

АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАК ИНДИКАТОРА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИИ¹

В статье дана оценка резерва увеличения ожидаемой продолжительности жизни в результате возможного снижения смертности людей от внешних причин в Вологодской области. Проанализирована медико-демографическая ситуация в регионе и финансовые ресурсы, выделяемые на здравоохранение в нашей стране. В целом медико-демографическая ситуация имеет позитивные сдвиги, однако основные показатели ещё далеки от тех, которые имеют развитые страны. Главными причинами подобного положения дел служат, с одной стороны, активизация проектов, нацеленных на улучшение качества здравоохранения, а с другой – проявление закона убывающей отдачи, а также нерациональное использование финансов.

Развитие территорий, внешние причины смертности, ожидаемая продолжительность жизни, здравоохранение.

Продолжительность жизни людей зависит от многих факторов: от образа жизни, доходов граждан, наследственности, качества питания, развития здравоохранения, уровня загрязнения окружающей среды, уровня преступности и др. В конце 1950-х – начале 1960-х годов продолжительность жизни в России была сопоставима с продолжительностью жизни в развитых странах. Россияне, в среднем, жили примерно столько, сколько

французы, итальянцы, японцы, немцы, американцы, и дольше, чем китайцы. За период с 1970 по 2000 г. Россию по продолжительности жизни опередили все развитые страны, многие развивающиеся и некоторые слаборазвитые: Албания, Египет, Гондурас, Эквадор и десятки других. И хотя в последние несколько лет общая продолжительность жизни россиян при рождении начала расти, нынешние тенденции не позволяют утверждать, что в обозримом будущем (10 – 15 лет) мы приблизимся к показателям Китая (74 года в 2008 году), не говоря уже о Швеции или Японии (табл. 1).

Отличительная черта демографической ситуации в России – огромная разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин. В развитых странах и в странах с развитой системой здравоохранения она составляет 3 – 5 лет, в нашей



ЛАСТОЧКИНА Мария Александровна
кандидат экономических наук,
старший научный сотрудник
ФГБУН ИСЭРТ РАН
mashkop@mail.ru

¹ Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ «Экономическая оценка влияния смертности от насильственных причин на развитие территорий» № 12-32-01287.

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)

Страна	1990 г.	2000 г.	2009 г.	2011 г.
Япония	79	81	83	83
Швеция	78	80	81	82
Канада	77	79	81	82
Россия	69	65	68	69

Источник: Мировая статистика здравоохранения 2013 год. World health statistics 2013. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html

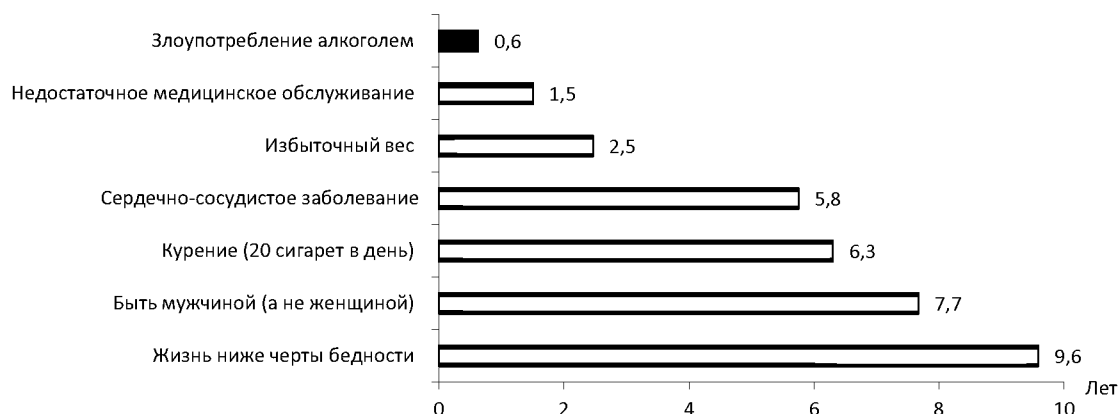


Рис. 1. Оценка понижения средней ожидаемой продолжительности жизни (по данным социологического исследования)

Источник: Ваганов П.А. Риск смерти и цена жизни [Текст] // Правоведение. – 1999. – № 3. – С. 67-82.

