

П.В. Корытников

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ

Проведен анализ медико-демографической ситуации в России, констатируется продолжающееся снижение численности населения страны и доли в ней лиц трудоспособного возраста.

Ключевые слова: *уровень жизни; продолжительность жизни; интегральный показатель общей продолжительности жизни; государственная социально ориентированная политика.*

We analyze medical and demographic situation in Russia and ascertain continuing population reduction as well as the decrease of the share of economically active population.

Keywords: *living standard; life expectancy; integral index of general life expectancy; state socially oriented policy.*

В последние годы в России наблюдается регресс демографической ситуации, связанный с отсутствием развитых социальных институтов, ответственных за формирование и сохранение здоровья. Результатом этого регресса явилось увеличение в структуре смертности населения трудоспособного возраста совокупной доли смертей от болезней органов пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов дыхания – с 9,8% у мужчин и 8,2% у женщин в 1990 г. до 15,9% и 17,9% соответственно в 2010 г. [2].

Обращают на себя внимание более высокие темпы роста смертности женщин трудоспособного возраста от перечисленных причин. Опережающий рост смертности от болезней социального неблагополучия свидетельствует о маскулинизации смертности женского населения, то есть о том, что женская смертность приобретает черты мужской, которая в России чрезвычайно высока. Негативные последствия этого процесса усугубляются наиболее высокими темпами роста смертности в младшем трудоспособном возрасте (до 40 лет) (рис. 1), что наносит более существенный ущерб продолжительности жизни.

Важнейшей характеристикой здоровья населения является ожидаемая про-

должительность предстоящей жизни при рождении (ОПЖ). Наряду с интегральным показателем ОПЖ населения страны большое аналитическое значение имеет показатель средней продолжительности жизни мужчин и женщин в интервале трудоспособного возраста, поскольку «цена» демографических потерь в рабочих возрастах существенно выше. При этом важно дать количественную оценку ущерба от отдельных причин смерти для продолжительности жизни, чтобы определить возможное увеличение средней интервальной продолжительности жизни (ИПЖ) в случае устранения той или иной причины.

Эффект роста продолжительности жизни при гипотетическом устранении отдельной причины смерти может служить важнейшей характеристикой при формировании системы мер, направленных на увеличение продолжительности жизни населения страны.

На основе статистических данных о численности и возрастно-половом составе всего населения и умерших от отдельных причин смерти нами построены таблицы смертности и рассчитана ИПЖ мужчин (q^{-1}_x) и женщин (e_{15-54}) в рабочих возрастах для 1998, 2005 и 2010 гг. [2]. Затем на основе обычных таблиц были построены

