансирования здравоохранения (напрямую регулируется федеральной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи), объемы медицинской помощи, предоставляемые населению (в амбулаторно-поликлиническом, стационарном, параклиническом, стационаро-замещающем звеньях и скорой медицинской помощи), а также материальные и трудовые ресурсы, задействованные в системе здравоохранения;

2) факторы со средней степенью управляемости – это условия и образ жизни населения (государство оказывает влияние на уровень занятости и доходов, обеспечивает безопасность и социальный комфорт, может заниматься валеологическим образованием населения и пропагандой здорового образа жизни, однако рациональная организация жизнедеятельности во многом остается в зоне ответственности индивида), в том числе сюда можно включить и состояние окружающей среды (если бытовые и производственные условия, экологическое благополучие территории могут быть объектами управления, то природно-климатические условия проживания – уже нет);

3) факторы с низкой степенью управляемости – это генетические факторы (медицина может только проводить раннюю диагностику ряда заболеваний и частично корректировать сложившийся генетический фон).

Экзогенные факторы (угрозы здоровью и жизни, обусловленные инфекциями и травматизмом) включают в себя достаточно широкий круг опасностей, которые также в разной степени поддаются регулируемому воздействию в зависимости от их этиологии (например, возникновение стихийных бедствий не подвержено внешнему влиянию и управлению, в то время как производственный травматизм является практически полностью предотвратимым явлением). Таким образом, высокая степень управляемости фактора означает, что существуют инструменты социально-экономической политики, применение которых приведет к позитивному изменению требуемых характеристик фактора в обозримой (среднесрочной) перспективе.

Каждый фактор оказывает влияние на здоровье населения независимо от этапа эпидемиологического перехода, на котором находится популяция – меняются только его доминирующие компоненты (т.е. те его составляющие, которые оказывают наибольшее влияние на ОПЖ при текущем уровне эпидемиологического и социально-экономического развития), в связи с чем именно на них необходимо сосредоточить управляющее воздействие. На глобальном уровне данные элементы явно прослеживаются в исследованиях и основанных на их результатах рекомендациях ВОЗ, которые значительно отличаются для развитых (завершивших эпидемиологический переход) и развивающихся стран по всем факторам: медицинское обеспечение («Всеобщий охват медико-санитарными услугами», «Здоровье и права человека», «Некондиционная и фальсифицированная медицинская продукция», «Здоровье девочек и женщин», «Материнская смерт-

ность» и др.), условия и образ жизни («Вода», «Безопасность продуктов питания», «Неполноценное питание», «Физическая активность», «Употребление алкоголя», «Качество атмосферного воздуха» и др.), внешние факторы («Инфекции, передаваемые половым путем», «ВИЧ», «Дорожно-транспортные травмы», «Молодежное насилие», «Охрана здоровья на рабочем месте», «Утопления» и др.).

Учитывая текущий уровень развития регионов России, очевидно, нельзя говорить о нахождении некоторых из них на первом или втором этапе эпидемиологического перехода, но элементы этих этапов явно присутствуют в разной степени в разных субъектах. Совокупность специфических черт демографического положения тех или иных регионов позволяет классифицировать их в 3 основные группы:

- регионы с преобладающим «футуристическим» этапом эпидемиологического развития – ОПЖ выше, чем средняя по стране;
- регионы с преобладанием этапа «дегенеративных заболеваний» (среднероссийская структура смертности и ОПЖ – отклонение не более 30%);
- регионы с архаичными элементами смертности (смертность от внешних причин и/или инфекций выше, чем среднероссийская, на 30% и более).

Обобщая теоретические исследования и мировой опыт в области разработки политики по увеличению продолжительности жизни населения, для каждой категории эпидемиологического развития региона можно выделить свой доминирующий компонент фактора. И их эволюция, в основном, связана с решением задач предыдущего этапа развития. При переходе региона из одной группы в другую (с определенной совокупностью специфических черт эпидемиологического положения) становятся приоритетными для развития иные компоненты факторов, влияющих на ОПЖ. Так, например, для фактора медицинского обеспечения меняется актуальность отдельных его компонентов (первичной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи), которые объективно различны по доступности, сложности организации, затратоемкости и другим параметрам. Для регионов с архаичными элементами смертности по-прежнему важной остается проблема повышения доступности первичной медико-санитарной помощи, регионам с преобладающим этапом «дегенеративных заболеваний» целесообразно сосредоточиться на развитии специализированной медицинской помощи (например, создании сосудистых центров), а регионам, близким к футуристиче-

скому этапу, – сделать акцент на концентрацию ресурсов для внедрения новейших методов высокотехнологичной медицинской помощи. Классификация факторов, влияющих на ОПЖ, систематизированных по степени управляемости и с указанием доминирующих в них компонентов в зависимости от этапа эпидемиологического развития, представлена на рисунке 5.

Традиционный подход к формированию и осуществлению государственной политики, нацеленной на увеличение продолжительности жизни населения, предполагает регулирование и изменение факторов преимущественно первой группы (обычно в рамках выполнения возложенных на систему оказания медицинской помощи ее главных функций) и практически полностью игнорирует факторы второй группы, которые, безусловно, являются не менее значимыми как для продолжительности жизни отдельного человека, так и для общественного здоровья в целом.

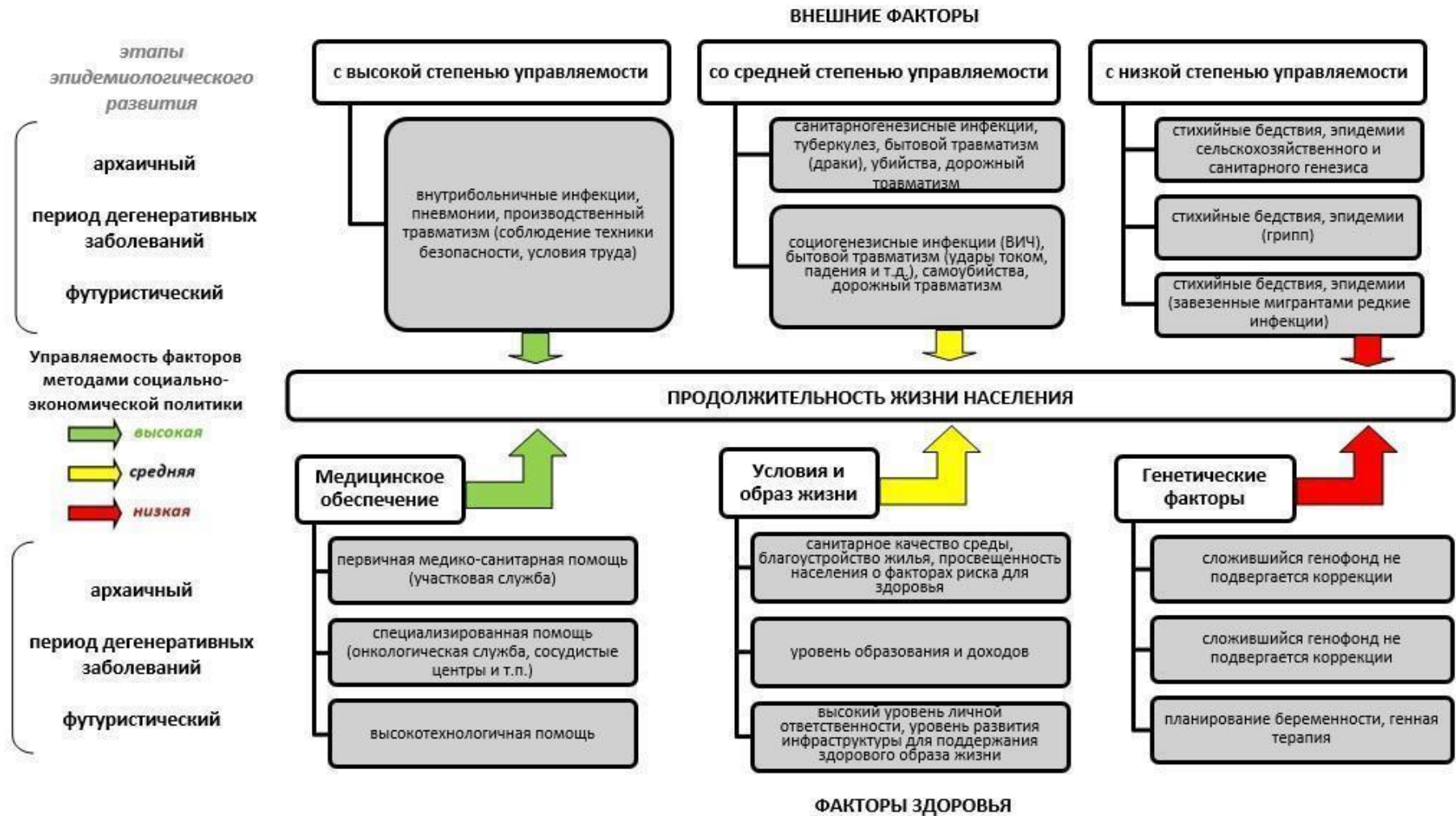


Рис. 5. Классификация факторов, влияющих на ОПЖ, систематизированных по степени управляемости и с указанием доминирующих в них компонентов в зависимости от этапа эпидемиологического развития

1.8. Факторы продолжительности жизни населения и социально-экономический статус

Три основных управляемых группы факторов продолжительности жизни (из которых доступ к системе здравоохранения характеризуется высокой степенью управляемости, а условия жизни (состояние окружающей среды) и поведение человека в отношении здоровья – средней степенью) во многом определяются социально-экономическим статусом человека (СЭС; socioeconomic status - SES). Этот устойчивый международный термин, как известно, включает в себя уровень образования, дохода и род занятий человека. В экспертном сообществе широко распространена точка зрения о том, что именно различия в СЭС являются наиболее фундаментальной причиной неравенства в области здоровья.

Феномен, описывающий зависимость здоровья от СЭС, получил название классового градиента. Классовый градиент устанавливается по большинству нервно-психических и соматических расстройств и, по-видимому, присущ всем обществам западного типа. Как только соответствующие исследования стали вновь проводиться в нашей стране, они тут же воспроизвели эту закономерность. Имеются две основные объяснительные модели для интерпретации классового градиента: теория социальной причинности или социального стресса, которая акцентирует значение объективно худших условий жизни представителей низших классов), и теория социальной селекции, которая утверждает, что распределение индивидов по социальным классам носит вторичный характер, тогда как первичным является врожденный или приобретенный дефицит социально ценных умений. Все эмпирические исследования, основанные на популяционных или селективных выборках, использовавшие вторичную статистическую информацию, проведенные по кросс-секционному или лонгитюдному плану, не дали пока окончательных выводов в пользу той или иной теоретической модели, но сама связь СЭС со здоровьем не подвергается сомнению.

Рассмотрим основные компоненты социально-экономического статуса.

Образование является, пожалуй, основным компонентом СЭС, поскольку формирует будущие профессиональные возможности и потенциальный заработок. Оно предоставляет знания и жизненные навыки, которые способствуют витальному поведению, а также поз-

воляют более образованным лицам получать доступ к информации и ресурсам в целях улучшения своего здоровья. Установлена зависимость продолжительности жизни от уровня образования, в том числе в России. Также существуют исследования, которые доказывают, например, что уровень образования является наиболее точным фактором для прогноза риска сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, повышение качества образования приводит к улучшению качества человеческого капитала, повышению производительности труда, увеличению дохода на протяжении жизни, а также улучшению социализации следующего поколения.

