

**ЖИЛИНСКИЙ Евгений Васильевич** — к.э.н., доцент, ведущий научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения РАН (117218, Россия, г. Москва, Нахимовский пр-кт, 32)

## УБЫЛЬ НАСЕЛЕНИЯ И РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Аннотация.** Рост смертности в России объясняется сочетанием ряда факторов: шоковым переходом к рыночной экономике, сломом социальных лифтов, падением уровня медицинского обслуживания, низким суммарным коэффициентом рождаемости. Остановить наметившуюся естественную убыль населения за относительно короткий период практически невозможно.

**Ключевые слова:** коэффициент рождаемости, возрастная инерция, коэффициент смертности, доступность медицинской помощи, оптимизация здравоохранения, доля в ВВП

Естественный прирост или убыль населения в конечном счете определяются суммарным коэффициентом рождаемости. Если он выше 2,15–2,18<sup>1</sup>, то каждое последующее поколение окажется многочисленнее предыдущего, а если меньше — малочисленнее. Однако если в какой-то стране суммарный коэффициент рождаемости изменится с величины большей 2,15 до величины меньшей 2,15, то в силу так называемой возрастной инерции естественный прирост населения продолжится еще довольно продолжительное время. Длительность этого периода и темпы прироста населения определяются многими факторами: возрастной структурой населения, продолжительностью жизни, уровнями рождаемости и смертности и др. Но если суммарный коэффициент рождаемости составляет меньше 2,15, то рано или поздно возрастная инерция будет исчерпана, и начнется естественная убыль населения.

В нулевые годы, т.е. в начале XXI в., средний суммарный коэффициент рождаемости в мире составил 2,58. Это обеспечило расширенное воспроизводство жителей нашей планеты, численность которых за период 2000–2015 гг. увеличилась с 6 млрд чел. до 7,3 млрд. Согласно форсайт-прогнозу департамента демографии ООН, численность землян к 2025 г. будет равна 8, к 2050 г. — 9 и к 2100 г. — 10 млрд чел.

Более 60% населения Земли живет в Азии. Самыми крупными из азиатских стран с суммарным коэффициентом рождаемости свыше 2,15 являются Индия, Индонезия, Пакистан и Бангладеш. В этих странах, где проживает четверть всего населения земного шара, рождаемость в последние десятилетия резко снизилась, однако нынешний ее суммарный коэффициент (от 2,34 в Индонезии до 3,58 в Пакистане) обеспечивает расширенное воспроизводство населения. И хотя темпы его естественного прироста в этих четырех странах будут уменьшаться, численность населения в обозримом будущем станет непрерывно увеличиваться.

В Китае и России суммарные коэффициенты рождаемости (1,77 и 1,73) не обеспечивают простого воспроизводства населения. В отличие от РФ, численность населения КНР пока еще растет по инерции, но темпы роста будут непрерывно замедляться, и через 20–30 лет начнется естественная убыль населения Китая.

В США суммарный коэффициент рождаемости равен 2,1. Население здесь растет не только за счет возрастной инерции, но и благодаря чистой миграции, т.е. разнице между числом иммигрантов, въехавших в страну, и числом эмигрантов,

<sup>1</sup> То есть, 100 женщин за репродуктивный период своей жизни должны родить 215–218 детей.

выехавших из нее. Поэтому скорее всего численность населения США в обозримом будущем будет непрерывно увеличиваться.

Во всех западноевропейских странах уже давно на одну женщину приходится меньше двух детей. Однако благодаря увеличению продолжительности жизни период инерционного роста затянулся, и естественная убыль населения наметилась только сейчас. Превышение смертности над рождаемостью в значительной степени компенсируется иммиграцией. Поэтому численность населения всех западноевропейских стран за последние десятилетия увеличилась. Тем не менее темп естественной убыли будет расти, а численность коренного населения станет постоянно уменьшаться.