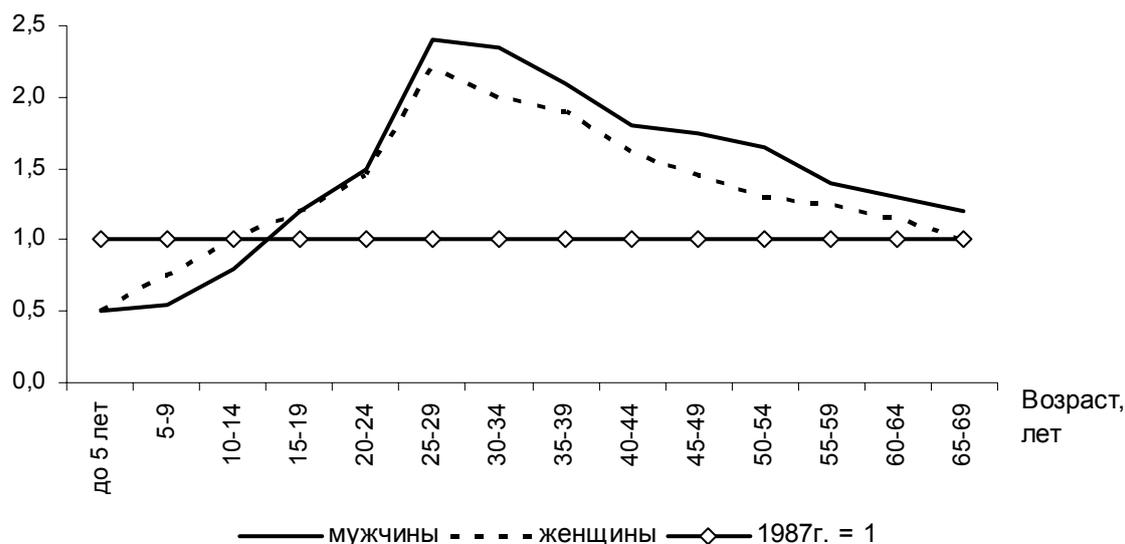


Рис. 1. Темпы роста возрастных коэффициентов смертности в 2010 г.

Источник: Федеральная служба государственной статистики: [сайт]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/nas-po108.htm (дата обращения: 03.10.2011)

гипотетические таблицы смертности, которые позволили оценить, насколько увеличилась бы ИПЖ при устранении отдельных причин смерти.

Гипотетическая вероятность смерти при устранении определенной причины (q_x^{-i}) в каждой возрастной группе рассчитывалась как разность между вероятностью смерти от всех причин (q_x) и вероятностью смерти от устраняемой причины (q_x^i). Разность между фактической ИПЖ ($e_{15-59(54)}$) и гипотетической ИПЖ ($e_{15-59(54)}^{-i}$) свидетельствует об эффекте устранения данной причины смерти [1].

Отметим, что общие потери человеко-лет в интервале трудоспособного возраста, рассчитанные по основной таблице смертности, больше, чем сумма (суммарный эффект) человеко-лет жизни, полученных при устранении отдельных причин смерти. Это связано с тем, что для лиц, умерших от определенной причины, вероятность умереть от иной причины равна 0, а при построении гипотетической таблицы предполагается, что лица, умершие от устраняемой причины, продолжают жить и для них вероятность умереть в каждом возрасте от всех других причин такая же, как для остальных членов когорты, доживших до данного возраста.

Таким образом, гипотетический эффект устранения определенной причины смерти меньше, чем ущерб для продолжительности жизни, причиняемый ею. Эти различия в рамках данной статьи не рассматриваются, а термины «эффект» и «ущерб» (потери, недожитые человеко-годы) употребляются как синонимы.

Максимальное число лет, которое можно прожить в интервале трудоспособного возраста при отсутствии смертности, составляет 45 лет для мужчин и 40 лет для женщин. Для сравнения характеристик смертности населения трудоспособного возраста в 2005 и 2010 гг. был принят 1998 г., имеющий наилучшие показатели за весь период социально-экономического реформирования в стране. Анализ таблиц смертности мужского населения показал, что при возрастных уровнях смертности 1998 г. каждому мужчине предстояло прожить в интервале трудоспособного возраста в среднем 39,3 года из 45 потенциально возможных лет жизни, таким образом, средние потери лет жизни в расчете на каждого мужчину составляли 5,7 года.

Построение гипотетических таблиц смертности позволило определить, что наибольшее увеличение ИПЖ мужчин в трудоспособном возрасте в 1998 г. могло быть при устранении внешних причин

смерти (рис. 2).

Возможный эффект при условии устранения смертности от болезней системы кровообращения оказался ниже почти в 3 раза. На третьем месте – эффект устранения смертности от новообразований, он составляет менее 14% гипотетического роста ИПЖ при отсутствии внешних причин. На четвертом, пятом и шестом местах – инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов пищеварения и органов дыхания.