Более высокие доходы, помимо непосредственно приобретения медицинских услуг, могут обеспечить более хорошее питание, жилище, образование, отдых. Независимо от фактического уровня доходов, распределение доходов внутри стран имеет связь с уровнем смертности, а, значит, и ожидаемой продолжительности жизни. Хотя связь между доходом и смертностью сильнее при более низких доходах, эффект дохода сохраняется и выше уровня бедности.

Неравенство доходов в обществе с уровнем здоровья – эта проблема является весьма актуальной, т.к. во многих странах в эпоху глобализации увеличивается разрыв между богатыми и бедными. Гипотеза о влиянии неравенства доходов на здоровье населения первоначально возникла для объяснения вариаций среднего уровня здоровья среди богатых стран, а затем уже – для объяснения региональных различий в богатых странах. Учитывая связь между абсолютным уровнем дохода (ВВП) и состоянием здоровья населения бедных стран, можно предположить, что существует некоторый порог, ниже которого абсолютный доход является определяющим фактором. Предполагается, что неравенство доходов может повредить здоровью двумя путями. Во-первых, ухудшается здоровье непосредственно беднейших слоев населения, во-вторых, неравенство доходов влияет на здоровье не только бедных, и общества в целом. Так называемые контекстные эффекты неравенства связаны с психосоциальным стрессом в результате сравнения себя с другими индивидами и эрозией социальной сплоченности или социального капитала (*erosion of social cohesion*). В 1992 году в *British Medical Journal* была опубликована фундаментальная статья R.G. Wilkinson, демонстрирующая корреляцию между неравенством доходов и продолжительностью жизни в девяти промышленно развитых странах. Эти и другие авторы приходят к выводу, что связь между более высоким неравенством доходов

и худшими последствиями для здоровья существует, однако необходимы дальнейшие исследования из-за отсутствия эмпирических данных из многих частей мира, включая развивающиеся страны. Проведенный мета-анализ показал, что неравенство доходов связано с избыточным риском преждевременной смертности и низкой субъективной оценкой собственного здоровья. Если связь неравенство-смертность является объективной, то свыше 1,5 миллиона случаев смерти (9,6% смертности взрослого населения) можно было бы предотвратить в 30 странах ОЭСР, выравнивая коэффициент Джини ниже порогового значения 0,3. Заметим, что в России в 2016 году значение коэффициента Джини составило 0,412.

Различные аспекты гипотезы влияния неравенства по доходам на здоровье населения исследовали также А. Wagstaff и Е. van Doorslaer, J. Mellor и J. Milyo. Интересны и работы профессора J.M. Lynch с соавторами, которые дают проблеме неравенства доходов психосоциальную интерпретацию, т.е. полагают, что прямые последствия для здоровья влечет обобщенная совокупность психосоциальных процессов, которые сопровождают в обществе неравенство по доходам и являются одними из основных факторов, определяющих состояние здоровья населения в богатых странах, или, как минимум, некоторые аспекты неравенства влияют на некоторые аспекты здоровья (заболеваемости и смертности) нации. Также ими рассматривается нематериальная гипотеза, которая видит источником влияния на здоровье общий результат накопления экспозиций, которые имеют свои источники в материальном мире, а не только непосредственное восприятие каждым индивидуумом проблемы неравенства доходов.

Статистический анализ состояния здоровья населения США с высокой степенью достоверности выявил связь между неравенством доходов в разных штатах и городских районах и целым рядом последствий для здоровья. В других развитых странах (Австралия, Бельгия, Канада, Дания, Япония, Новая Зеландия, Испания, Швеция, Великобритания) такое влияние выражено более слабо, а исследования в Бразилии, Чили, Тайване дают противоречивые результаты. Однако учеными собран достаточно большой объем доказательств того, что на индивидуальном уровне люди с более высокими доходами являются более здоровыми. Социологические исследования также демонстрируют, что с повышением уровня доходов самооценка здоровья растет. Важно отметить, что неравенство доходов является характеристикой социальной системы, в то время как доход является

характеристикой отдельного человека. Несмотря на то, что большинство эффектов неравенства доходов – это опосредованные эффекты разности индивидуальных доходов, было бы ошибкой сводить проблему к индивидуальным эффектам. G. Rose утверждал, что причины конкретных случаев заболевания иногда отличаются от причин заболеваемости, другими словами, могут существовать различные детерминанты на индивидуальном и популяционном уровнях, и иногда факторы, которые вызывают болезни у людей, отличаются от факторов заболеваемости среди группы населения. Аналогичный подход работает и в данном случае. В качестве характеристики социальной системы детерминанты неравенства доходов отличаются от индивидуального дохода. Индивидуальный доход, по большей части, определяется образованием человека, его навыками и усилиями, в то время как неравенство доходов определяется историей, политикой и экономикой. Разные исследователи сходятся в том, что сокращение неравенства доходов за счет повышения доходов более незащищенных слоев населения позволит улучшить здоровье бедных лиц, а, соответственно, и среднее состояние здоровья населения, и среднюю ожидаемую продолжительность жизни при рождении.

Еще один компонент СЭС – это профессия. Во-первых, исследования показывают, что занятые имеют более высокий уровень здоровья, чем безработные, и что продолжительность безработицы является важным фактором. Некоторые виды пособий по безработице могут служить буфером для неблагоприятного воздействия на здоровье, но лишь некоторое время. Угроза безработицы и отсутствие гарантий занятости также могут повлиять на здоровье. Было доказано, что предполагаемое закрытие заводов и другие угрозы потери рабочих мест вызывали повышение артериального давления, хотя, конечно, оно не всегда принимало хроническую форму.

Во-вторых, что касается занятых, то их профессии отличаются по уровню престижа, квалификации, наградам, а также по характеристикам выполняемой работы, и каждый из этих показателей профессионального статуса связан с риском заболеваемости и смертности. Рабочие места с более низким статусом работников несут как физические, так и психосоциальные риски, например, высокий риск производственного травматизма и воздействия токсичных веществ. Кроме того, чем ниже профессиональный статус работника, тем, как правило, более тяжелой работой он занят и тем хуже такая работа контролируется с точки зрения нормирования труда.

Научно признанным является также мнение о том, что образование, доход, род занятий, являются мощными, но не до конца понятными детерминантами здоровья; они не могут иметь прямого эффекта, но служат в качестве «прокси-серверов» для других факторов. Не углубляясь в научную полемику по данному вопросу, отметим, что авторская позиция здесь выражается в том, что, вместо непосредственного влияния, неравенство в социально-экономических условиях целесообразно рассматривать с точки зрения его дифференцированного воздействия на другие факторы, имеющие более тесную связь с уровнем общественного здоровья: здравоохранение, условия и образ жизни, в том числе состояние окружающей среды. Рассмотрим, как СЭС может формировать каждый из них.

Уровень вредного воздействия окружающей среды связан с социально-экономическим статусом: те, кто ниже по иерархии СЭС, с большей вероятностью живут и работают в худшей физической среде. Бедные районы часто расположены вблизи автомагистралей, промышленных зон, мест захоронения токсичных отходов, качество жилья также ухудшается по мере понижения СЭС семьи; зачастую это сопровождается большей жилой скученностью и высоким уровнем шума. Исследования показывают, что, например, заболеваемость астмой среди детей выше в бедных районах, и протекает она тяжелее. Существует множество типов воздействия окружающей среды на здоровье, и каждый из них должен регулироваться на государственном уровне.

Факторы социально-экономического статуса, связанные с воздействием на здоровье социальных условий, могут быть даже более важным, чем воздействие физической среды. Бедные районы характеризуются повышенной криминогенностью. Социальная изоляция и отсутствие участия в общественной жизни являются сильными предикторами здоровья. Социально изолированные индивиды имеют относительный риск смертности от 1,9 до 5 раз более высокий, чем социально активные. Модели социального взаимодействия также влияют на заболеваемость. Например, заболевания, передаваемые половым путем, быстрее распространяются среди людей, проживающих в более бедных районах. Городское планирование, политика зонирования также имеют свои социальные последствия. Проживание в высотных многоквартирных домах располагает к обособленности индивидов и препятствует социальному взаимодействию. Общества с высоким уровнем социальной сплоченности, доверия, социального ка-

питала имеют более низкие показатели убийств и смертности населения.

При этом исследования показывают, что не все бедные люди обладают худшим здоровьем, если живут в бедном районе, а не в богатом. Этот феномен может быть результатом чувства относительной депривации: бедный человек в богатом районе живет в благоприятных условиях, но также может чувствовать себя относительно бедне. Улучшение условий в бедных районах является более эффективным, чем переселение людей в другие, более богатые районы.

Доступ к ресурсам системы здравоохранения и качество получаемой медицинской помощи также различаются в зависимости от социально-экономического статуса. Для частной системы здравоохранения справедливо, что лица, которые не имеют страховки, получают медицинскую помощь, в том числе профилактическую, в гораздо меньших объемах, чем застрахованные граждане. Однако даже в тех странах, которые обеспечивают всеобщий охват медицинской помощью, лица с меньшим доходом и более низким уровнем образования не пользуются услугами здравоохранения в той же степени, что и более обеспеченные и образованные сограждане, а ведь доступ к первичной медицинской помощи является одним из механизмов, с помощью которых неравенство доходов влияет на смертность и продолжительность жизни. Так, исследование, проведенное в Канаде, выявило более высокий уровень смертности среди мужчин с низким доходом, низким уровнем образования и низким профессиональным статусом по целому ряду причин смерти, которые поддаются лечению средствами современной медицины. В Англии неравенство в области здравоохранения фактически возросло после создания Национальной системы здравоохранения. Обеспечение всеобщего охвата оказалось недостаточно, чтобы компенсировать более широкие экономические и социальные различия. Таким образом, в некоторых странах некоторого успеха в сокращении неравенств в отношении здоровья можно добиться путем обеспечения всеобщего охвата медицинской помощью, однако в развитых странах эта стратегия политики уже не приближает к ликвидации неравенства в отношении здоровья.

Однако неравенство в сфере здравоохранения не сводится к неравенству в доступе к медицинским услугам. Так, например, высокий образовательный ценз позволяет пациенту устанавливать паритетные отношения с врачом и влияет на степень удовлетворенности от кон-

такта с ним и от лечения. Низкий материальный и, особенно, образовательный статус сужает возможности выбора в пользу государственной медицины, причем не только в связи с меньшими денежными затратами, но и из-за предубеждений в отношении частных медицинских услуг; способствует накоплению негативного опыта в сфере взаимодействия с системой здравоохранения; препятствует созданию личных социальных сетей альтернативного консультирования по вопросам здоровья. Различие социального статуса пациентов создает стратегии отношения к здоровью, закрепляющие неравенство в поддержании здоровья.