В большинстве восточноевропейских стран резерв возрастной инерции был исчерпан еще 20 лет назад. Смена естественного прироста естественной убылью населения произошла в результате социально-экономических трансформаций, следствием которых стали резкое снижение рождаемости и увеличение смертности.

Самой большой величиной естественной убыли населения отличается Украина – 0,64% населения в год. Далее следуют Россия – 0,50%, Болгария – 0,47%, Беларусь – 0,43%, Латвия – 0,40%, Венгрия – 0,34%, Эстония – 0,31%, Литва – 0,21%. На изменение численности населения влияет и эмиграция. С учетом этого фактора на первое место в мире по темпам уменьшения населения выходит Болгария – 0,81%. Следующие места занимают Украина – 0,65%, Латвия и Эстония – по 0,63%, Россия – 0,47%, Беларусь – 0,39%, Грузия – 0,33%, Литва – 0,27%.

В результате эмиграции и естественной убыли за 20 лет реформ население Болгарии уменьшилось на 19,3%, Эстонии – на 17,4%, Латвии – на 16,4%, Грузии – на 15,1%, Украины – на 11,3%, Армении – на 9,9%, Казахстана – на 7,1%, Венгрии – на 6,4%, Беларуси – на 5,6%, России – на 5,0%, Литвы – на 4,2%, Румынии – на 3,3%, Молдавии – на 0,8%. Легко заметить, что основную часть списка составляют бывшие союзные республики. В большинстве этих стран в результате проведенных реформ уровень здравоохранения снизился, что привело к преждевременному уходу из жизни за прошедшие годы нескольких десятков миллионов человек.

Рост убыли населения объясняется сочетанием ряда факторов: шоковым переходом от социалистической экономической формации к капиталистической, сломом «социальных лифтов», дороговизной лекарственных препаратов и лечебных процедур, падением уровня медицинского обеспечения и доступности медицинской помощи. Кроме того, в условиях рыночной экономики и постсоветского капитализма цена рабочей силы оказалась ниже величины, необходимой даже для простого воспроизводства населения. Это – основные причины низкой рождаемости и депопуляции, за которыми следуют вырождение нации и ее вымирание. Без их устранения ни национальные приоритетные проекты, ни материнский капитал, ни родовые сертификаты не помогут.

Тяжелая демографическая ситуация в бывших союзных республиках усугубляется возрастной структурой населения. Вступление в репродуктивный возраст малочисленного населения рождения 90-х гг. прошлого века будет сопровождаться уходом из жизни многочисленного поколения 1950-х гг. рождения. Из-за этого в России, Украине, Беларуси и Прибалтике темпы естественной убыли граждан в ближайшие 10–20 лет резко увеличатся.

К такой очевидной перспективе власти этих стран относятся довольно безмятежно и занимают созерцательную позицию. Нынешнее сокращение численности жителей бывших союзных республик является следствием демографической катастрофы, происшедшей еще 20 лет тому назад. Остановить убыль коренного населения в вышеперечисленных странах в ближайшем будущем уже невоз-

можно, реально выполнимой задачей может быть только торможение этого процесса.

Большая роль в этом принадлежит социально-экономическим условиям и национальной системе здравоохранения. Интересные наблюдения были сделаны в Германии Институтом демографических исследований имени Макса Планка. Показано, что если смертность в бывшей ГДР была намного выше, чем в ФРГ, то спустя 10 лет после объединения показатели ожидаемой продолжительности жизни сравнялись. И сегодня уже восточные земли по темпу прироста столетних жителей обгоняют западные районы. Этот своеобразный эксперимент на людях говорит о том, что всего за 10–15 лет, если должным образом организовать систему здравоохранения и социального обеспечения, можно увеличить продолжительность жизни и снизить смертность уже у нынешнего поколения.

Российское здравоохранение находится в состоянии перманентной оптимизации и модернизации отрасли, итоги которых настораживают. Результаты этих реформ за 2014–2015 гг. были оценены комиссией Счетной палаты РФ. Комиссия пришла к выводу о сокращении продолжительности жизни и повышении уровня смертности, а также о снижении доступности медицинских услуг в большинстве регионов России. Проверка установила острую нехватку медперсонала. Ряд регионов страны, особенно имеющих низкую плотность населения, практически лишились возможности медицинского обеспечения.