стране – почти 12 лет. В Вологодской области разница ещё значительнее – более 13 лет. Так, социологические исследования, проведённые в США, наглядно отразили гендерное отличие ожидаемой продолжительности жизни (далее – ОПЖ) у мужчин по сравнению с женщинами в 7,7 года (рис. 1). На первом месте среди факторов, уменьшающих продолжительность жизни, оказалась «жизнь ниже черты бедности», а на третьем – курение.

Отмеченный с 2003 года рост средней продолжительности жизни в России поднял планку почти на 5 лет так, что в 2011 году ОПЖ при рождении составила в среднем у мужчин и женщин почти 70 лет. Здесь позитивный вклад в демографию, на наш взгляд, внесла успешная реализация приоритетного национального проекта «Здоровье», «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года», «Концепции демографического развития Рос-

сийской Федерации на период до 2015 года». За десять лет финансирование здравоохранения в России повысилось более чем в шесть раз. Значительные «вливания» в эту сферу принесли весомые результаты: в стране удалось повлиять на факторы, определяющие рост продолжительности жизни, рождаемости, снизить смертность населения, младенческую смертность.

Начиная с 1970-х годов, в РФ большая часть всех смертей обусловлена болезнями системы кровообращения. Второе и третье места по числу обусловленных ими смертей занимают новообразования и внешние причины смерти. Как показывает статистика, в Вологодской области за последние два десятилетия произошло значительное сокращение смертности от внешних причин – на 34% уменьшилась доля умерших от несчастных случаев, отравлений и травм (с 1995 по 2012 г., табл. 2). Однако их уровень всё ещё очень высок и, по данным 2010 г., в 6,5

Таблица 2. Смертность населения Вологодской области по некоторым причинам смерти

Причина смерти	Число умерших, чел.					Число умерших, на 100 тыс. чел.				
	1995 г.	2005 г.	2010 г.	2012 г.	прирост 1995 – 2012	1995 г.	2005 г.	2010 г.	2012 г.	темп роста 1995 – 2012, в %
Всего умерло	21870	23379	20174	18059	-3811	1617,4	1884,7	1675,8	1508,2	93,2
В том числе от: Болезней системы кровообращения	12538	12929	11661	10729	-1809	927,2	1042,3	968,7	896	96,6
Новообразований	2818	2517	2562	2660	-158	208,6	202,9	212,8	222,2	106,5
Несчастных случаев, отравлений и травм	3144	3363	2329	1792	-1352	232,5	271,1	193,5	149,7	64,4

Источник: Демографический ежегодник Вологодской области. Статистический ежегодник. 2012 [Текст]: стат. сборник. – Вологда: Вологдастат, 2013 – 406 с.

Таблица 3. Расчёт ожидаемой продолжительности жизни с учетом снижения смертности от внешних причин, 2012 г.

Возраст	Снижение на 15%			Снижение на 30%		
	всё население	мужчины	женщины	всё население	мужчины	женщины
0	68,8	63,2	75,3	69,3	63,8	75,5
1 – 4	68,1	62,4	74,7	68,6	63,1	74,9
5 – 9	64,2	58,5	70,8	64,7	59,2	71,0
10 – 14	59,3	53,6	65,9	59,8	54,2	66,1
15 – 19	54,4	48,8	61,0	54,9	49,4	61,1
20 – 24	49,7	44,2	56,1	50,1	44,7	56,2
25 – 29	45,1	39,8	51,3	45,5	40,3	51,4
30 – 34	40,8	35,7	46,6	41,1	36,1	46,7
35 – 39	36,6	31,8	42,1	36,9	32,1	42,2
40 – 44	32,7	28,2	37,6	32,9	28,5	37,7
45 – 49	28,9	24,9	33,2	29,0	25,1	33,3
50 – 54	25,3	21,8	28,9	25,4	22,0	29,0
55 – 59	22,1	19,3	24,8	22,2	19,4	24,9
60 – 64	19,3	17,4	21,0	19,3	17,5	21,1
65 и старше	16,5	15,9	17,4	16,5	15,9	17,4

Примечание: Рассчитано на основе данных половозрастных таблиц смертности, рождаемости, заболеваемости населения Вологодской области в 2012 году.
Источник: Демографический ежегодник Вологодской области. Статистический ежегодник. 2012 [Текст]: стат. сборник. – Вологда: Вологдастат, 2013 – 406 с.

раз выше, чем в Великобритании, в 5 раз – чем в Германии, и почти в 2 раза, чем в Республике Беларусь. На наш взгляд, снижение числа погибших от внешних причин людей – это один из существенных резервов роста трудовых ресурсов, увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения для Вологодской области (и России в целом).