Поведенческие факторы также оказывают сильное влияние на преждевременную смертность, и почти все они зависят от СЭС. Наибольший поведенческий риск преждевременной смерти связан с употреблением табака. Курение шире распространено среди людей с более низким уровнем образования и меньшим доходом, кроме того, более образованные и обеспеченные имеют больше шансов на успех при попытке бросить курить. Из этого следует, что усилия по борьбе с курением в большей степени должны быть ориентированы на граждан с низким СЭС, то есть средства отказа от курения должны быть более доступными для бедных. Низкий социально-экономический статус аналогичным образом связан с невысокой физической культурой и низким потреблением клетчатки и свежих фруктов и овощей. Также выявлена определенная связь статуса с уровнем потребления алкоголя, которое, в свою очередь, ассоциируется с более высокой смертностью. Умеренное потребление алкоголя не показывает градиента по социально-экономическому статусу, в то время как чрезмерное потребление алкоголя является более распространенным среди носителей более низкого статуса. Кроме того, неполное образование может означать меньшую информированность о рисках для здоровья.

Люди зачастую не имеют возможности покинуть бедный район, в котором не созданы условия для полноценного отдыха, зато много рекламы табачных изделий и алкоголя. Поэтому политические инициативы, поощряющие ходьбу и езду на велосипеде, пищевые информационные кампании, профилактические кампании (в том числе по борьбе с курением, алкоголизмом и наркоманией), чтобы быть эффективными в снижении неравенства в здоровье, должны быть приспособлены к жизненным обстоятельствам лиц, находящихся снизу в иерархии СЭС. Скажем, пешеходные и велосипедные дорожки размещают в более безопасных, хорошо освещенных местах (соот-

ветственно, в более богатых районах) – это только усиливает дисбаланс. Таким образом, меры по укреплению здоровья населения, которые не ориентированы на бедных, приводят скорее к увеличению неравенства в здоровье. Ликвидация же неравенства требует внимания ко всем компонентам социально-экономического статуса и способам, с помощью которых они влияют на здоровье населения.

Среди промышленно развитых стран, как правило, улучшение здоровья населения является генеральной целью общественной политики. В Европе, к примеру, во многих странах вопрос об улучшении состояния здоровья населения поставлен в прямую зависимость от социально-экономических детерминант, в том числе причин неравенства в здоровье. Так, Национальный институт общественного здравоохранения Швеции определяет следующие блоки целей в области общественного здоровья: развитие гражданского общества, экономическая и социальная безопасность, безопасные и благоприятные условия жизни и образования в детском и подростковом возрасте, достойные условия труда, здоровые и безопасные продукты, качество и доступность медицинской помощи. Главной целью государственной политики является создание условий для хорошего здоровья на равных условиях для всех слоев населения. К сожалению, в России такой широкий подход к управлению здоровьем пока не применяется.

1.9. Доминирующие детерминанты продолжительности жизни населения и теория фундаментальных причин

Очевидно, что, в конечном итоге, политика снижения смертности и политика в сфере общественного здоровья зависит от общего уровня развития страны, подобно тому, как величина влияния групп факторов на продолжительность жизни населения находится в непосредственной взаимосвязи с этапами демографического развития общества. Эта зависимость также была предметом изучения теории эпидемиологического перехода.

На первом этапе эпидемиологического перехода доминирующей детерминантой смертности можно считать экобиологическую, поскольку эпидемии инфекционных заболеваний являлись одинаково опасными для представителей любой социальной страты (при этом наиболее уязвимыми группами были молодые женщины и дети).

Второй этап эпидемиологического перехода начался в конце XVIII века: в это время рост продолжительности жизни определяется

уже в большей степени социально-экономической детерминантой, поскольку на фоне изменения экономических отношений (переход от аграрного общества к индустриальному) начинает формироваться и расширяться средний класс. Ему стали доступны основные материальные блага – достаточное питание, благополучные бытовые и санитарные условия, доступ к здравоохранению и образованию, которые положительно сказались на уровне здоровья населения.

Третий этап эпидемиологического перехода стал возможен благодаря открытию и массовому распространению антибиотиков и некоторых других препаратов, которые позволили контролировать распространение инфекционных заболеваний. Снизилась материнская и детская смертность, среди причин смертности доминирующими стали неинфекционные болезни – сердечно-сосудистые заболевания и новообразования. Несомненно, ведущей детерминантой в этот период стала медицинская. Однако социальная детерминанта не утратила своего значения: именно высокий уровень социального развития позволил большей части населения получить доступ ко всем видам медицинской помощи, а достаточный уровень образования и дохода обеспечил высокую эффективность профилактических мер и массовой пропаганды здорового образа жизни. В результате в развитых странах средняя ожидаемая продолжительность жизни возросла до 70 и более лет.

На четвертом этапе эпидемиологического перехода обе детерминанты – социально-экономическая и медицинская – сохраняют за собой доминирующее положение. Темпы социально-экономического роста и развития косвенно влияют на смертность и продолжительность жизни, а система здравоохранения напрямую позволяет вырабатывать и внедрять в практику инновационные методики лечения и профилактики различных заболеваний, охватывая самые широкие слои населения всеми видами медицинской помощи, включая высокотехнологичные. Пятый, «футуристический», этап эпидемиологического перехода еще недостаточно описан в научных трудах, однако можно предположить, что радикальных изменений в структуре факторов, влияющих на продолжительность жизни населения, не произойдет.

Таким образом, на разных этапах эпидемиологического перехода доминирующую роль играли различные детерминанты. Это позволяет сделать вывод о том, что степень влияния каждого из факторов продолжительности жизни населения в значительной мере определя-

ется уровнем социально-экономического развития того или иного общества, а не является фиксированной (независимой) величиной. Соотношение этапов эпидемиологического перехода, определяющих его детерминант и групп факторов, влияющих на продолжительность жизни, представлено в таблице 6.

Таблица 6

Соотношение этапов эпидемиологического перехода, определяющих его детерминант и групп факторов, определяющих продолжительность жизни населения

Этап эпидемиологического перехода	Доминирующие детерминанты продолжительности жизни	Группы факторов, влияющих на продолжительность жизни
1. Период эпидемий и голода	Экобиологическая	Состояние окружающей среды, внешние случайные факторы
2. Период снижающейся пандемии	Экобиологическая, социальная	Состояние окружающей среды, условия и образ жизни, внешние случайные факторы
3. Период дегенеративных и профессиональных заболеваний	Социальная, медицинская	Условия и образ жизни, медицинское обеспечение, внешние случайные факторы
4. Период отложенных (или отсроченных) дегенеративных заболеваний	Социальная, медицинская	Генетические, условия и образ жизни, медицинское обеспечение, внешние случайные факторы
5. «Футуристический»		

Как мы видим, социальная детерминанта становится доминирующей уже со второго этапа эпидемиологического перехода и, по прогнозам исследователей, сохранит свою позицию в будущем.

Для того, чтобы корректно объяснить причину устойчивости связи между социально-экономическим статусом и смертностью (несмотря на радикальные изменения в заболеваниях и факторах риска на протяжении всей истории человечества) в 1995 году В.Г. Link и J.C. Phelan была разработана теория фундаментальных причин, которую впоследствии значительно уточнили и расширили К. Lutfey и J. Freese. В.Г. Link и J.C. Phelan предположили, что устойчивая связь появляется потому, что СЭС воплощает множество ресурсов (таких как деньги, знание, престиж, власть и полезные социальные связи), которые помогают увеличить продолжительность жизни и сохранить

здоровье независимо от того, какие механизмы действуют в любой данный момент времени.

Фундаментальная социальная причина неравенства в здоровье имеет четыре существенные особенности. Во-первых, она влияет на состояние здоровья в целом, не ограничиваясь только одним или несколькими заболеваниями. Во-вторых, она оказывает свое влияние на здоровье через многочисленные факторы риска. В-третьих, она включает доступ к ресурсам, которые могут использоваться для того, чтобы избежать рисков или минимизировать последствия уже наступившего заболевания. И, наконец, связь между фундаментальной социальной причиной и здоровьем воспроизводится со временем посредством замены механизмов вмешательства.

Отдельные индивиды и группы индивидов используют ресурсы для того, чтобы избежать рисков и реализовать защитные стратегии. Ключевые ресурсы могут использоваться независимо от того, какие факторы риска и какие защитные факторы существуют в данных обстоятельствах. Например, при эпидемии холеры человеку с большим количеством ресурсов проще избежать областей, где распространена эта болезнь, а если основная проблема – распространение сердечно-сосудистых заболеваний, человеку с большим количеством ресурсов проще поддерживать образ жизни, благоприятный для сердца, и своевременно получить качественную медицинскую помощь. Таким образом, фундаментальные причины продолжают оказывать влияние на здоровье, даже если профиль факторов риска, защитных факторов и заболеваний радикально меняется (поэтому статусные ресурсы называются гибкими ресурсами). Именно возможность ресурсов гибко использоваться людьми и группами и объясняет, почему градиенты СЭС имеют тенденцию воспроизводиться со временем. Такое фокусирование на гибких ресурсах и их использовании не отрицает, впрочем, важности самих ресурсов, лежащих в основе социальной, экономической и политической структуры общества. Фактически теория фундаментальной причины глубоко связана с социологическим исследованием стратификации – ресурсы, выдвинутые на первый план в теории фундаментальных причин, имеют свой источник, и теории происхождения неравенства могут служить ключом для понимания этих процессов.

Гибкие ресурсы можно рассматривать как на индивидуальном, так и на контекстном уровне: ресурсы формируют доступ к широким контекстам, которые существенно варьируются по связанным профи-

лям риска и защитным факторам. Например, если человек использовал ресурсы, связанные с СЭС, чтобы поселиться в престижном районе, он получает целый «пакет услуг», положительно влияющих на его здоровье (низкий уровень шума, загрязнения окружающей среды, преступности и т.п.). Выделяют контексты на мезо- (семейном) и макроуровне (государственная политика), а также формальные (работодатель или профсоюз) и неформальные (социальные сети). Но использование группами ресурсов, улучшающих здоровье, может осуществляться и на менее явном уровне. Например, социальные нормы закрепляют определенный образ жизни для каждой из групп с различным СЭС, т.е. статусные группы не напрямую добиваются улучшения материальных условий, а скорее их участники формируют некую культурную практику питания, занятия спортом и других правил и обычаев, связанных со здоровьем, которые влияют на поведение членов статусной группы.

V.G. Link и J.C. Phelan эмпирические доказательства теории фундаментальных причин приводят по каждой из четырех ее существенных особенностей, перечисленных выше. Остановимся подробнее на эволюции механизмов влияния СЭС на здоровье. Этот ключевой элемент теории явился результатом двух наборов наблюдений: во-первых, связь между статусом и смертностью сохранялась в течение долгого времени, несмотря на упадок механизмов (например, плохая санитария и широко распространенная смерть от инфекционных заболеваний), которые раньше обеспечивали важные связи между СЭС и смертностью; во-вторых, в настоящее время СЭС и смертность связывают новые, ранее слабые или отсутствующие механизмы (например, курение, упражнения, диета и сердечно-сосудистые заболевания). V.G. Link и J.C. Phelan проверили причины смерти, в отношении которых во второй половине XX века были сделаны большие шаги в профилактике или лечении (болезни сердца, рак лёгких и рак толстой кишки), и причины, для которых в течение того же самого периода прогресс оказался более скромным (рак мозга, яичников и поджелудочной железы). Рассматривая уровни смертности, стандартизированные по возрасту, расе и СЭС на уровне графства, они обнаружили, что уровень смертности от заболеваний, о профилактике и лечении которых было меньше информации, оставался довольно устойчивыми, и степень неравенства также оставалась довольно устойчивой. Для заболеваний, в отношении лечения и профилактики которых был достигнут значительный прогресс, уровни смертности

снизились, а градиенты СЭС сдвинулись в направлении относительно более высокой смертности для менее продвинутых группы. Аналогичные результаты были получены R. Carpiano и B. Kelly (связь гормональной заместительной терапии с повышенным риском рака молочной железы), V. Chang и D. Lauderdale (связь статинов и уровня холестерина), S. Glied и A. Lleras-Muney (усиление образовательных градиентов для болезней, в отношении лечения которых произошло больше инноваций). Подборка доказательств в поддержку теории фундаментальных причин позволяет предполагать, что она действительно объясняет постоянные неравенства СЭС в здоровье и смертности и может быть применена при разработке политики в области увеличения продолжительности жизни.