Счетная палата констатирует: в процессе оптимизации были уволены 90 тыс. врачей и медсестер, 17,5 тыс. населенных пунктов вообще не имеют медицинской инфраструктуры, из них более 11 тыс. расположены на расстоянии свыше 20 км от ближайшей медорганизации<sup>1</sup>. Министерство здравоохранения заявило о своем несогласии с выводами Счетной палаты. При этом основным доводом в пользу отсутствия связи между проводимыми министерством реформами и ростом смертности населения является выдвинутое в качестве «объективной» причины старение населения.

В Российской Федерации общий коэффициент смертности (ОКС, или число умерших на 1000 населения в год) за 5 первых месяцев 2015 г. вырос на 1,8%. Но это не связано со старением населения. Во-первых, в России с 2006 по 2015 г. доля граждан старше трудоспособного возраста увеличивается с почти одинаковым темпом – в среднем на 0,4% в год. Однако ОКС в период 2006–2013 гг. снижался и только в 2015 г. резко возрос. Во-вторых, с 2009 по 2015 г. увеличивалась доля детей до 15 лет со среднегодовым темпом прироста на 0,26%. Это должно было способствовать снижению ОКС, поскольку коэффициенты смертности среди детей значительно ниже, чем среди пожилых людей (старше 60 лет). Но в 2015 г. этого не случилось. В-третьих, для того чтобы компенсировать рост смертности, связанный со старением населения, необходимо было принимать специальные меры: развивать реабилитацию, сестринский уход, социальную помощь. Именно так происходит в «старых» странах Евросоюза, где за последние 20 лет доля населения старше 65 лет выросла с 15% до 18%, что привело к снижению ОКС за этот период на 9%.

В советское время существовала программа роста продолжительности жизни, которая координировалась Академией медицинских наук. Сейчас эта программа практически не работает, а проблема очень серьезная: к 2025 г. у нас трудовых ресурсов будет недостаточно, чтобы материально обеспечить нарастающее число пенсионеров. Между тем пожилые люди обладают огромным опытом, они носители культурной памяти своего народа, это наиболее образованная часть общества, поэтому нужно формировать и внедрять программу профилактики

<sup>1</sup> *Медицинский вестник*. 2015. № 25. С. 3.

преждевременного старения. В Европе именно так к пожилым и относятся, воспринимая их как ресурс, а не обузу.

В России из всех факторов, которые за последние 2 года могли повлиять на рост смертности, лишь один изменился к худшему — снизилась доступность медицинской помощи. Однако реформы в здравоохранении, которые проводились в отрасли в 2013–2014 гг. и продолжают по сей день, привели к сокращению числа медицинских кадров и стационарных коек, отчуждению зданий государственных лечебных учреждений.

По данным фонда «Здоровье», в 2014 г. число врачей сократилось на 19 200 чел., а число коек — на 30 000. И это при том, что в РФ в 2013 г. дефицит врачей уже составлял не менее 40 000 чел., а число коек было на 25% ниже необходимого. За 2014–2015 гг. число медицинских учреждений сократилось на 1 300 (15% общего числа) при сокращении уровня госрасходов в сфере здравоохранения (на 9% в 2014 г. и на 20% в 2015 г. в ценах 2013 г.). А с учетом того, что в РФ эти расходы были в 1,5 раза ниже, чем в «новых» государствах ЕС, имеющих близкий к России показатель ВВП на душу населения, это является еще одной из причин роста смертности в нашей стране.

