



Sociální vědy

УДК 314.144:314.48

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В РОССИИ КАК ИНДИКАТОР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

А. А. Шабунова

О. Н. Калачикова

А. В. Короленько

Доктор экономических наук, доцент,

кандидат экономических наук,

младший научный сотрудник,

*Институт социально-экономического
развития территорий Российской академии наук,
г. Вологда, Россия*

LIFE EXPECTANCY IN RUSSIA AS AN INDICATOR OF THE PUBLIC HEALTH

A. A. Shabunova

O. N. Kalachikova

A. V. Korolenko

*Doctor of Economic Sciences,
assistant professor,*

*candidate of Economic Sciences,
researcher,*

*Institute of Socio-economic
Development of Territories of Russian Academy
of Sciences, Vologda, Russia*

Summary. The article presents the analysis of the major trends in the dynamics of the life expectancy of the population of Russia as an integral indicator of public health compared to the same period in the world and in the developed countries. The authors found the series of its characteristics: in the presence of the positive dynamics of the indicators retained the backlog from EU states, as well as a significant difference in the life expectancy of Russian men and women (12 years). It is explained by high rates of infant mortality and mortality of the working-age population. There were identified two areas of activity, given identified trends, which, according to the authors, will help to increase the life expectancy of the Russian population: strengthening the reproductive health and improving the efficiency of mortality prevention.

Keywords: life expectancy at birth; healthy life expectancy at birth; infant mortality; mortality of the working-age population; developed countries; regions of Russia.

Основным глобальным индикатором, характеризующим состояние здоровья населения и качество его жизни, отражающим успешность действий в области охраны и укрепления здоровья населения, традиционно считается ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ). Показатель ОПЖ показывает, сколько лет может прожить новорожденный при сложив-

шемся уровне возрастной смертности в конкретном году, для которого выполнен расчет [5, с. 127]. Расчет ОПЖ производится по специальным математическим таблицам дожития, которые являются эмпирической моделью типа и параметров смертности населения, существующих на определенную календарную дату. Они показывают, как бы мирало бы некоторое гипотетическое



поколение одновременно родившихся при условии сохранения на протяжении всей жизни этого поколения повозрастных показателей смертности на том же уровне, который имел место на дату составления таблицы. Таким образом, таблицы ожидаемой продолжительности жизни представляют собой математическую модель процесса естественного убывания поколения сверстников с возрастом [1, с. 23].

По данным последнего ежегодного доклада ВОЗ «Мировая статистика здравоохранения» [14] в 2012 г. общемировой показатель ожидаемой продолжительности жизни составил 68,1 лет для мужчин и 72,7 лет для женщин. Причём существенными являются

различия в величине ОПЖ стран с высоким и низким уровнем доходов: так, у мужчин этот разрыв составил 15,6 лет, у женщин – 18,9 лет. В 10 странах-лидерах по уровню ОПЖ женщин самый высокий показатель зафиксирован в Японии – 87 лет, за ней следуют Испания, Швейцария и Сингапур. В десятку государств с максимальной ОПЖ мужчин попали Швейцария, Австралия, Израиль, Сингапур, Новая Зеландия и др., возглавила этот список Исландия (81,2 лет) (табл. 1). В то же время в России в 2012 г. ожидаемая продолжительность жизни была существенно ниже показателей мировых лидеров: среди мужчин её уровень достиг лишь 63 лет, среди женщин – 75.

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении среди мужчин и женщин в 10 странах мира в 2012 г.*

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

Примечание. *Страны с численностью населения менее 250 000 человек не учтены из-за неопределенности в оценках ожидаемой продолжительности жизни [14, с. 43].

Говоря о динамике ОПЖ населения, стоит отметить, что с 1960 по 2013 гг. ее показатель в мире вырос на 18 лет, в странах Евросоюза – на 11 лет, достигнув 71 года и 80 лет

соответственно. Причём наиболее значительный рост продолжительности жизни наблюдался до начала 2000-х гг., после чего его темпы несколько снизились (рис. 1).