Итак, с переходом на каждый следующий этап эпидемиологического перехода усиливается роль социальной детерминанты и снижается роль экобиологической. При этом медицинское обеспечение было важно в период массового распространения медицинской помощи широким слоям населения, а в последующем уступило место именно социально-экономическому положению. Не исключено, что при переходе на следующий («футуристический») этап эпидемиологического перехода важность группы факторов медицинского обеспечения может вновь существенно возрасти, например, в связи с появлением новых технологий. Несмотря на неоднозначность прогнозов, применение научно обоснованного подхода для детального изучения демографической ситуации в рамках государственной политики, нацеленной на увеличение продолжительности жизни населения, является крайне важной задачей.

2. Методическое обеспечение оценки ожидаемой продолжительности жизни населения

2.1. Методы анализа продолжительности жизни населения

Поскольку продолжительность жизни населения отражает уровень общественного здоровья, методические подходы к изучению данных категорий могут и должны совпадать. Это актуализирует изучение существующих способов оценки здоровья для разработки методического подхода к комплексной оценке влияния социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни населения в регионах России. Самые распространенные методы оценки здоровья населения можно объединить в три основные группы:

1. Методы изучения субъективных оценок здоровья отдельного человека и социальных показателей здоровья, а также методы, рассматривающие объективные характеристики здоровья в совокупности с субъективными представлениями человека о своем здоровье.

2. Медико-статистические методы изучения состояния здоровья (через показатели заболеваемости, смертности и др.), а также методы изучения психологических и физиологических показателей здоровья в рамках социальной медицины.

3. Методы, исследующие общественное здоровье в контексте социально-экономических условий и развития общества.

Сравнительный анализ данных групп методов представлен в таблице 7.

Данные группы методов имеют свои достоинства и недостатки, и каждая из них предназначена для различных целей.

Социологические и интегративные (субъективные и объективные) оценки получили широкое распространение, достаточно сказать, что именно такой подход рекомендован ВОЗ для исследования уровня здоровья в странах мира и для проведения сравнительного анализа. Сведения, полученные в ходе социологических опросов, могут успешно применяться для оценки эффективности здравоохранения и социально-экономической ситуации, однако требуют экспертного подхода к своему анализу с использованием дополнительных источников информации. В связи с тем, что данная информация не используется в федеральном статистическом наблюдении, невозможно

обеспечить единые методические подходы для проведения корректного сопоставления данных. Данные социологических опросов существенно варьируются в зависимости от выбранных респондентов и лишь частично могут применяться для управления.

Анализ медико-статистических данных, при своих явных достоинствах, имеет и недостатки. Данная группа методов позволяет в полной мере проводить сопоставления состояния общественного здоровья на макро- и мезоуровнях, много подобных исследований и в России, однако сама суть подхода не учитывает влияния различных социально-экономических и демографических факторов и оставляет без внимания факторы формирования здоровья на микроуровне.

Сравнительный анализ методов оценки здоровья

Группа методов	Суть	Достоинства	Недостатки	Примеры
Социологические и интегративные (субъективные и объективные) оценки	Социологические методики оценки здоровья актуализировались в связи с большим вниманием к продолжительности здоровой полноценной жизни. Оценка проводится посредством соотнесения негативных (распространенность болезней) и позитивных показателей (удельный вес психически и физически здоровых людей) при ведущей роли самооценки. Интегративные методики – сочетание субъективных (социологические опросы, самооценки) и объективных (медико-статистические) оценок	1) происходит оценка собственно здоровья, а не патологии; 2) достигается более глубокое понимание основных характеристик здоровья при исследовании его на микро- и макроуровне	1) излишний акцент на физиологических параметрах; 2) требуются обширные социально-гигиенические и социологические исследования, а также дополнительные источники информации для установления причинно-следственных связей между условиями жизни и здоровьем населения	1) метод «индивидуального термометра здоровья» А. Вильямса, основанный на измерении качества здоровья по определенной шкале (в качестве индикаторов используется повседневная деятельность, самообслуживание, мобильность и т.д.); 2) методы индекса здоровья. Общая модель оценки здоровья включает в себя 4 этапа: определение функционального статуса человека (мобильность, физическая и социальная активность), классификация симптомов и проблем, назначение весов для создания шкалы оценки, оценка ожидаемой продолжительности здоровой жизни; 3) система «Экспертный диалог, исследование факторов риска» – инновационная технология для целей модернизации государственной деятельности по сохранению и укреплению здоровья населения РФ. Реализует сбор и обработку данных об образе жизни взрослого населения, жалоб на здоровье и социальное неблагополучие, учет оценок, мнений, выраженных потребностей относительно государственной политики в сфере медицины и социальной защиты

<p>Анализ медико-статистических данных, психологических и физиологических показателей здоровья</p>	<p>Характеризуют здоровье населения через показатели заболеваемости, смертности, средней ожидаемой продолжительности жизни и т.д., индивидуальное здоровье – через понимание отдельных психологических и физиологических процессов, характеризующих изменение здоровья</p>	<p>1) развитая система статистики (в возрастном и гендерном разрезе, по отдельным регионам и т.д.), удобство сравнения и сопоставления данных; 2) статистические показатели позволяют быстро проанализировать проблемную ситуацию, оценить динамику, закономерности, противоречия и т.п. 3) возможность изучения глобальных и исторических закономерностей на основе статистических данных</p>	<p>1) статистические данные зачастую не отражают реальной картины: заболеваемость фиксируется только по обращаемости в медицинские организации; данные о смертности и заболеваемости часто свидетельствуют о противоположных тенденциях; 2) заболеваемость и смертность характеризуют негативное здоровье, а группы населения, не имеющие патологических состояний, остаются неизученными; 3) отсутствует акцент на факторах, оказывающих влияние на общественное здоровье, в т.ч. на социально значимых; 4) методы изучения психологических и физиологических показателей здоровья индивидов (групп) трудоемки, затратны и сложны в применении</p>	<p>1) среди методов анализа медико-статистических данных: изучение заболеваемости по конкретным формам в соответствии с Международной классификацией болезней, смертности – по отдельным причинам смерти, расчеты средней ожидаемой продолжительности жизни и др. 2) среди методов анализа психологических и физиологических показателей здоровья наиболее распространен метод выделения групп здоровья населения (например, на основе такого критерия, как частота хронической патологии)</p>
--	--	--	---	--

<p>Методы, оценивающие взаимосвязь здоровья и социально-экономических параметров</p>	<p>Установление количественных закономерностей и взаимосвязей между здоровьем и социально-экономическим развитием общества (с помощью методов математики и эконометрики)</p>	<p>1) позволяют сопоставить социальное бремя болезней и эффективность систем здравоохранения в различных странах; 2) объективный выбор финансовых приоритетов в системе оказания медицинской помощи; 3) полная оценка результатов лечения с позиции пациента, включая показатели восстановления нормальной жизненной активности и улучшения качества жизни</p>	<p>При использовании экономических подходов: - позволяют определить экономический эффект, но не всегда – общественную полезность; - сложно перевести сохраненную жизнь или дополнительные годы жизни в денежное выражение. При использовании метода DALY: - потребность в большем количестве исходной информации; - с позиции данного метода, вариант, при котором жизнь одного человека условно будет продлена на 20 лет, равноценен варианту, при котором 20 человек проживут на 1 год дольше (т.к. общее количество DALY равно)</p>	<p>1) оценка влияния качества здоровья на экономическое развитие страны, рост ВВП и т.д. 2) экономические методы оценки эффективности здравоохранения: - анализ «стоимость болезни» (COI – cost of illness): подсчитывается стоимость конкретной нозологии с учётом всех затрат; - анализ «затраты – эффективность» (CEA – cost-effectiveness analysis): сравнительная оценка затрат для двух и более вариантов медицинских вмешательств, результат которых измеряется в одних и тех же единицах (как для окончательных, так и для промежуточных исследований); - анализ «минимизация затрат» (CMA – cost minimization analysis): сравнивается стоимость двух и более вариантов, имеющих идентичный результат, но разную стоимость; - анализ «затраты – полезность» (CUA – cost-utility analysis): разновидность метода «затраты–эффективность», сравниваются только окончательные результаты, которые оцениваются в единицах «полезности» (например, стандартизованные по качеству годы жизни - QALY).; - анализ «затраты – польза (выгода)» (CBA – cost-benefit analysis): результаты измеряются при помощи денежной выгоды, которая сравнивается с затратами на реализацию программы. 3) Определение потерь человеко-лет здоровой жизни на основе DALY (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности) в зависимости от социально-экономических, медицинских и других факторов; расчет экономического ущерба, наносимого утратой здоровья.</p>
--	--	--	--	---

При этом, в управленческих целях, высоким потенциалом использования обладают именно методы оценки заболеваемости, смертности и ожидаемой продолжительности жизни, в связи с тем, что методы изучения психофизиологического состояния, хотя и дают более глубокое представление о состоянии здоровья населения, в силу высокой потребности в труде и финансах не могут быть применены для всей популяции.