Очевидно, что чем меньше средств выделяется на бесплатную медицину, тем меньше бесплатных лекарств, расходных материалов, операций и диагностических исследований, а чем меньше число врачей и коек, тем меньше доступность медицинской помощи. Есть доказательства тому, что в «бедных» системах здравоохранения, включая российскую, смертность населения напрямую зависит от уровня государственного финансирования здравоохранения. Например, в период с 2005 по 2013 г. в условиях ежегодного увеличения госрасходов на бесплатную медицину на 2% в постоянных ценах общий коэффициент смертности снижался на 1%.

Всероссийский союз пациентов и Национальная медицинская палата потребовали в бюджете 2016 г. оставить долю здравоохранения в ВВП хотя бы на уровне прошлогоднего с коррекцией на инфляцию. Открытое письмо с изложением единой позиции этих общественных организаций, обнародованное 23 ноября 2015 г., стало реакцией на принятие 13 ноября 2015 г. Госдумой РФ проекта бюджета на 2016 г. в первом чтении.

Письмо адресовано Правительству Российской Федерации, Совету Федерации Федерального собрания РФ, Государственной думе Федерального собрания РФ, Министерству финансов РФ, Министерству здравоохранения РФ, руководству партии «Единая Россия» в Государственной думе. В нем, в частности, говорится: «Приоритеты государства отражает распределение по отраслям в ВВП. К сожалению, мы должны констатировать, что показатель 3,7% ВВП в рублях на здравоохранение, который планируют не увеличить, а уменьшить до 3,4%, вызывает недовольство и пациентов, и врачебного сообщества».

Авторы письма считают, что на фоне сегодняшних экономических реалий в стране в целом и в здравоохранении в частности сокращение финансирования отрасли является ошибкой. «Мы отчетливо понимаем, что нам сегодня необходимо и в здравоохранении беречь копейку, и резервы еще есть. Но по большому счету это не решит проблему здравоохранения в целом. Здравоохранение в России значительно недофинансировано», — подчеркивалось в письме. «Всероссийский союз пациентов и Национальная медицинская палата, считая, что здравоохранение России сегодня в опасности, требуют в бюджете оставить долю здравоохранения в ВВП в 2016 г., соответствующую 2015 г. с полной коррекцией на инфляцию, в 2017 г. довести долю здравоохранения до 4,0% ВВП, а в 2018 г. — до 5,0% ВВП. Резко увеличить выделение средств на лечение социально значимых болезней, болезней, находящихся на первом месте по смертности и инвалидно-

сти, на диспансеризацию, всю систему оздоровления, включая реабилитацию, паллиативную помощь, систему образования и повышение квалификации медицинских работников»<sup>1</sup>.

В декабре 2015 г. президент России подписал федеральный бюджет на текущий год. В окончательном третьем чтении за его принятие проголосовали 297 депутатов Госдумы, против высказались 149, затем документ поддержал Совет Федерации. Консолидированный бюджет здравоохранения в 2016 г. составит 2 трлн 852 млрд руб. Это на 7 млрд больше, чем в 2015 г. Из федерального бюджета финансовое обеспечение расходов по разделу «Здравоохранение» составит 490 млрд руб. Все программы в бюджете сохранены, ничего не секвестрировано – прокомментировал окончательные цифры заместитель председателя Комитета по охране здоровья Госдумы России Сергей Дорофеев<sup>2</sup>.

На проходившем в сентябре 2015 г. в Москве форуме Общероссийского народного фронта «За доступную и качественную медицину» самые жаркие дискуссии разгорелись на площадке «Качество и доступность медицинской помощи: итоги оптимизации». Не случайно именно здесь присутствовала глава отрасли Вероника Скворцова, которая постаралась аргументированно ответить на критику и прояснить логику осуществления «оптимизации» здравоохранения.

Прежде всего она отметила, что слово «оптимизация», которое часто звучало на форуме в отрицательном смысле, ни в одном документе Минздрава не встречается. Нет ни понятия оптимизации, ни программы, ни целевых установок. Тренд, который подразумевается под оптимизацией, – это сокращение числа круглосуточных коек в стационарах. Она подчеркнула, что задача повышения эффективности круглосуточных коек каждый регион решал самостоятельно, в соответствии с собственной программой. И программы эти затрагивали только города с населением свыше 50 тыс чел.