В 2005 г. ИПЖ мужчин трудоспособного возраста в России составляла 37,87 лет. Потери человеко-лет жизни увеличи-

лись на 25,1% и составили 7,13 года в расчете на одного мужчину [2]. Возросли потери человеко-лет от болезней системы кровообращения (в 1,4 раза), болезней органов пищеварения (в 2,2 раза), болезней органов дыхания (в 1,9 раза), инфекционных и паразитарных болезней (в 1,4 раза) и от травм и отравлений (на 3,5%). При этом почти на четверть (22,5%) снизились потери, связанные со смертностью от новообразований, хотя рост ИПЖ был не значителен (0,09 года) [2]. Это привело к изменению структуры потерь. На третье место вышли потери от болезней органов пищеварения, четвертое-пятое заняли ин-

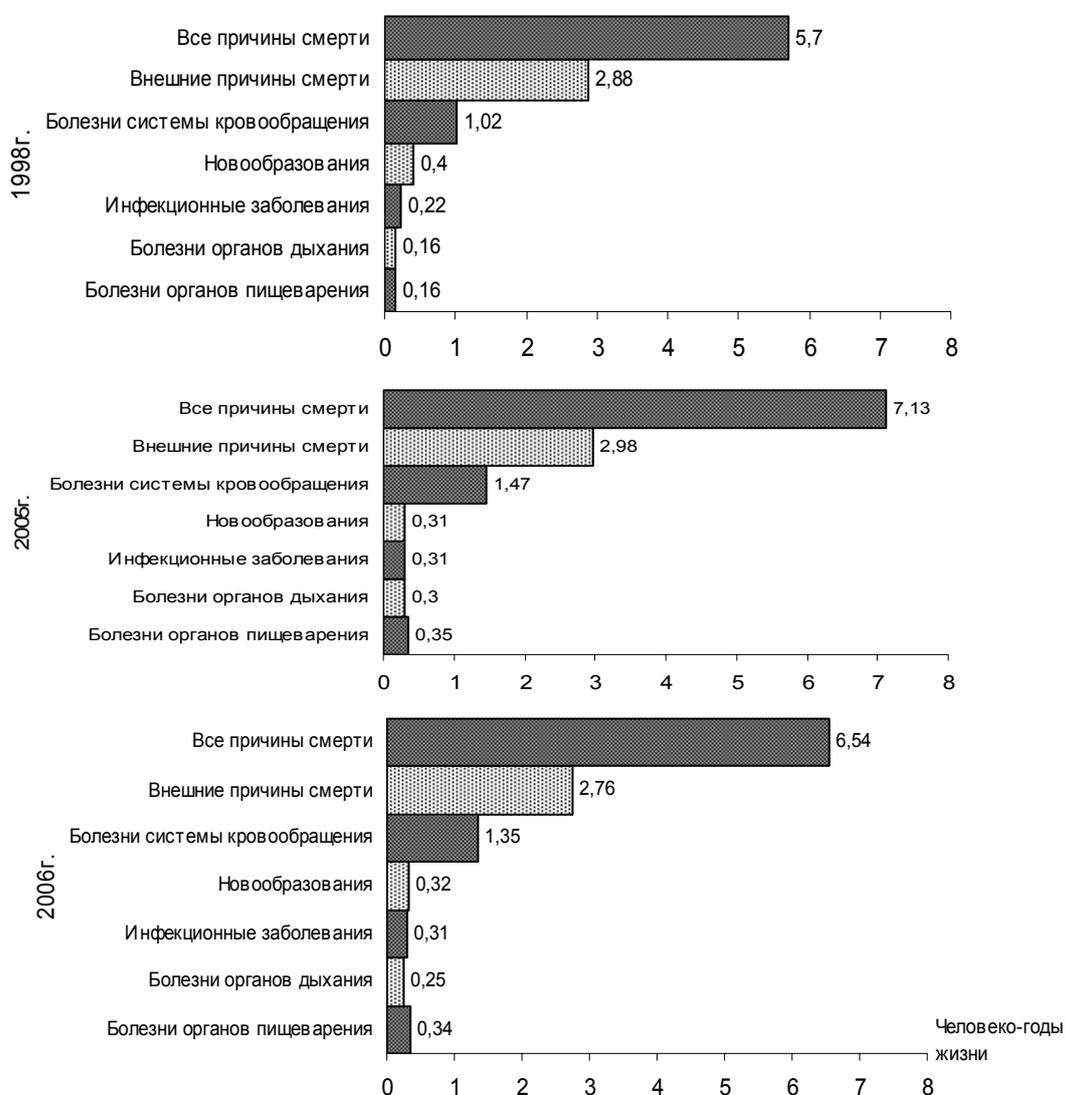


Рис. 2. Потери человеко-лет жизни и эффект устранения отдельных причин смерти мужчин в интервале трудоспособного возраста в России в 1998, 2005 и 2010 гг.

Источник: Федеральная служба государственной статистики: [сайт]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/nas-po108.htm (дата обращения: 03.10.2011)

фекционные болезни и новообразования, шестое – болезни органов дыхания.

Таким образом, в 2010 г. наблюдались позитивные изменения ОПЖ мужского и женского населения страны, в том числе трудоспособного возраста, хотя ИПЖ не достигла уровня 1998 г. Разница составила 0,84 года для мужчин и 0,23 года для женщин [2]. Вместе с тем сохраняются и некоторые негативные тенденции: деградация структуры причин смерти, рост доли экзогенных причин, средний возраст смерти от которых, как правило, значительно ниже, чем от причин эндогенного характера (болезней сердечно-сосудистой и эндокринной системы, новообразований и т.д.).

Именно более ранний средний возраст смерти обуславливает вдвое большие потери человеко-лет жизни, как у мужчин, так и у женщин в трудоспособном возрасте от класса внешних причин по сравнению с болезнями системы кровообращения, хотя коэффициенты смертности от этих классов причин близки. Средний возраст смерти от несчастных случаев, отравлений и травм в интервале трудоспособного возраста составляет у мужчин 40,0 лет и у женщин – 38,4 года, тогда как от болезней системы кровообращения – соответственно 49,6 и 46,3 года. Таким образом, вклад в уменьшение интервальной продолжительности предстоящей жизни каждого случая смерти вследствие воздействия внешних причин почти в 2 раза выше, чем от болезней системы кровообращения (соответственно у мужчин – 20,0 лет и 10,4 лет; у женщин 16,6 и 8,7 лет) [2].

Более ранний средний возраст смерти характерен и для других болезней экзогенной природы. Особенно это выражено у мужчин: в 2010 г. средний возраст смерти в интервале трудоспособного возраста

от инфекционных и паразитарных болезней был равен 42,5 лет, болезней органов пищеварения – 45,9 лет, болезней органов дыхания – 47,1 лет [2].

В результате увеличения доли смертей от болезней социального неблагополучия (внешние причины смерти и перечисленные выше), имеющих более низкий средний возраст смерти, растут суммарные потери от них в интервале трудоспособного возраста. В 2010 г. они превысили потери от болезней системы кровообращения и новообразований у мужчин в 2 раза и у женщин в 1,7 раза. Кроме того, значительная часть смертей от болезней системы кровообращения также обусловлена образом жизни, наличием вредных привычек. Только на алкогольные кардиомиопатии в 2005 г. пришлось 15% потерь в этом классе причин смерти у мужчин и 20% – у женщин [2].

По нашему мнению, необходимо комплексное проведение государством социально ориентированной политики, с разработкой и внедрением системы мер по формированию здорового образа жизни (с использованием СМИ, рекламы, трудового законодательства и т.д.), а также повышение доступности и качества медицинской помощи населению и др. Особое значение эти меры приобретают в связи с продолжающимся снижением численности населения страны и доли в ней лиц трудоспособного возраста, а также ростом среднего возраста работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демографический энциклопедический словарь. М.: Сов. энциклопедия, 1985.
2. Федеральная служба государственной статистики: [сайт]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/nas-po108.htm (дата обращения: 03.10.2011)