Методы, оценивающие взаимосвязь здоровья, в том числе продолжительности жизни и социально-экономических параметров, часто применяются для целей управления по всему миру; существуют подобные исследования и в России. В данных работах наиболее часто используются нижеперечисленные показатели, которые в целях структуризации можно разделить на несколько групп:

1. Показатели образа жизни:

- ✓ соотношение браков и разводов (сколько приходится разводов на 1000 браков) характеризует состояние института семьи в обществе. Известно, что атмосфера поддержки и взаимопонимания в семье благотворно влияет на здоровье, особенно психическое;
- ✓ численность занимавшихся в физкультурно-оздоровительных клубах, секциях и группах на 1000 населения. Несмотря на то, что данный показатель не учитывает численность тех групп населения, которые занимаются спортом на непостоянной основе или самостоятельно, его динамика имеет определенную аналитическую ценность. Не подлежит сомнению влияние регулярных занятий спортом на среднюю ожидаемую продолжительность жизни;
- ✓ продажа алкогольных напитков и пива населению (мл чистого спирта на 1 жителя). Степень алкоголизации общества, несомненно, влияет на состояние здоровья и продолжительность жизни. Злоупотребление алкоголем – один из немногих факторов, который способствует как дегенеративным заболеваниям (сердечно-сосудистым, органов пищеварения и др.), так и приводит к существенному количеству смертей от внешних случайных причин и отравлений во всех возрастных группах. Важным аспектом, помимо уровня потребления алкоголя, является его структура – в странах с достаточно высоким уровнем потребления спиртных напитков, но с преобладанием слабоалкогольных

(пиво, вино), негативное воздействие алкоголя на здоровье заметно ниже;

- ✓ численность населения с доходами ниже прожиточного минимума (в процентах от общей численности населения) характеризует уровень бедности (упомянутые выше престо-нские кривые показывают, что увеличение дохода существенно влияет на продолжительность жизни населения, даже с учетом постепенно снижения данного эффекта. Несомненно, для обеспечения роста здоровья популяции данная величина должна стремиться к нулю.);
- ✓ коэффициент Джини (индекс концентрации доходов) характеризует степень отклонения линии фактического распределения общего объема доходов от линии их равномерного распределения, т.е. степень расслоения общества по уровню дохода. Помимо очевидного неравномерного распределения доступа к благам, определяющим продолжительность жизни, высокое неравенство негативно влияет на все категории общества в целом, снижая уровень инфраструктурного развития определенной территории;
- ✓ соотношение среднедушевого дохода и прожиточного минимума. Прожиточный минимум обеспечивает лишь только самый необходимый для поддержания жизненных функций уровень потребления благ, для нормального же развития и существования человека, это соотношение должно расти;
- ✓ число собственных легковых автомобилей на 1000 человек населения – достаточно наглядный показатель, характеризующий уровень благосостояния домашних хозяйств. Также, несмотря на негативный экологический эффект от большого количества автомобилей, личный транспорт позволяет населению быть более мобильным, активнее пользоваться инфраструктурой здоровья – спортивными объектами и т.д.;
- ✓ уровень безработицы (в процентах от численности экономически активного населения) характеризует уровень экономической активности, а также вовлечения населения в процесс общественного производства. Очевидно, что безработное население, не имея средств для поддержания своего здоровья, также зачастую ведет нездоровый образ жизни;

ни, во многом обусловленный психологической фрустрацией от своего социального статуса;

- ✓ уровень образования занятого населения (доля занятых в экономике, имеющих высшее профессиональное образование, включая послевузовское образование) характеризует общий уровень развития, культуры и благополучия общества. Несмотря на отмечаемое несоответствие потребностей рынка труда и системы образования (дефицит кадров со средним профессиональным образованием), высокий уровень образования характеризует определенную культуру и знания населения – как правило, образованные люди лучше знают механизмы формирования здоровья и могут определить тактику по его улучшению не только в рамках системы здравоохранения, но и здорового образа жизни;
- ✓ среднедушевые доходы (рублей в месяц) – сумма всех денежных поступлений населения, которые доступны для текущего потребления и не уменьшают сбережений населения за счет расходования финансовых и нефинансовых активов или увеличения обязательств. Объем среднедушевых доходов пересчитан с использованием соотношения стоимости фиксированного набора товаров и услуг в каждом регионе и среднероссийской стоимости такого набора;
- ✓ доля городского населения в общей численности населения характеризует уровень урбанизации региона; как правило, в городах лучше развита социальная, транспортная, коммуникационная инфраструктура и уровень жизни выше;

2. Показатели условий жизни:

- ✓ инвестиции в основной капитал на душу населения, руб. – один из индикаторов, характеризующих уровень экономического развития. Как правило, в регионах с растущей экономикой улучшаются не только производственные, но и социальные показатели развития;
- ✓ общая площадь жилых помещений, приходящаяся в среднем на одного жителя (кв. м.), характеризует обеспеченность населения жильем. Для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, а также нормальной жизнедеятельности, каждый человек должен быть обеспечен необходимым объемом жилой площади;

- ✓ удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади всего жилищного фонда. Ветхое и аварийное жилье зачастую не соответствует необходимым санитарным нормам, а также является потенциально травмоопасным;
- ✓ удельный вес общей площади, оборудованной водопроводом. Наличие водопровода – неотъемлемый параметр санитарно-эпидемиологического благополучия;
- ✓ число спортивных сооружений (стадионы с трибунами на 1500 мест и более, спортивные площадки и поля, залы, плавательные бассейны) на конец года на 10 тыс. человек характеризует степень доступности спорта, наличие условий для формирования здорового образа жизни населения;
- ✓ число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. человек населения характеризует, насколько комфортно и безопасно чувствует себя человек, а также степень криминализации и маргинализации общества;
- ✓ выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух, отходящих от стационарных источников (тонн на 1000 человек населения) характеризуют экологическую обстановку в регионе;
- ✓ число дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. человек населения. Высокая частота дорожно-транспортных происшествий приводит как к инвалидизации, так и к росту смертности от внешних причин;
- ✓ численность пострадавших при несчастных случаях на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более и со смертельным исходом на 1000 работающих также характеризует инвалидизацию и смертность населения.

3. Показатели медицинского обеспечения:

- ✓ количество посещений в поликлинику с профилактической целью (на 1 чел.) характеризует, насколько ответственно население относится к состоянию своего здоровья. Амбулаторно-поликлиническая помощь является, пожалуй, самым важным элементом здравоохранения, создающим надежную основу для роста продолжительности жизни;
- ✓ число больничных коек на 10 тыс. человек населения на конец года характеризует возможности удовлетворения по-

- требности населения в стационарной медицинской помощи;
- ✓ мощность поликлиник – количество посещений в смену на 10 тыс. человек населения на конец года характеризует возможности удовлетворения потребности населения в амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
 - ✓ численность врачей на 10 тыс. человек населения на конец года,
 - ✓ численность среднего медицинского персонала на 10 тыс. человек населения на конец года характеризуют уровень кадровой ресурсной обеспеченности отрасли здравоохранения.

На ожидаемую продолжительность жизни также оказывает влияние возрастная структура общества, что обусловлено различиями в значениях коэффициентов смертности отдельных возрастных групп. Корреляционный анализ средней ожидаемой продолжительности жизни и среднего возраста населения как результирующей характеристики возрастной структуры регионов России по данным Росстата за 2016 год обнаруживает слабую обратную связь между данными показателями. Однако при сопоставимом среднем возрасте населения (например, Тыва – 29,5 лет, и Чечня – 28,2 года) ожидаемая продолжительность жизни может отличаться практически на 10 лет (64,21 и 74,20 года, соответственно).

2.2. Кластеризация регионов России по оценке влияния социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни населения

Существенная дифференциация представленных выше показателей свидетельствует о значительных региональных различиях в исходных условиях демографического развития. В последние десятилетия в России статистика рождаемости и смертности позволяет говорить о позитивных тенденциях изменения медико-демографической ситуации в стране, однако траектории изменения эпидемиологической ситуации в субъектах Российской Федерации, из которых складывается в целом положительный общероссийский тренд, трудно назвать схожими.

Учет социально-экономических показателей позволяет к представленной выше типологии регионов («футуристических» регионов, регионов с преобладанием этапа «дегенеративных заболеваний») и регионов с архаичной структурой смертности добавилась еще одна уникальная группа регионов - социо-традиционные, для которых при высокой ОПЖ характерен весьма низкий уровень социально-экономического развития.

Выработка и применение некоего единого стандартного подхода к улучшению показателя ожидаемой продолжительности жизни для всех субъектов РФ невозможны – слишком велика региональная дифференциация, а ведь степень и механизмы влияния факторов на продолжительность жизни населения в значительной мере определяются именно уровнем социально-экономического развития того или иного общества. Так, рекомендации, актуальные для регионов-форвардов, могут оказаться преждевременными для отстающих регионов, поскольку там еще не решены до конца задачи более ранних этапов эпидемиологического перехода – например, снижение смертности от внешних причин.

Результаты анализа научной литературы позволяют обобщить комплексы направлений стратегических мер для каждой группы субъектов РФ.

Для регионов первой группы («футуристических» регионов) целесообразным может быть применение так называемой «методологии предотвратимой смертности», которая была разработана и рекомендована для использования в странах с высоким уровнем технологического развития. Она предполагает распределение предотвратимых причин смерти на три группы (по уровню профилактики). Предотвратимая смертность в данной методологии рассматривается как возможность сокращения потерь населения от причин, которые поддаются влиянию со стороны учреждений здравоохранения, и определяется как «смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые усилиями системы здравоохранения исходя из современных знаний и практики, в определенных возрастно-половых группах населения». Наиболее эффективной стратегией формирования здоровья населения для регионов первой группы представляется сосредоточение усилий на сокращении предотвратимых потерь средствами медико-социальной профилактики (в т.ч. диспансеризации определенных групп населения) и реабилитации, внедрение высокотехнологичных методов лечения.

Экспертами в сфере организации системы оказания медицинской помощи предлагается проведение следующих мероприятий для снижения предотвратимых потерь общественного здоровья:

- совершенствование нормативно-правовых актов регионального уровня в части улучшения демографической ситуации;
- улучшение информационно-аналитического обеспечения управления;
- совершенствование кадрового планирования и подготовки специалистов для оказания медицинской помощи населению;
- улучшение системы управления и ресурсного обеспечения медицинских организаций, оптимизация системы;
- научное обоснование направлений развития системы оказания медицинской помощи для повышения ее эффективности.

В мировой практике хорошо зарекомендовали себя специализированные программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, программы по контролю над распространением рака и другие, когда силами специалистов по отдельным видам патологий, вызывающих смертность, разрабатывается система мероприятий по сокращению смертности в порядке приоритетности и с учетом экономической и социальной эффективности этих мер. В частности, борьба с онкологическими заболеваниями может включать такие меры, как информирование о вредных производствах и минимизация онкологических рисков для работников таких производств; нейтрализация рисков ионизирующих и неионизирующих излучений; вакцинация от связанных с раком заболеваний (гепатит В и папиллома); программы скрининга и др. В борьбе с причинами неинфекционных заболеваний самыми эффективными оказываются межведомственные программы. Так в Эстонии стратегия по укреплению национального здоровья предусматривает координацию усилий нескольких ведомств и включает комплексные действия в самых разных областях, от искоренения бедности и устранения социального неравенства до информирования граждан о том, какими химическими веществами можно, а какими нельзя обрабатывать декоративные растения в садах. Другой пример межведомственного взаимодействия демонстрирует Словения, где соисполнителями национальной программы повышения физической активности на 2007-2012 годы выступало восемь министерств, от Минздрава до Министерства окружающей среды и пространственного планирования, которое занималось внедрением спортивных объектов в городское пространство. В России многие факторы, которыми

обусловлена высокая заболеваемость и смертность, не находящаяся в зоне ответственности исключительно Минздрава, и государственная политика в этих областях должна предусматривать межведомственное сотрудничество – это, например, антинаркотическая политика и предотвращение смертности от дорожно-транспортных происшествий, которая обусловлена не столько медицинскими (скорость оказания медицинской помощи жертвам ДТП и ее качество), сколько немедицинскими факторами (качество дорожной инфраструктуры, безопасность транспортных средств, соблюдение правил движения).

Вообще для стран, достигших определенных успехов в борьбе за увеличение продолжительности жизни в 1994-2013 гг., характерны следующие направления развития системы здравоохранения:

- оптимизация расходов на здравоохранение, направление сэкономленных средств на переоснащение медицинских учреждений, переподготовку персонала и повышение зарплат (страны Балтии и Армения);

- внедрение стандартов здорового образа жизни – борьба с табакокурением (Турция и Венгрия) и программы повышения физической активности и снижения веса (Словения и Сингапур);

- интенсификация контактов населения с системой здравоохранения за счет внедрения института семейного врача, который фактически курирует выполнение программ диспансеризации (Армения, Бразилия, Литва).