«Никто не скидывал разряжок, сколько коек каждый регион должен сократить, – пояснила министр. – Оценивается только два показателя: сколько койка работает в течение года, а сейчас она уже работает 322 дня, и сколько больной лежит на этой койке в среднем, хотя ясно – этот показатель может колебаться. Мы писали, что любой шаг к какому бы то ни было укрупнению, выводу за скобки излишних коек в том случае, если они дублируются, нужно проводить через прямые обсуждения с населением. Но были беспрецедентные случаи, когда главврачи в регионах вообще игнорировали мнение жителей, общались с населением через юристов. Мне приходилось с командой федерального министерства выезжать в эти регионы, встречаться с населением вместе с губернатором и решать вопросы».

Однако, казалось бы, убедительное выступление министра здравоохранения вызвало возмущение у модератора дискуссионной площадки Ольги Савастьяновой: «Думаю, каждый, кто сидит в этом зале, вряд ли испытывает неуважение к министерству, но у меня один вопрос: а мы что, все это придумали, и цифры взяли с потолка? Наша репрезентативная выборка в Москве показала, что на вопрос: “улучшилась ли медпомощь в вашем регионе?” – только 20% москвичей ответили: да, улучшилась. Все врачи при этом дали отрицательный ответ».

Усомнился в некоторых факторах и цифрах, озвученных в общественном докладе, и президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль. «Я внимательно выслушал сегодняшний доклад, – сказал он, – тем более и сам лично в него вносил замечания. В нем было несколько цифр, с которыми я не согласен. То, что не все хорошо, я не отрицаю. Но не все так и плохо, как гово-

<sup>1</sup> *Медицинский вестник*. 2015. № 34. С. 5.

<sup>2</sup> *Медицинский вестник*. 2015. № 35-36. С. 2.

рят». Свою позицию Рошаль пояснил, обратив внимание на то, что федеральное министерство в соответствии с Конституцией РФ и существующими положениями о его работе не имеет полномочий влиять на принятие решений по так называемой оптимизации в регионах. И одно из предложений НМП как раз касалось того, чтобы уполномочить Минздрав России давать оценку тем мероприятиям, которые собираются организовывать региональные власти по оптимизации здравоохранения<sup>1</sup>.

Получается, уже на протяжении ряда лет ситуация с организацией охраны здоровья населения на местах не подвластна отраслевому министерству, что весьма странно. Реформы в стратегически значимой отрасли осуществляются субъектами РФ без глубокого анализа последствий как для населения, так и для медицинских работников. «Наша задача — отменить необоснованное решение по оптимизации медицинских учреждений, улучшить условия труда, не допустить снижение заработной платы медработников», — пишет председатель профсоюза работников здравоохранения России Михаил Кузьменко<sup>2</sup>. Важным условием дальнейшего развития государственной медицины он считает возвращение к централизованному управлению отраслью.

К сожалению, централизованное управление в здравоохранении сегодня отсутствует. Приказы Минздрава выпускаются как рекомендательные. Поэтому управление в основном завязано на губернаторов, а они решают эти вопросы по-разному. Необходима серьезная государственная политика, направленная на прекращение бездумного реформирования медицинской помощи. Продолжение этих реформ, вопреки заявлениям Минздрава, ставит вопрос о внесении изменений в Конституцию РФ, гарантирующую бесплатное медицинское обслуживание гражданам России.

Вслед за оглашением ежегодного послания Федеральному собранию Владимир Путин подписал перечень поручений по его реализации. В частности, правительству РФ поручено до 31 марта 2016 г. обеспечить внесение в законодательство изменений, предусматривающих бесперебойное финансирование в текущем году высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, в т.ч. за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. До 1 июля 2016 г. поручено ускорить представление предложений, касающихся конкретизации обязанностей страховых медицинских организаций в системе ОМС по защите прав граждан при оказании им медицинской помощи, а также усиления контроля за неукоснительным исполнением таких обязанностей и повышения ответственности за их надлежащее исполнение.