Для того чтобы оценить негативные последствия влияния смертности от предотвратимых причин на уровень ожидаемой продолжительности жизни нами была использована методика вычисления индекса ОПЖ, основанная

на модели последовательного убывания условного поколения, вероятность смерти рассчитывалась по формуле Паевского [2]. Как видно из расчётов, сокращение смертности от выделенных заболеваний на 30% способствовало бы повышению ОПЖ у женщин на 0,5 года, а у мужчин ещё значительно – на 1,7 года. Подобное сокращение вряд ли достижимо в течение года, наиболее возможное снижение представляется нам в пределах 15%, таким образом, расчётная продолжительность жизни при рождении повысилась бы на полгода и составила 68,8 лет (табл. 3).

По данным ВОЗ, ожидаемая продолжительность жизни растёт по мере увеличения общих расходов на здравоохранение на душу населения, однако с убывающей приростной отдачей: наиболее высокие уровни таких расходов связаны лишь с умеренным ростом ожидаемой продолжительности жизни или с отсутствием такого роста [7]. В 2000 – 2010 гг. в Канаде расходы на здравоохранение составляли 8,8 – 11,4%, в Японии 7,7 – 9,2%, в России – не более 7% (табл. 4). Кроме того, в нашей стране доля государственных расходов на здравоохранение на душу населения не превышает 60%, тогда как в развитых странах она на 10 – 20% больше. В России с такими серьёзными проблемами (низкими качеством и продолжительностью жизни, плохим здоровьем населения), с одной стороны, и значительными накоплениями от продажи природных ресурсов, – с другой, объём расходов на здравоохранение должен был быть, естественно, больше. Между тем расходы на здравоохранение за период с 2000 по 2010 г. даже снизились и составляли всего 5,4 и 4,8% от ВВП соответственно. Хотя отмеченный рост реального ВВП с 7677,6 до 120710,6 (млрд. руб., в ценах 2000 года) обеспечил увеличение реальных расходов на здравоохранение, однако это в несколько раз меньше, чем в развитых странах. Сравнение общих расходов на здравоохранение на душу населения по паритету

покупательской способности ещё более усугубило тенденции – здесь российский показатель в 3 – 7 раз меньше, чем в развитых странах (см. табл. 4).

Результаты многочисленных исследований вопроса о том, почему во всей Европе растёт стоимость медико-санитарной помощи, говорят о том, что движущие силы этого роста связаны с увеличением объёма пользования услугами. К ним относятся технологический прогресс и связанные с ним изменения в структуре пользования услугами, а также старение населения совместно с ростом доходов и ожиданий.

Наиболее важным фактором, ведущим к удорожанию медико-санитарной помощи, является технологический прогресс: по отдельным оценкам, на его долю приходится от половины до трёх четвертей всего роста расходов на медико-санитарную помощь. При этом технологические изменения могут вести к снижению стоимости за счёт повышения эффективности или улучшения здоровья, что в свою очередь снижает потребность в дальнейшей более дорогостоящей помощи [5].

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации в рамках государственных гарантий формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи определяют эффективное функционирование системы здравоохранения [6].

Таблица 4. Расходы на здравоохранение

Страны	Общие расходы на здравоохранение, в % от ВВП		Доля государственных расходов от общих расходов на здравоохранение на душу населения (%)		Государственные расходы на здравоохранение на душу населения (ППС в межд. долл.)	
	2000 г.	2010 г.	2000 г.	2010 г.	2000 г.	2010 г.
Россия	5,4	6,5	59,9	58,7	221	749
Китай	4,6	5,0	38,3	47,2	41	203
Япония	7,7	9,2	81,3	80,3	1600	2506
Швеция	8,2	9,6	84,9	81,0	1939	3047
Канада	8,8	11,4	70,3	71,1	1772	3157

Источник: Мировая статистика здравоохранения 2013 год. World health statistics 2013. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html

Таблица 5. **Объём платных услуг населению** (в фактически действовавших ценах, млн. руб.)

Территория	2000 г.	2005 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Российская Федерация	27448	109756	162115	195600	222950	244440
Вологодская область	425	1684	2479	2934	2882	3124

Источник: Здравоохранение в России. 2011 [Текст]: стат. сборник. – М.: Росстат, 2011. – 326 с.