Для России одно из главных направлений потенциального роста средней ожидаемой продолжительности жизни заключается в возможности увеличения этого показателя у населения трудоспособного возраста, и, прежде всего, у мужчин. Фактическое положение дел таково, что российская система охраны здоровья, основанная на решительном приоритете лечения, а не профилактики, фактически отдает приоритет интересам тех, кто не достиг трудоспособного возраста или из него вышел. Проводимые профилактические мероприятия часто формальны, слишком осторожны и недостаточны ни по содержанию, ни по объему финансирования. Важно поднять медицинскую профилактику в регионе на уровень, адекватный ее роли в возможном снижении заболеваемости и смертности в сравнении с собственно медицинской помощью. К работе по сохранению и продлению жизни можно было бы привлечь и бизнес (преимущественно крупный и средний), организовав государственно-частное партнерство для масштабной диспансеризации, особенно по болезням сердечно-

сосудистой системы и новообразованиям, в т. ч. с использованием современных методов. Необходимость этого связана с тем, что самые опасные патологии часто носят бессимптомный характер. Выявляя их на ранней стадии путем систематических обследований, мы имеем больше шансов быстрее и эффективнее вылечить больного с относительно небольшими затратами.

Весьма важной является работа по распространению среди населения здорового образа жизни и идеи личной ответственности каждого человека за свое здоровье. Помимо просветительской работы, программ популяризации здорового образа жизни, в том числе на базе учебных заведений, необходимо создавать среду, способствующую развитию массового спорта, безопасной и беспрепятственной интеграции физической активности в повседневную жизнь (ходьба пешком, езда на велосипеде), позволяющую выбирать разнообразные «здоровые» варианты досуга. Улучшение экологической обстановки, снижение распространенности потребления табака и защита людей от табачного дыма, оздоровление рациона (запрет продажи фастфуда, шоколада, газированных напитков в учебных заведениях, маркировка продуктов) также являются значимыми для увеличения продолжительности жизни факторами.

Снижение масштабов употребления алкоголя является необходимой для нашей страны мерой, особенно сильно оно способно повлиять на проблему сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста. Основные меры антиалкогольной политики известны: это пропаганда здорового образа жизни, обеспечение доступности лечебно-профилактических программ, ценовая политика, разработка и принятие технических регламентов требований к безопасности алкогольной и спиртосодержащей продукции, ограничение розничной продажи алкоголя, ограничение рекламы, усиление ответственности за нарушения в сфере производства и оборота спиртосодержащей продукции. Однако особое внимание необходимо обратить на структуру потребления алкоголя в России, ведь именно высокий уровень потребления крепких алкогольных напитков ведет к столь высокой алкогольной смертности россиян. Мировой опыт показывает, что изменение структуры алкогольного потребления гораздо более эффективно, чем ужесточение запретительных мер. Также известно, что люди с низкими доходами потребляют больше алкоголя, чем с высокими и средними доходами. Аналогичная зависимость в потреблении алкоголя существует и в связи с уровнем культуры и образования. Это

означает, что основными субъектами депопуляции в России являются люди с низким уровнем образования и дохода. У регионов первой группы представляется крайне важным изучить социальные и экономические обстоятельства, которые приводят человека к опасному злоупотреблению алкоголем; перед внедрением в практику оценить эффективность применения известных методов лечения и профилактики алкоголизма, определить наиболее рациональный характер взаимодействия и оценить потенциальный вклад различных ведомств в борьбу с алкогольной зависимостью, в том числе органов охраны правопорядка, службы занятости, управления здравоохранением, образованием, торговлей. Определенный положительный эффект имеет также социальная поддержка людей и семей в трудной жизненной ситуации, организация телефонов доверия, служб консультирования различной направленности (в т.ч., например, по актуальным в настоящее время вопросам кредитной задолженности).

Что касается снижения смертности от инфекционных заболеваний в регионах первой группы, такая работа также должна быть направлена в основном на группы риска – социально неблагополучные слои населения, мигрантов (актуальными будут программы адаптации мигрантов в области социального обеспечения, здравоохранения, образования, меры по борьбе с незаконной миграцией), поскольку основную опасность представляет сейчас ВИЧ-инфекция, гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем. Необходимо санитарное просвещение населения, повышение культуры сексуального поведения, в том числе образовательные программы в учебных заведениях, предупреждение распространения наркотиков среди подростков, распространение бесплатных шприцов и средств контрацепции, анонимное консультирование, тестирование на ВИЧ-инфекцию и инфекции, передающиеся половым путем.

Регионы второй группы (с преобладанием этапа «дегенеративных заболеваний») имеют сходный с регионами первой группы уровень демографического и эпидемиологического развития, поэтому основные причины, влияющие на смертность от инфекционных заболеваний и травм и отравлений (и, соответственно, снижающие продолжительность жизни), для них также схожи. Здесь необходимо вести просветительскую работу с населением относительно причин распространения и мер предотвращения инфекций, а также снижать производственный и транспортный травматизм.

Однако регионы второй группы имеют более низкий уровень социально-экономического развития, что, в первую очередь, влияет на смертность от хронических неинфекционных заболеваний. Среди факторов условий и образа жизни приоритетным является обеспечение возможности достойного заработка для основной части трудоспособного населения. Необходима активная инвестиционная политика, нацеленная на создание высокопроизводительных рабочих мест, что привело бы не только к снижению уровня безработицы, но и положительно сказалось бы на уровне жизни работников и их семей. При этом нельзя забывать о социальной поддержке безработных, предоставлении им не только пособий, но и, при необходимости, обеспечении в натуральном виде предметами первой необходимости.

Что касается создания благоприятной среды для жизни в данных регионах, то государственная политика должна быть нацелена на создание доступной спортивной инфраструктуры для населения во всех, и, прежде всего, в спальных микрорайонах городов. При этом, по возможности, это должны быть объекты, не требующие затрат для пользователей – стадионы, спортивные площадки, бесплатные спортивные группы для некоторых категорий населения (дети, пожилые). Также необходимо облегчить доступ населения к качественной воде и пище, обновлять и совершенствовать инфраструктуру водоканалов, повышать уровень грамотности населения по вопросам здорового образа жизни и питания.

Также повышения продолжительности жизни в этих регионах можно достичь путем комплексного развития медицинской помощи. Необходимо обеспечить высокий уровень доступности как первичной медико-санитарной помощи, так и высокотехнологичной; каждый человек должен иметь возможность получения базового набора медицинских услуг в домашнем субъекте РФ.

Общей рекомендацией для регионов второй группы является применение лучших практик соседних субъектов РФ, имеющих сходный ресурсно-экономический потенциал.

Регионы третьей группы (социо-традиционные) – в основном, республики Северного Кавказа – обладают редким для России демографическим потенциалом (высокая рождаемость, низкая смертность, небольшой удельный вес населения старше трудоспособного возраста), что делает инвестиции в накопление человеческого капитала потенциально очень перспективными. Для дальнейшего роста продолжительности жизни населения приоритеты государственной полити-

ки в данных регионах должны быть направлены на повышение качества жизни в целом, культурного уровня населения, развитие сферы здравоохранения, образования, физкультуры и спорта, а также выравнивание муниципальных образований по уровню и качеству жизни. При этом необходимо артикулировать позитивные элементы сложившихся традиций поведения населения (в том числе обуславливающие высокую продолжительность жизни) и негативные, сохраняя первые и нивелируя вторые.

Снижение смертности от инфекционных заболеваний здесь, в основном, может быть достигнуто путем повышения санитарной культуры населения, что, в том числе, включает в себя популяризацию «городского» образа жизни, и обеспечения доступности медицинской помощи (врачей-инфекционистов).

Ввиду тревожно низких показателей общественного здоровья, регионы четвертой группы (с архаичной структурой смертности) являются объектом пристального внимания исследователей. Анализ смертности от внешних причин в регионах данной группы показывает, что она обуславливает существенные демографические потери в годах жизни. Поэтому одним из основных направлений политики, нацеленной на увеличение продолжительности жизни, должно стать уменьшение травматической смертности, особенно в трудоспособном возрасте. Высокая смертность от внешних причин обусловлена здесь как поведенческими, так и средовыми факторами риска. Непременными условиями снижения травматической смертности для жителей этих регионов являются снижение уровня бедности и неравенства, организация безопасных условий труда, отдыха, передвижений, развитие инфраструктуры, создание социальной среды с возможностью выбора и достижения достойных условий жизни, укрепление полицейской и судебной системы, а также социально-экономическое и культурное развитие регионов в целом. Профилактика поведенческих факторов риска здесь должна включать меры по формированию у населения самосохранительного (витального) поведения (в т.ч. более активная пропаганда здорового образа жизни, соблюдение техники безопасности, профилактика рискованного и агрессивного поведения, внедрение программ по снижению стресса, развитию важных социальных навыков, расширение практики применения «телефонов доверия» и т.д.), усиление антиалкогольной политики и др. Также рекомендуется применение Матрицы Хэддона – одного из эффективных инструментов борьбы за снижение смертности от внешних причин.

Важной составляющей также является развитие травматологической и наркологической помощи населению.

Достоверным показателем, характеризующим эпидемиологическую ситуацию в регионах данной группы, является высокая смертность населения от инфекционных и паразитарных заболеваний. Она в значительной мере зависит не только от санитарно-эпидемиологического благополучия территории, но и от социально-экономических факторов - неблагоприятные условия проживания, низкий уровень доходов, отсутствие работы и др. Именно социальная и имущественная дифференциация населения, в конечном итоге, является важнейшим механизмом распространения инфекционных заболеваний. Поэтому, наряду с такими точечными мерами, как улучшение организации медицинской помощи, усиление надзора за биологической безопасностью продовольственного сырья, продуктов питания, воды, а также за социально обусловленными инфекционными и паразитарными заболеваниями и инфекциями, имеющими приоритетное значение (вирусные гепатиты, туберкулез и др.), необходимо комплексное социально-экономическое развитие территории, в результате которого можно рассчитывать на повышение их инвестиционной привлекательности, развитие новых производств, создание новых рабочих мест, строительство жилья и т.д.

Особого внимания с точки зрения цели исследования заслуживают рекомендации для дальневосточных регионов. В советское время на Дальнем Востоке интенсивно формировался демографический потенциал со своеобразной структурой (более молодое по возрасту население, имеющее нормальный половой состав). Однако социально-экономические реформы 90-х годов привели к постепенному разрушению демографического потенциала региона – сокращению численности и ухудшению структуры населения. Более низкая ожидаемая продолжительность жизни здесь также связана с суровыми природно-климатическими условиями, прежде всего, в северной части региона, с повышенными затратами на воспроизводство рабочей силы, с производственной специализацией (преобладание добывающей промышленности), характером размещения населения и учреждений социальной инфраструктуры, образом жизни и адаптационными процессами населения. Не способны оказать значимого положительного влияния на среднюю ожидаемую продолжительность жизни ни высокая ресурсная обеспеченность системы здравоохранения в отдельных регионах Дальнего Востока, ни высокие значения экономических по-

казателей (Сахалинская, Магаданская область). Острой необходимостью для данной группы регионов является не только коренная реконструкция дальневосточной производственной и социальной инфраструктуры, но и последовательная государственная демографическая политика, направленная на заселение приграничных районов Дальнего Востока и пополнение демографического потенциала.

Системно направления стратегических мер по увеличению ожидаемой продолжительности жизни представлены в таблицах 8-10.