До 1 марта 2016 г. правительству необходимо разработать и представить методику оптимизации размещения в регионах учреждений здравоохранения с целью обеспечения доступности медпомощи. Эта методика, по словам президента, должна стать обязательной для применения. «Люди жалуются, что им порой непонятно, почему закрываются или объединяются, например, больницы, — объясняет В. Путин цель этого поручения. — Мы все время говорим о необходимости реструктуризации. Но нам нужно действовать очень аккуратно и понимать, что для того чтобы выйти на определенные показатели, — совсем не самым лучшим способом решения этой проблемы является закрытие фельдшерских и акушерских пунктов на селе. А это мы, к сожалению, тоже видим. И потом людям за сто километров нужно ехать, чтобы получить медицинскую помощь. Это вообще ни в какие ворота не лезет!»<sup>3</sup>

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующий вывод. Повышение

<sup>1</sup> *Медицинский вестник*. 2015. № 26-27. С. 19.

<sup>2</sup> *Медицинский вестник*. 2016. № 1-2. С. 2.

<sup>3</sup> *Медицинский вестник*. 2015. № 35-36. С. 2.

эффективности системы национального здравоохранения, являющейся одной из базовых составляющих современного общества, не может быть достигнуто за счет ущемления жизненно важных интересов широких слоев населения. Именно здравоохранение является наиболее значимой отраслью при формировании отношения широких слоев населения к внутренней политике государства.

ZHILINSKY Evgeniy Vasil'evich, Cand.Sci.(Econ.), Associate Professor; Leading Researcher, Institute for Social and Economic Studies of Population, Russian Academy of Sciences (32 Nahimovskij Ave, Moscow, Russia, 117218)

## POPULATION DECREASE AND HEALTH CARE REFORMS

**Abstract.** The growth of mortality in Russia is a result of combination of several factors, such as shock transition to a market economy, breaking social mobility, falling levels of health care, low total fertility rate. To stop the emerging natural decrease of population within a short period is practically impossible.

**Keywords:** fertility rate, age inertia, mortality rate, availability of medical assistance, optimization of health care, health care/GDP figures

---

ВАНГОРОДСКАЯ Светлана Анатольевна — к.соц.н., доцент; доцент кафедры социальных технологий Белгородского государственного национального исследовательского университета (308015, Россия, г. Белгород, ул. Победы, 85; Vangorodskaya@bsu.edu.ru)

## СМЕРТЬ ОТ СТАРОСТИ: РЕЗУЛЬТАТ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ ИЛИ ИНСТРУМЕНТ ИМИТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ ВЛАСТИ?

**Аннотация.** В статье рассматривается влияние имитационных технологий в деятельности органов государственного и муниципального управления в сфере реализации демографической политики. Выявлены причины «продвижения» органами власти тезиса о связи роста показателей смертности со старением населения. Представлены результаты сравнительного анализа коэффициентов смертности от старости в РФ в целом и в Белгородской обл. за 2000–2014 гг. Рассмотрены причины роста показателей смертности от такого класса причин смерти, как «симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния».

**Ключевые слова:** старение населения, продолжительность жизни, смертность населения, демографическая политика

Снедавних пор тезис о связи роста показателей смертности со старением населения прочно вошел в лексикон представителей власти. Его закрепление в качестве официальной версии произошло после заседания Комиссии при Президенте по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития Российской Федерации, которое состоялось 7 мая 2015 г. В ходе заседания В. Путин назвал сбережение нации «ключевой задачей, решением которой должны заниматься все уровни власти» и обратил внимание на рост показателей смертности населения России в первые месяцы 2015 г. Ссылаясь на расчеты специалистов, В. Путин связал этот факт с увеличением продолжительности жизни населения России и, как следствие, с ростом доли граждан пожилого возраста. «Естественно, что люди пожилого возраста из жизни