Анализ фактических показателей реализации территориальной программы государственных гарантий (далее – ТПГГ) по объёму и финансовому обеспечению оказанной медицинской помощи показал, что сохраняется существенная дифференциация подушевых финансовых показателей реализации ТПГГ (от 3667,0 руб. в Республике Дагестан до 36172,7 руб. – в Чукотском автономном округе в 2010 году). При рассмотрении фискальных показателей нельзя точно определить, какой именно из них отражает сущность финансовой устойчивости системы здравоохранения, например, основываясь на данных ТПГГ, можно отметить ежегодные увеличения расходов на одного жителя, вместе с тем расходы консолидированных бюджетов на здравоохранение, физическую культуру и спорт в Вологодской области снижаются, хотя в среднем по России увеличиваются.

Имея развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи не способна удовлетворить потребности населения. Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными (неадекватно высокая численностью населения, прикреплённого к одному амбулаторному участку; расширенный объём лечебной работы при острой патологии; нехватка кабинетов доврачебной медицинской помощи). Причина сложившейся ситуации кроется в малообеспеченности первичного медико-санитарного звена. Так, доля финансирования в общей структуре составляла только 22,5%, тогда как на стационарную

помощь приходилось 54,6% подушевого финансового обеспечения ТПГГ.

По сравнению с 2000 годом почти в 7 раз вырос объём платных услуг населению (табл. 5). На наш взгляд, отправной точкой подобного увеличения является длительное время ожидания приёма, неудобный график работы государственных и муниципальных амбулаторных учреждений здравоохранения, следовательно, доступность бесплатной первичной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для работающего населения оказывается крайне низкой. То есть граждане, имеющие хороший стабильный доход, экономя время, всё больше стали обращаться к услугам платной медицины.

На современном этапе развитие и модернизация здравоохранения Вологодской области тесно связаны с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье», «Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года», исполнение которых в сочетании с региональными инициативами позволило перераспределить финансовые потоки и создать дополнительные возможности функционирования здравоохранения. С принятием областной «Программы модернизации здравоохранения Вологодской области на 2011 – 2012 годы» (далее – Программа) в отрасль здравоохранения было привлечено более 4 миллиарда рублей. Её реализация была нацелена на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, в первую очередь по заболеваниям, являющимся основными причинами смертности населения: сер-

дечно-сосудистым, цереброваскулярным, онкологическим, а также травмам. Планирование Программы осуществлялось на базе показателей, целевые значения которых установлены с учётом социально-экономического развития региона, потребностей населения в бесплатной медицинской помощи и установленных требований к организации функционирования сети учреждений здравоохранения. Однако остался ещё целый список задач, требующих целенаправленного решения, основные из них:

- дефицит квалифицированных врачебных кадров;
- недостаточная доступность в получении квалифицированной медицинской помощи;
- большой износ высокотехнологичного медицинского оборудования;
- недоработки в системе организации плановой записи на приёмы к вра-

чам с использованием информационных технологий;

– дефицит финансовых средств для обеспечения льготных категорий граждан необходимыми лекарственными препаратами, адаптированными молочными смесями детей первого года жизни;

– низкий уровень заработной платы работников учреждений здравоохранения.

Таким образом, демографическая ситуация в России и Вологодской области в частности имеет тенденции к улучшению, однако основные показатели ещё далеки от «идеальных». Ускорение продвижения вперёд, как установлено нашим анализом, определяется, с одной стороны, реализацией проектов, нацеленных на улучшение качества здравоохранения, а с другой стороны, требует более рационального использования финансовых ресурсов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ваганов, П.А. Риск смерти и цена жизни [Текст] / П.А. Ваганов // Правоведение. – 1999. – № 3. – С. 67-82.
2. Демографическая модернизация России, 1900 – 2000 [Текст] / под ред. А.Г. Вишневого. – М.: Новое издательство, 2006. – 608 с.
3. Демографический ежегодник Вологодской области. Статистический ежегодник. 2012 [Текст]: стат. сборник. – Вологда: Вологдастат, 2013 – 406 с.
4. Здравоохранение в России. 2011 [Текст]: стат. сборник. – М.: Росстат, 2011. – 326 с.
5. Калашников, К.Н. Стационарозамещающие технологии в региональном здравоохранении: организационно-экономический аспект [Текст] / К.Н. Калашников, М.Д. Дуганов, А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2010. – № 10. – С. 115-123.
6. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. // Справочно-правовая система «Консультант Плюс».
7. Мировая статистика здравоохранения 2013 год. World health statistics 2013. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html