Выделяя три основных направления увеличения продолжительности жизни, а также три сферы воздействия государственной политики в сфере увеличения продолжительности жизни, которые являются общими для всех регионов, мы показываем, как должны отличаться методы воздействия в зависимости от принадлежности региона к той или иной группе.

Таблица 8

Направления стратегических мер по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах России, реализуемых в рамках национальных проектов и государственных программ (за счет снижения смертности от инфекционных заболеваний)

Сферы государственной политики по увеличению ОПЖ	Инфекционные заболевания		
	Основная причина демографических потерь	Цель государственной политики	Направления мер
Российские форварды и Догоняющие			
Образ жизни	Социогенезисные инфекции - ВИЧ, гепатиты, ИППП	Снижение заболеваемости инфекциями	1) повышение культуры сексуального поведения 2) образовательные программы в учебных заведениях 3) предупреждение распространения наркотиков среди подростков
Условия жизни			1) распространение бесплатных шприцов и средств контрацепции 2) меры по борьбе с незаконной миграцией, программы адаптации мигрантов (в области социального обеспечения, здравоохранения, образования)
Медицинское обеспечение			1) санитарное просвещение 2) анонимное консультирование, тестирование на ВИЧ и ИППП 3) совершенствование методов лечения инфекционных заболеваний

Социотрадиционные			
Образ жизни	Санитарногенезисные инфекции	Повышение санитарной культуры	1) снижение бедности, повышение уровня жизни бедных слоев населения
Условия жизни			1) развитие городского образа жизни 2) с благоустроенного жилья
Медицинское обеспечение			1) повышение доступности инфекционной медицинской помощи
Депрессивные			
Образ жизни	Санитарногенезисные инфекции	Повышение санитарной культуры	1) снижение бедности, повышение уровня жизни бедных слоев населения
Условия жизни			1) достижение санитарно-эпидемиологического благополучия территории, совместный эпиднадзор за инфекциями, которые могут передаваться от животных человеку, а также водными и пищевыми инфекциями 2) усиление надзора за биологической безопасностью продовольственного сырья, продуктов питания, воды 3) увеличение доли жилья, оборудованного водопроводом, благоустройство жилья
Медицинское обеспечение			1) развитие противотуберкулезной медицинской помощи, приближение помощи к пациентам: люди, употребляющие инъекционные наркотики, находящиеся в местах лишения свободы, алкоголики, бездомные 2) поддержание рекомендуемого охвата иммунизацией против болезней, предупреждаемых с помощью вакцин 3) санитарное просвещение в школах, больницах, на работе

Таблица 9

Направления стратегических мер по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах России, реализуемых в рамках национальных проектов и государственных программ (за счет снижения смертности от хронических неинфекционных заболеваний)

Сферы государственной политики по увеличению ОПЖ	Хронические неинфекционные заболевания		
	Основная причина демографических потерь	Цель государственной политики	Направления мер
Российские форварды			
Образ жизни	Статусная, возрастная дифференциация ЗОЖ	Обеспечение доступности общественных благ, влияющих на ОПЖ	<ol style="list-style-type: none"> 1) развитие массового спорта 2) изменение культуры и структуры алкогольного потребления (в пользу некрепких напитков) 3) снижение распространенности потребления табака, защита людей от табачного дыма, контроль за соблюдением ограничений в отношении рекламы, предложение помощи людям, желающим бросить курить, предупреждение об опасностях, связанных с табаком, государственная политика, не подверженная влиянию табачной промышленности, и меры по борьбе с коррупцией 4) проведение программ популяризации ЗОЖ, в т.ч. на базе учебных заведений, коллективное самообразование по вопросам здоровья среди сверстников («равный равному»), вовлечение молодежных организаций 5) снижение доли лиц, имеющих ожирение, среди населения

Условия жизни			<p>1) создание среды, способствующей безопасной и беспрепятственной интеграции физической активности в повседневную жизнь (ходьба пешком, езда на велосипеде)</p> <p>2) оценка влияния экологических факторов, решение экологических проблем (например, мусорных свалок и переработки мусора)</p> <p>3) расширение доступных экологически чистых районов проживания</p> <p>4) запрет продажи фастфуда, шоколада, газированных напитков в учебных заведениях, маркировка продуктов</p>
Медицинское обеспечение			<p>1) программы диспансеризации населения, медико-социальная профилактика и реабилитация</p> <p>2) специализированные программы профилактики онкологических, сердечно-сосудистых и других заболеваний</p> <p>3) применение методологии предотвратимой смертности</p> <p>4) совершенствование высокотехнологичных методов лечения</p>
Догоняющие			
Образ жизни	Гендерная, статусная дифференциация	Обеспечение доступности общественных благ, влияющих на ОПЖ	<p>1) содействие занятости безработных граждан</p> <p>2) инвестиционное развитие, создание новых рабочих мест</p> <p>3) снижение бедности</p>
Условия жизни			<p>1) развитие инфраструктуры для спорта</p> <p>2) повышение качества воды и продовольствия</p>

Медицинское обеспечение			1) комплексное развитие медицинской помощи
Социотрадиционные			
Образ жизни	Гендерная дифференциация	Социальная модернизация	1) снижение безработицы, особенно среди молодежи 2) инвестиционное развитие, создание новых рабочих мест 3) снижение бедности, неравенства, борьба с клановой системой 4) программы трудоустройства для женщин 5) повышение уровня образования
Условия жизни			1) строительство объектов культуры, социальной инфраструктуры 2) развитие инфраструктуры для спорта
Медицинское обеспечение			1) комплексное развитие медицинской помощи
Депрессивные			
Образ жизни	Гендерная, статусная дифференциация	Социальная модернизация	1) снижение бедности 2) просвещение населения относительно факторов, влияющих на здоровье
Условия жизни			1) улучшение экологической ситуации 2) строительство спортивных объектов
Медицинское обеспечение			1) комплексное развитие медицинской помощи 2) развитие диагностики онкологических патологий 3) развитие сосудистых центров 4) расширение перечня видов оказываемой ВМП

Таблица 10

Направления стратегических мер по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах России, реализуемых в рамках национальных проектов и государственных программ (за счет снижения смертности от травм и отравлений)

Сферы государственной политики по увеличению ОПЖ	Травмы, отравления		
	Основная причина демографических потерь	Цель государственной политики	Направления мер
Российские форварды			
Образ жизни	Дорожный и производственный травматизм	Снижение дорожного, производственного травматизма	1) снижение потребления алкоголя 2) социальная поддержка людей и семей в трудной жизненной ситуации 3) телефоны доверия, службы консультирования различной направленности (в т.ч. по вопросам кредитной задолженности) 4) кампании по борьбе против травли и издевательств в учебных заведениях
Условия жизни			1) межведомственные программы снижения ДТП 2) изменение конструкции дорог, организация одностороннего движения, снижение интенсивности городских транспортных потоков (включая ограничение скорости движения с использованием физических средств) 3) снижение производственного травматизма
Медицинское обеспечение			1) Совершенствование системы экстренной помощи

Догоняющие			
Образ жизни	Дорожный и производственный травматизм	Снижение дорожного, производственного травматизма	1) снижение потребления алкоголя 2) социальная поддержка людей и семей в трудной жизненной ситуации 3) телефоны доверия, службы консультирования различной направленности (в т.ч. по вопросам кредитной задолженности) 4) кампании по борьбе против травли и издевательств в учебных заведениях
Условия жизни			1) межведомственные программы снижения ДТП 2) изменение конструкции дорог, организация одностороннего движения, снижение интенсивности городских транспортных потоков (включая ограничение скорости движения с использованием физических средств) 3) снижение производственного травматизма
Медицинское обеспечение			1) совершенствование системы экстренной помощи
Социотрадиционные			
Образ жизни	Бытовой травматизм	Социальная модернизация	1) профилактика агрессивного поведения, борьба с экстремистскими проявлениями
Условия жизни			1) противодействие терроризму, решение политических проблем региона, этнических конфликтов 2) системные меры по снижению дорожного травматизма на основе применения матрицы Хэддона
Медицинское обеспечение			1) развитие травматологической помощи

Депрессивные			
Образ жизни	Бытовой, дорожный травматизм, алкоголизм	Снижение потребления алкоголя	1) ограничение доступа к алкоголю в розничной продаже 2) соблюдение техники безопасности, профилактика рискованного поведения 3) программы по снижению стресса, по развитию социальных навыков и т.п.
Условия жизни			1) организация безопасных условий труда, отдыха, передвижений 2) развитие инфраструктуры, улучшение качества автомобильных дорог 3) снижение уровня преступности 4) системные меры по снижению дорожного травматизма на основе применения матрицы Хэддона
Медицинское обеспечение			1) развитие травматологической помощи 2) развитие наркологической помощи, предоставление лечения по поводу расстройств, обусловленных алкоголем

Заключение

При разработке политики, направленной на увеличение продолжительности жизни, в первую очередь, необходимо определить основные причины смерти и демографическую ситуацию, чтобы потом выбрать механизмы влияния на факторы, определяющие смертность от этих причин. Разработанная после такого анализа государственная политика будет воздействовать на эти факторы с целью снижения смертности от тех или иных причин смерти и, следовательно, роста продолжительности жизни.

При этом необходимо помнить, что медицинский прогресс и реализация профилактических мероприятий сами по себе, несомненно, положительно влияют на уровень здоровья, однако могут привести и к увеличению неравенства в отношении здоровья. Практика зарубежных стран показывает, что зачастую приходится выбирать между улучшением абсолютных уровней здоровья и сокращением неравенства в здоровье. Важной целью является одновременное развитие медицинских служб и технологий в регионах и уменьшение неравенства в здоровье. В основе социально-экономической политики, направленной на достижение этой цели, лежит сокращение неравенства в социально-экономических ресурсах, а также меры, которые по своей природе оказывают равное воздействие на различные группы населения.

Конечно, первая рекомендация выходит далеко за пределы политики в области охраны здоровья, но тесно связана с ней. Известно, что люди и группы людей используют свои знания, деньги, власть, престиж и социальные связи, чтобы получить пользу для здоровья, и, таким образом, воспроизводят неравенство СЭС в здоровье. Самое прямое политическое применение теории состоит в том, что, если мы перераспределяем ресурсы среди населения, чтобы уменьшить степень неравенства ресурсов, то неравенство в отношении здоровья также должно уменьшаться. Таким образом, можно сказать, что меры, направленные на регулирование социально-экономических фак-

торов здоровья, будь это социальное обеспечение малоимущих слоев населения, льготные жилищные программы или стимулирование самозанятости населения, относятся к политике формирования здоровья населения.

Вторая рекомендация – сделать акцент на разработке мер, которые не предполагают использования социально-экономического статуса или минимизируют его значимость, то есть необходимо понимать, может ли воспользоваться данной мерой поддержки любой человек, или выгода будет доступна только для людей с необходимыми ресурсами. Социально-экономическое неравенство в здоровье может быть уменьшено установлением определенных требований, которые автоматически приносят пользу населению, независимо от их собственных ресурсов или поведения. Например, обеспечение высокого качества и доступности медицинской помощи для всех граждан, а не только для обеспеченных слоев; проведение медицинских осмотров в учебных заведениях и на рабочих местах; обеспечение соблюдения санитарных требований в отношении продуктов питания; добавление фолиевой кислоты к зерну вместо того, чтобы рекомендовать беременным женщинам принимать специальные добавки, для предотвращения дефектов нервных трубок у эмбриона. Очевидно, что подобные меры не дают преимущества людям с большими ресурсами.