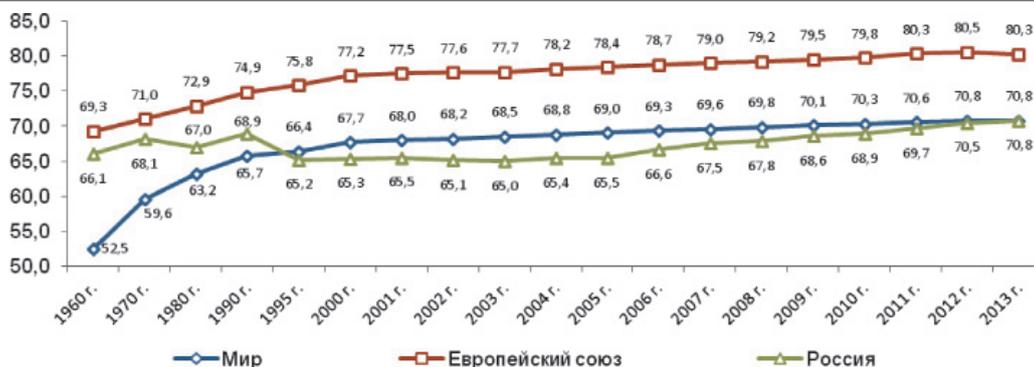


Рис. 1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в мире, странах ЕС и России в 1960–2013 гг. (лет). Источники: [11, 12]

За период 1960–2013 гг. ОПЖ населения в России выросла не столь значительно – на 5 лет. В отличие от большинства развитых стран мира, где на протяжении последних десятилетий ожидаемая продолжительность жизни устойчиво и довольно быстро повышалась, в нашей стране ее уровень заметно варьировался: снижение приходилось в основном на периоды серьезных финансовых и социально-экономических потрясений. Минимального значения уровень ОПЖ достиг в 1994 г. – 64 года. Начиная с 2003 г. ожидаемая продолжительность жизни населения росла и

к 2013 г. составила 70,8 года, что сравнимо со среднемировым показателем и ниже аналогичного в странах Евросоюза почти на 10 лет (рис. 1).

Говоря о гендерных различиях в уровне ОПЖ, стоит отметить, что расхождение в данном показателе у мужчин и женщин России в среднем за рассматриваемый временной промежуток составляло 12 лет, тогда как в мире и странах Евросоюза он держался на отметке 4–6 лет. Наибольший разрыв в уровне продолжительности жизни мужчин и женщин нашей страны пришёлся на 1995 г. (14,3 лет) (рис. 2).

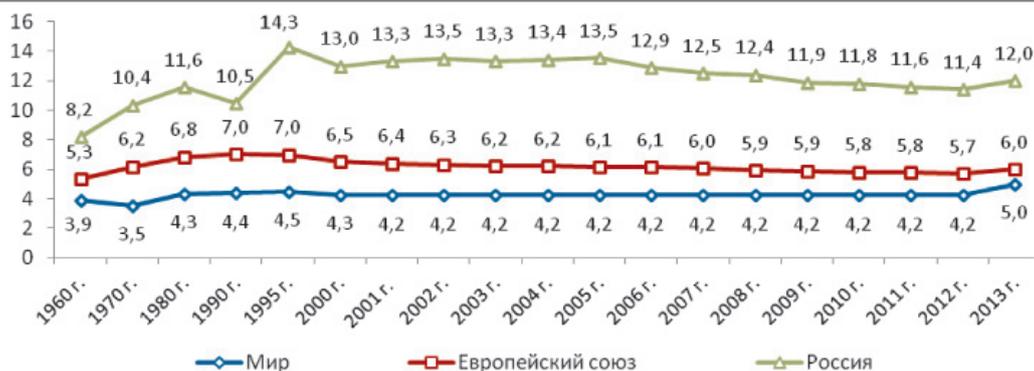


Рис. 2. Гендерный разрыв в ОПЖ в мире, странах ЕС и России в 1960–2013 гг.* (лет). *Рассчитано авторами на основе данных Всемирного банка и Европейского бюро по проблемам народонаселения. Источники: [11, 12]



Таблица 2
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни населения
в ведущих развитых странах мира в 2000 и 2013 гг. (лет)

| Регионы | Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, лет | | | | | | | | |
|---------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------------------|----------|----------|
| | 2000 г. | | | 2013 г. | | | Изменение 2012 к 2000 гг., лет | | |
| | Муж. | Жен. | Оба пола | Муж. | Жен. | Оба пола | Муж. | Жен. | Оба пола |
| Мир | 56 | 60 | 58 | 60 | 64 | 62 | 4 | 4 | 4 |
| США | 66 | 70 | 68 | 68 | 71 | 69 | 2 | 1 | 1 |
| Англия | 67 | 70 | 69 | 69 | 72 | 71 | 2 | 2 | 2 |
| Швеция | 69 | 72 | 70 | 70 | 73 | 72 | 1 | 1 | 2 |
| Канада | 69 | 72 | 70 | 71 | 73 | 72 | 2 | 1 | 2 |
| Дания | 66 | 70 | 68 | 69 | 71 | 70 | 3 | 1 | 2 |
| Норвегия | 67 | 71 | 69 | 69 | 72 | 71 | 2 | 1 | 2 |
| Франция | 67 | 72 | 69 | 69 | 74 | 72 | 2 | 2 | 3 |
| Италия | 68 | 72 | 70 | 71 | 74 | 73 | 3 | 2 | 3 |
| Германия | 67 | 71 | 69 | 69 | 73 | 71 | 2 | 2 | 2 |
| Япония | 71 | 76 | 73 | 72 | 78 | 75 | 1 | 2 | 2 |
| Россия | 54 | 63 | 58 | 55 | 66 | 61 | 1 | 3 | 3 |

Примечание. Источник: [13].

По уровню ожидаемой продолжительности здоровой жизни¹ отставание России от ведущих развитых государств мира ещё значительнее – более чем на 10 лет, гендерный разрыв в её величине выше в 2–3 раза (9 лет против 3–5) (табл. 2).

В ходе анализа динамики ожидаемой продолжительности жизни населения макрорегионов Российской Федерации было установлено, что за период с 1990 по 2013 гг. данный показатель вырос во всех федеральных образованиях. Наибольшего значения в 2013 г. ОПЖ достигла в Северо-Кавказском федеральном округе (74 года), среди регионов – в Республике Ингушетия (78,8 лет). Самый низкий уровень ОПЖ

¹ Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (Healthy life expectancy at birth) – это число лет, которые предстоит прожить человеку без ограничений жизнедеятельности из-за болезней или инвалидности.

был зафиксирован в Дальневосточном федеральном округе (67,8 лет) и в Республике Тыва (61,8 лет) [7]. Таким образом, разрыв в продолжительности жизни разных субъектов РФ доходит до 17 лет. Подобные различия обусловлены вариациями социально-экономических, природно-климатических и культурно-этнических факторов [5, с. 129].

Согласно методике расчёта показателя ОПЖ на основе таблиц смертности [1, с. 23], значительный вклад в её формирование вносит младенческая смертность. Говоря о динамике данного показателя, стоит отметить, что за период с 1960 по 2013 гг. в России он снизился в 4 раза. На протяжении всего рассматриваемого периода превышение уровня младенческой смертности в стране по сравнению с государствами Евросоюза сократилось с 3-х до 2-х раз (рис. 3).

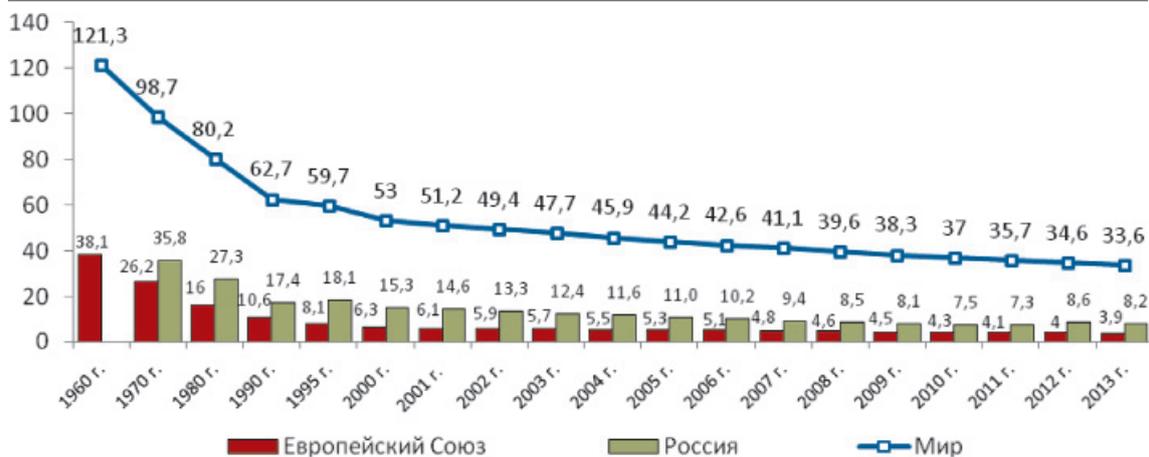


Рис. 3. Динамика коэффициента младенческой смертности в мире, странах ЕС и России в 1960–2013 гг. (умерших на первом году жизни на 1 тыс. родившихся живыми). Источники: [11, 12]

Но при более детальном рассмотрении наблюдаемые успехи кажутся не такими значительными. Так, в 2012 г. уровень младенческой смертности вырос на 18% по сравнению с 2011 г. Такой рост показателя связан с переходом России с апреля 2012 г. на использование нового определения мертворождения [3, с. 280], приблизившего нашу страну к критериям живорождения ВОЗ. В рейтинге стран мира по уровню младенческой смертности 2014 г. [10] Российская Федерация находится на 160 позиции (7,08 умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми) из 224 возможных, располагаясь «по соседству» с Чили и Кувейтом.

Кроме младенческой смертности существенный вклад в ожидаемую продолжительность жизни вносит смертность взрослого, главным образом трудоспособного населения. Одной из ключевых характеристик российской модели смертности является сверхсмертность трудоспособного населения (особенно мужского) по сравнению с развитыми странами мира [9, с. 87]. Так, за период с 1960 по 2012 гг. в боль-

шинстве развитых государств данный показатель и среди мужчин, и среди женщин сократился в 2 и более раза, тогда как в России у женщин он не изменился, а у мужчин вырос на 22%.

В 2012 г. уровень смертности мужчин трудоспособного возраста в России в 4 раза превышал аналогичный в развитых странах мира, общемировой – в 2 раза. Показатель смертности женщин данной категории в нашей стране несколько ниже мирового, но превышает средний по экономически развитым странам (в 2,6 раза) (табл. 3).

По причине преждевременной смертности население России ежегодно теряет около 11 лет потенциально возможной жизни, что больше аналогичного показателя в государствах СНГ (10 лет) и Евросоюза (4 года). При этом потери лет жизни мужского населения нашей страны превышают потери женского в 2,5 раза, тогда как в ЕС этот разрыв ниже и составляет 1,7 раза. Кроме того, в европейских странах наблюдается более значительное сокращение потерь от преждевременной смертности по сравнению с общероссийскими (табл. 4).



Таблица 3

Динамика смертности трудоспособного населения (в возрасте 15–60 лет)
в ведущих развитых странах мира в 1960–2012 гг.
(умерших на 100 тыс. чел. трудоспособного населения)

| Страны | 1960 г. | | 1970 г. | | 1980 г. | | 1990 г. | | 2000 г. | | 2012 г. | | 2012 к ..., % | | | |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | | | | | | | | | | 1960 г. | | 2000 г. | |
| | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. |
| Мир | 383 | 298 | 283 | 225 | 254 | 184 | 232 | 161 | 220 | 152 | 194 | 138 | 50,7 | 46,3 | 88,2 | 90,8 |
| США | 233 | 131 | 237 | 128 | 195 | 103 | 172 | 91 | 144 | 83 | 130 | 77 | 55,8 | 58,8 | 90,3 | 92,8 |
| Англия | 186 | 109 | 180 | 107 | 162 | 97 | 129 | 78 | 108 | 68 | 90 | 56 | 48,4 | 51,4 | 83,3 | 82,4 |
| Швеция | 141 | 95 | 140 | 84 | 142 | 76 | 114 | 66 | 87 | 56 | 68 | 44 | 48,2 | 46,3 | 78,2 | 78,6 |
| Канада | 193 | 110 | 187 | 103 | 164 | 86 | 127 | 70 | 101 | 61 | 68 | 52 | 35,2 | 47,3 | 67,3 | 85,2 |
| Дания | 151 | 106 | 159 | 104 | 167 | 106 | 155 | 101 | 126 | 79 | 102 | 61 | 67,5 | 57,5 | 81,0 | 77,2 |
| Норвегия | 142 | 82 | 158 | 76 | 146 | 67 | 132 | 68 | 107 | 61 | 73 | 44 | 51,4 | 53,7 | 68,2 | 72,1 |
| Франция | 217 | 115 | 204 | 101 | 196 | 85 | 168 | 69 | 138 | 61 | 109 | 52 | 50,2 | 45,2 | 79,0 | 85,2 |
| Италия | 189 | 109 | 176 | 95 | 165 | 77 | 131 | 61 | 101 | 51 | 70 | 39 | 37,0 | 35,8 | 69,3 | 76,5 |
| Германия | н.д. | н.д. | н.д. | н.д. | н.д. | н.д. | 158 | 77 | 124 | 63 | 94 | 50 | – | – | 75,8 | 79,4 |
| Япония | 217 | 149 | 173 | 104 | 130 | 69 | 109 | 53 | 98 | 48 | 82 | 43 | 37,8 | 28,9 | 83,7 | 89,6 |
| Россия | 277 | 127 | 313 | 123 | 362 | 135 | 316 | 116 | 443 | 159 | 339 | 127 | 122,4 | 100,0 | 76,5 | 79,9 |

Примечание. Источник: [12].

Таблица 4

Снижение ожидаемой продолжительности жизни
до 65 лет из-за преждевременной смертности (лет)*

| Страны | 1990 г. | 2000 г. | 2005 г. | 2010 г. | 2010 к 1990 г., % |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|
| Россия | 10,41 | 13,17 | 13,28 | 10,77 | 103,5 |
| Мужчины | 13,31 | 16,91 | 17,02 | 13,89 | 104,4 |
| Женщины | 6,48 | 7,83 | 7,99 | 5,56 | 85,8 |
| Страны ЕС | 6,3 | 5,25 | 4,79 | 4,39 | 69,7 |
| Мужчины | 7,75 | 6,49 | 5,94 | 5,41 | 69,8 |
| Женщины | 4,44 | 3,7 | 3,38 | 3,13 | 70,5 |
| Страны СНГ | 10,26 | 11,81 | 11,78 | 9,9 | 96,5 |
| Мужчины | 12,86 | 14,99 | 14,93 | 12,59 | 97,9 |
| Женщины | 6,85 | 7,47 | 7,49 | 6,41 | 93,6 |

Примечание. *Последние данные для России и стран СНГ представлены за 2010 г. Источник: [2].

Известно, что качество общественного здоровья населения формируется и поддерживается совокупностью условий его жизни. Соответственно любые

изменения качества жизни отражаются на ожидаемой продолжительности жизни. Негативные изменения параметров общественного здоровья связаны



с социально-экономическими, производственными, экологическими факторами [8, с. 125].

Взаимосвязь ОПЖ с такими факторами, как смертность населения от внешних причин, производственный травматизм, инвалидность населения, детская и младенческая смертность, делает целесообразной реализацию двух приоритетных направлений повышения ожидаемой продолжительности жизни населения: **укрепление репродуктивного здоровья и повышение эффективности медицинской профилактики**. В Российской Федерации данные вопросы являются ведущими задачами государственных концептуально-стратегических и программных документов: Концепции демографического развития РФ на период до 2025 года, Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года, Стратегии национальной безопасности РФ на период до 2020 года, государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» на период до 2020 года и приоритетного национального проекта «Здоровье». Остановимся подробнее на каждом из направлений.

Репродуктивные потери вследствие высокой младенческой смертности представляют собой невосполнимую утрату жизненного потенциала популяции «на старте жизни» и являются безвозвратной потерей человеческого капитала – репродуктивного, трудового, интеллектуального, оборонного [6]. Анализ структуры младенческой смертности показывает, что наиболее распространёнными причинами смертности детского населения в возрасте до 1 года являются факторы, тесно связанные со здоровьем родителей (главным образом со здоровьем матери). Так, первые два места в ней занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (54,5 % случаев),

и врождённые аномалии развития (21 % случаев).

Немаловажное место в подобных тенденциях занимает состояние репродуктивного здоровья населения страны, которое характеризуется ростом заболеваемости по ряду нозологических форм болезней репродуктивной сферы как женщин, так и мужчин, что увеличивает риск возникновения бесплодия, осложнений беременности и родов [8, с. 159].

При этом по данным мониторинга условий формирования здорового поколения² более трети женщин Вологодской области не задумывались о возможных противопоказаниях к зачатию, беременность наступила спонтанно, без подготовки.

Принимая во внимание вышеперечисленные факты, считаем, что приоритетным направлением и одновременно резервом сокращения младенческой смертности в России может служить комплекс мероприятий по улучшению качества репродуктивного здоровья населения, главным образом, касающихся тщательной подготовки будущих родителей не только к рождению, но и к зачатию ребёнка.

Второе направление мероприятий, нацеленных на увеличение продолжительности жизни населения страны, с нашей точки зрения, должно затрагивать вопрос повышения эффективности профилактики смертности трудоспособных граждан.

В рамках указанных направлений целесообразно применять механизмы развития и поддержания положительных установок населения на ведение здорового образа жизни с помощью активного привлечения СМИ, общественных организаций, профсоюзов, органов власти и ведомств к пропаганде ЗОЖ, профилактике саморазрушительных форм поведения у населения.

² ИСЭРТ РАН, 1999–2010, N=800.



Библиографический список

1. Вальчук Э. А., Гулицкая Н. И., Антипов В. В. Заболеваемость населения : методы изучения. – Минск, 2000. – 23 с.
2. Европейская база данных «Здоровье для всех». URL: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html.
3. Население России 2012. Двадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А. Г. Вишневецкий; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. – 412 с.
4. Прохоров Б. Б. Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях // Проблемы прогнозирования. – 2006. – № 5. – С. 124–138.
5. Прохоров Б. Б., Горшкова И. В., Тарасова Е. В. Условия жизни населения и общественное здоровье // Проблемы прогнозирования. – 2003. – № 5. – С. 127–140.
6. Стародубов В. И., Суханова Л. П., Сыченков Ю. Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang,ru/>.
7. Федеральная служба государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru/>.
8. Шабунова А. А. Здоровье населения России : состояние и динамика. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
9. Шабунова А. А., Шахотко Л. П., Боброва А. Г., Маланичева Н. А. Смертность трудоспособного населения России и Беларуси как угроза демографическому развитию территорий // Экономические и социальные перемены : факты, тенденции, прогноз. – 2012. – № 2 (20). – С. 83–94.
10. Central Intelligence Agency. The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.
11. Population Reference Bureau. DataFinder. URL: <http://www.prb.org/>.
12. The World Bank. World Development Indicators. URL: <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx>.
13. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.680?lang=en>.
14. World Health Statistics 2014. – World Health Organization, 2014. – 177 p.

Bibliograficheskiy spisok

1. Valchuk E. A., Gulitskaya N. I., Antipov V. V. Zaboлеваemost naseleniya : metody izucheniya. – Minsk, 2000. – 23 s.
2. Evropeyskaya baza dannykh «Zdorove dlya vseh». URL: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html.
3. Naselenie Rossii 2012. Dvadsatyy ezhegodnyy demograficheskiy doklad / отв. red. A. G. Vishnevskiy; Nats. issled. un-t «Vysshaya shkola ekonomiki». – M. : Izd. dom Vyishey shkoly ekonomiki, 2014. – 412 s.
4. Prohorov B. B. Dinamika sotsialno-ekonomicheskogo reformirovaniya Rossii v mediko-demograficheskikh pokazatelyah // Problemy prognozirovaniya. – 2006. – № 5. – S. 124–138.
5. Prohorov B. B., Gorshkova I. V., Tarasova E. V. Usloviya zhizni naseleniya i obschestvennoe zdorove // Problemy prognozirovaniya. – 2003. – № 5. – S. 127–140.
6. Starodubov V. I., Suhanova L. P., Syichenkov Yu. G. Reproduktivnyye poteri kak mediko-sotsialnaya problema demograficheskogo razvitiya Rossii // Sotsialnyye aspekty zdorovya naseleniya. – 2011. – № 6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang,ru/>.
7. Federalnaya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. URL: <http://www.gks.ru/>.
8. Shabunova A. A. Zdorove naseleniya Rossii : sostoyanie i dinamika. – Vologda : ISERT RAN, 2010. – 408 s.
9. Shabunova A. A., Shahotko L. P., Bobrova A. G., Malanicheva N. A. Smertnost trudospobnogo naseleniya Rossii i Belarusi kak ugroza demograficheskomu razvitiyu territoriy // Ekonomicheskije i sotsialnyye peremenyi : fakty, tendentsii, prognoz. – 2012. – № 2 (20). – S. 83–94.
10. Central Intelligence Agency. The World Factbook. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>.
11. Population Reference Bureau. DataFinder. URL: <http://www.prb.org/>.
12. The World Bank. World Development Indicators. URL: <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx>.
13. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.680?lang=en>.
14. World Health Statistics 2014. – World Health Organization, 2014. – 177 p.

© Шабунова А. А., Калачикова О. Н.,
Короленко А. В., 2015