Очевидно, что даже при должном внедрении таких универсальных мер, которые приносят пользу для здоровья всего населения, многие проблемы со здоровьем требуют привлечения собственных ресурсов человека и его действий. Однако и в этих случаях государство может влиять на неравенство в здоровье, широко распространяя информацию о том, как то или иное вмешательство может улучшить здоровье человека, где это вмешательство доступно, может ли оно быть охвачено планами медицинского страхования и, если нет, сколько это будет стоить.

При разработке социально-экономической политики, направленной на увеличение продолжительности жизни, предлагается опираться на следующие концептуальные положения:

1. Создание логической модели формирования показателя ожидаемой продолжительности жизни на федеральном и региональном уровнях, которая даст четкое концептуальное понимание, какие факторы имеют решающее значение, и послужит основой для выработки эффективной социально-экономической и демографической полити-

ки. Предполагается привлечение к созданию модели экспертного сообщества и ее периодическая корректировка.

2. Разработка показателей для оценки результатов в области повышения ожидаемой продолжительности жизни на национальном, региональном и местном уровнях. Система показателей должна включать в себя как входные индикаторы (ресурсов) и показатели основных процессов, связанных с функционированием социально-экономической системы, так и целевые индикаторы.

3. Использование опыта зарубежных стран и международных исследований (например, каким образом государственные стратегии могут влиять на социально-экономические детерминанты продолжительности жизни и с какими проблемами и препятствиями можно столкнуться при их реализации).

4. Поощрение инноваций в медицине, улучшение инфраструктуры и производительности общественного здравоохранения.

5. Разработка новой методологии и аналитических инструментов в области детерминант продолжительности жизни населения. Подобные исследования осложняются тем, что носят междисциплинарный характер и далеки от традиционных медицинских исследований, которые опираются на контрольные группы, большой размер выборки и ограниченное число переменных, однако в настоящее время только они способны приблизить нас к пониманию феномена общественного здоровья и механизмов воздействия на него.

6. Политическая воля является необходимым условием успешного реформирования системы управления общественным здоровьем. Проблема социально-экономического неравенства в здоровье должна подниматься на федеральном уровне, поскольку только государственная власть обладает достаточными ресурсами для ее решения. Повестка дня при разработке политики в области здравоохранения должна учитывать не только влияние непосредственно медицинской помощи на здоровье населения, но, что более важно, влияние экономических и социальных факторов.

7. Использование общественного просвещения как инструмента повышения культуры ответственного отношения к собственному здоровью, роста уровня информированности о проблемах неравенства в здоровье, что будет способствовать созданию атмосферы поддержки программных изменений, направленных на устранение такого неравенства. Современные технологии предоставляют все возможности для информирования и мотивирования широких слоев населения.

Вопросы для самоконтроля

1. Продолжительность жизни населения как индикатор общественного здоровья.
2. Продолжительность жизни населения как объект изучения экономики.
3. Продолжительность жизни населения как объект изучения демографии.
4. Продолжительность жизни населения и неравенство в здоровье.
5. Продолжительность жизни населения с позиции теории эпидемиологического перехода.
6. Стадии эпидемиологического перехода в России.
7. Социально-экономические факторы продолжительности жизни населения.
8. Факторы продолжительности жизни населения и социально-экономический статус.
9. Доминирующие детерминанты продолжительности жизни населения и теория фундаментальных причин.
10. Методы анализа продолжительности жизни (здоровья) населения: социологические и интегративные (субъективные и объективные) оценки.
11. Методы анализа продолжительности жизни (здоровья) населения: анализ медико-статистических данных, психологических и физиологических показателей здоровья.
12. Методы анализа продолжительности жизни (здоровья) населения: методы, оценивающие взаимосвязь здоровья и социально-экономических параметров.
13. Комплексная оценка влияния социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни.
14. Кластеризация регионов России по оценке влияния социально-экономических факторов на ожидаемую продолжительность жизни населения.
15. Направления стратегических мер по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах России за счет снижения смертности от инфекционных заболеваний.
16. Направления стратегических мер по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах России за счет снижения смертности от хронических неинфекционных заболеваний.

17. Направления стратегических мер по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах России за счет снижения смертности от травм и отравлений.
18. Алгоритм выбора направлений стратегических мер по увеличению продолжительности жизни населения в регионах России.

Тестовые и практические задания

Тестовые задания

Выберите один правильный ответ.

1. **Расчет средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении основан на**
 - а) таблицах смертности (таблицах дожития)
 - б) индексе человеческого развития
 - в) структурных показателях смертности от разных причин

2. **Содержание «первого демографического перехода» заключается в**
 - а) уменьшении смертности от отдельных экзогенных причин
 - б) последовательном снижении смертности и рождаемости до уровня, обеспечивающего простое воспроизводство населения
 - в) снижении младенческой и детской смертности

3. **Термин «неравенство в здоровье» используется для определения различий, изменений и диспропорций в здоровье индивидов и групп населения**
 - а) обусловленных генетическими факторами
 - б) обусловленных поведенческими факторами
 - в) необязательных, устранимых – связанных с доходом, социальным статусом, доступом к медицинской помощи и т.д.

4. **Автором теории эпидемиологического перехода является**
 - а) А. Омран
 - б) Ж. Буржуа-Пиша
 - в) С. Хориуши

5. **На первом месте среди причин смертности в РФ в настоящее время находятся**
 - а) новообразования
 - б) болезни системы кровообращения
 - в) травмы и отравления

6. **Социально-экономический статус человека (СЭС) – это устойчивый международный термин, включающий в себя**
 - а) уровень дохода, пол, возраст
 - б) уровень образования, дохода и здоровья
 - в) уровень образования, дохода и род занятий человека

- 7. Теория фундаментальных причин описывает связь между**
- а) социально-экономическим статусом и здоровьем
 - б) доходом и продолжительностью жизни
 - в) уровнем неравенства и здоровьем
- 8. В 1980-х годах ВОЗ было определено соотношение различных факторов формирования здоровья человека, и доминирующими факторами объявлены**
- а) генетические факторы
 - б) условия и образ жизни людей
 - в) экологические факторы
- 9. К экзогенным факторам смертности относят**
- а) генетические факторы
 - б) условия и образ жизни людей
 - в) травмы и отравления, инфекционные заболевания
- 10. К факторам продолжительности жизни населения с высокой степенью управляемости относят**
- а) медицинское обеспечение
 - б) генетические факторы
 - в) условия и образ жизни людей

Практическое задание №1

1. Проанализируйте динамику показателя средней ожидаемой продолжительности жизни населения за последние 20 лет в любом выбранном вами субъекте Российской Федерации и сравните ее с динамикой общероссийского показателя. Сделайте выводы.
2. Сравните структуру смертности в выбранном вами регионе по последним актуальным статистическим данным и 20 лет назад, а также сравните данные показатели с соответствующими общероссийскими, сделайте выводы о произошедших изменениях с позиции теории эпидемиологического перехода.

Практическое задание №2

Проанализируйте актуальную государственную программу развития здравоохранения и стратегию социально-экономического развития любого выбранного вами субъекта Российской Федерации на предмет наличия в них основных направлений стратегических мер по повышению ожидаемой продолжительности жизни населения и ответьте на вопросы:

1. *Присутствует ли среди целевых индикаторов программ показатель ожидаемой продолжительности жизни населения?*
2. *Соответствует ли содержание программ научным рекомендациям, приведенным в данном учебном пособии для соответствующей группы регионов? Каким областям социально-экономической сферы уделено недостаточно внимания?*
3. *Какие рекомендации вы могли бы дать в целях совершенствования данных программ?*

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

№ тестового задания	№ ответа
1	а
2	б
3	в
4	а
5	б
6	в
7	а
8	б
9	в
10	а

Список использованных документов и литературы

1. Валентей Д.И. Система знаний о народонаселении / Д.И. Валентей, Н.В. Зверева, В.М. Медков. – М.: Высшая школа, 1991. – 256 с.
2. Гаврилов Л.А. Биология продолжительности жизни: количественные аспекты / Л.А. Гаврилов, Н.С. Гаврилова. – М.: Наука, 1991. – 280 с.
3. Капелюшников Р.И., Лукьянова А.Л. Трансформация человеческого капитала в российском обществе (на базе «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения») / Р.И. Капелюшников, А.Л. Лукьянова. – М.: Либеральная миссия, 2010. – 196 с.
4. Кислицына О.А. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2005. – 376 с.
5. Сови А. Общая теория населения. Жизнь населений. – М.: Прогресс, 1977. – Т.2. – 519 с.
6. Becker D. S. Human Capital: Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education / D. S. Becker. – Chicago: The University of Chicago Press, 1964. – 412 p.
7. Grossman M. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation / M. Grossman. – N.Y., 1972.
8. Grossman M. The Human Capital Model. Handbook of Health Economics / ed. by A. J. Culver, J. P. Newhouse. – Amsterdam: Elsevier, 2000. – 890 p.
9. Health Care Systems: Rethinking health care systems / ed. by J. Watson and P. Ovseiko. – NY: Taylor & Francis, 2005. – 697 p.
10. Preston S.H. Causes of death: life tables for national population / S.H. Preston, N. Keyfitz, R. Schoen. – New York: Seminar Press, 1972. – 787 p.

Рекомендуемая литература

1. Антология экономической классики: в 2-х томах. – М.: МП «ЭКОНОВ», 1993. – Т. 1. – 476 с.
2. Бедный М.С. Медико-демографическое изучение народонаселения / М.С. Бедный. – М.: Статистика, 1979. – 224 с.
3. Боярский А.Я. Курс демографии / А.Я. Боярский, Д.И. Валентей, А.Г. Вишневский. – М.: Финансы и статистика, 1985. – 389 с.
4. Вайнер Э.Н. Валеология: учебник для вузов / Э.Н. Вайнер. – М.: Флинта, 2016. – 445 с.
5. Вишневский А.Г. Избранные демографические труды. Т.1. Демографическая теория и демографическая история / А.Г. Вишневский. – М., Наука, 2005. – 368 с.
6. Глушаков А.И. Воспроизводство здоровья населения региона: методология изучения, медико-демографический анализ и прогноз: монография / А. И. Глушаков. – Казань: РИЦ, 2011. – 163 с.
7. Демография: учебник / под ред. Н.А. Волгина. – М.: Изд-во РАГС, 2003. – 384 с.
8. Лисицын Ю.П. Здоровоохранение в XX веке: монография / Ю.П.Лисицын. – М.: Медицина, 2002. – 216 с.
9. Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Предотвратимая смертность в России и пути её снижения / Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – 308 с.

Учебное издание

**Иван Петрович Шибалков
Светлана Викторовна Барановская
Вадим Андреевич Бойков
Андрей Олегович Наумов**

**ЭКОНОМИКА НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ:
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОЖИДАЕМОЙ
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ**

учебное пособие

Редактор Харитонова Е.М.
Технический редактор Гончаров С.Б.
Обложка Гончаров С.Б.

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. +7 (3822) 901–101, доб. 1760
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Электронное издание
Гарнитура «Times New Roman». Авт. л. 5,8

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru