

22.

4. Стратегия развития туризма в РФ на период до 2020 г. - Утверждена Распоряжением Правительства РФ от 31 мая 2014 г. № 941-р. - 2014. - С.36

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ: ТРИ ПЕРИОДА РОСТА

Л.А. Попова, Н.Н. Тараненко

Институт социально-экономических и энергетических проблем Севера

Коми НЦ УрО РАН, Россия

e-mail: popova@iespn.komisc.ru, aphon1010@yandex.ru

В 2014 г. в России зафиксирован рекордный показатель ожидаемой продолжительности жизни населения. Аналогичные уровни достигались в стране уже дважды: в середине 1960-х и во второй половине 1980-х годов. В статье рассматриваются особенности современного этапа роста продолжительности жизни, его факторы и последствия.

Ключевые слова: ожидаемая продолжительность жизни населения, структура смертности по причинам, демографическое старение, здоровье населения.

In the 2014 the record indicator of population life expectancy in Russia was registered. Similar levels were achieved in Russia already twice: in the middle of 1960s and in the second half of the 1980s. In the article the peculiarities of modern period of life expectancy increasing, its factors and consequences are considered.

Keywords: life expectancy of population, the structure of mortality by causes, demographic ageing, the health of population.

В последнее десятилетие в России достигнуты очень впечатляющие успехи в области снижения смертности и роста ожидаемой продолжительности жизни населения. Понижающийся тренд уровня смертности прослеживается с 2004 г. Снижение не вполне последовательное: в 2005 и 2010 гг. наблюдались некоторые повышения общего коэффициента. Но в целом за период 2003-2014 гг. его величина уменьшилась с 16,4 умерших в расчете на 1000 человек населения до 13,1‰ [5] (на 20,1%). Ожидаемая продолжительность жизни населения страны увеличилась с 64,8 лет в 2003 г. до 70,9 лет в 2014 г.: у мужчин с 58,5 до 65,3 лет, у женщин с 71,9 до 76,5 лет (таблица 1).

В истории России продолжительность жизни населения в районе 70 лет достигалась уже два раза: в середине 1960-х годов и во второй половине 1980-х. В первом случае продолжительность жизни достигла 64,60 лет у мужчин (в 1964-1965 гг.) и 73,54 лет у женщин (в 1967-1968 гг.), после чего практически два десятилетия наблюдались стагнация и снижение ее величины. А показатели ожидаемой продолжительности жизни 1986-1987 гг., составившие 70,13 лет для всего населения, 64,91 для мужчин и 74,55 для женщин [4], до недавних пор являлись максимальными за всю российскую историю. В 2012 г., после девяти лет сокращения смертности, величина продолжительности жизни для обоих полов,

составившая 70,2 лет, превзошла рекордный уровень 1986-1987 гг. По женскому показателю максимальная отметка была перекрыта еще в 2009 г., по мужскому – лишь в 2013 г. [2, с. 176].

Таблица 1

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении населения Российской Федерации, лет

Годы	оба пола	мужчины	женщины	Годы	оба пола	мужчины	женщины
1959	67,9	63,0	71,5	2000	65,0	58,9	72,4
1970	68,9	63,2	73,6	2001	65,2	58,9	72,2
1979	67,6	61,5	73,1	2002	65,0	58,7	71,9
1987	70,1	64,9	74,6	2003	64,8	58,5	71,9
1989	69,6	64,2	74,5	2004	65,3	58,9	72,3
1990	69,2	63,7	74,3	2005	65,3	58,9	72,4
1991	69,0	63,5	74,3	2006	66,7	60,4	73,3
1992	67,9	62,0	73,8	2007	67,6	61,5	74,0
1993	65,1	58,9	71,9	2008	68,0	61,9	74,3
1994	64,0	57,6	71,2	2009	68,8	62,9	74,8
1995	64,6	58,2	71,7	2010	68,9	63,1	74,9
1996	65,8	59,6	72,4	2011	69,8	64,0	75,6
1997	66,6	60,8	72,9	2012	70,2	64,6	75,9
1998	67,0	61,3	72,9	2013	70,8	65,1	76,3
1999	65,9	59,9	72,4	2014	70,9	65,3	76,5

Источники: [2, с. 176; 3, с. 105; 7].

Три периода роста продолжительности жизни российского населения до максимальных уровней принципиальным образом отличаются друг от друга: как по продолжительности, так и по причинам. Первый период был самым длительным. Он охватил более двух десятилетий: начиная с последних военных лет до середины 1960-х годов. Основной причиной увеличения продолжительности жизни в этот период явилось значительное сокращение смертности взрослого населения и особенно детей до одного года от болезней органов дыхания, инфекционных и паразитарных заболеваний, связанное с появлением и использованием при лечении желудочно-кишечных инфекций и пневмоний таких эффективных средств, как антибиотики и сульфаниламидные препараты [8]. К середине 1960-х годов в России завершился первый этап эпидемиологической революции. Его результатом было достижение определенного предела в снижении смертности населения от болезней экзогенной этиологии, которое оказалось возможным вследствие ориентации общественного здравоохранения на массовую профилактику и предупреждение инфекционных и эпидемических заболеваний, на вакцинацию и иммунизацию всего населения. Наступил этап доминирования в структуре заболеваемости и смертности населения страны хронических, трудноизлечимых патологий: болезней системы кровообращения и новообразований, свойственных постпереходному, активно стареющему обществу.

Не перестроившаяся в соответствии с этими изменениями, не адекватная новой структуре заболеваемости отечественная система здравоохранения

оказалась не в состоянии успешно бороться с новой патологией смертности. Эффективное лечение сердечно-сосудистых заболеваний и хронических болезней стареющего населения требовало значительных капиталовложений в реструктуризацию всей системы здравоохранения. Однако этого не произошло, поскольку все задачи с повышением продолжительности жизни казались решенными, а динамика смертности, уже вступившей в период стагнации, в течение ряда лет оценивалась как стабильная. Общество вовремя не оценило степени исчерпания возможностей старой – профилактической – стратегии охраны здоровья населения. В условиях несоответствия системы здравоохранения новой структуре заболеваемости происходило систематическое ухудшение здоровья населения. К 1970-м годам в стране сформировалась комбинированная, сочетающая худшие черты традиционной и современной патологии, структура причин смерти, в которой высокая смертность от болезней системы кровообращения и новообразований соседствовала с высокой смертностью от внешних причин (несчастных случаев, отравлений и травм), которая стала в России второй по значению причиной смерти, и экзогенных болезней. В результате произошел довольно резкий рост смертности, особенно мужской. Продолжительность жизни населения России за 15 лет – с середины 1960-х годов по начало 1980-х годов – снизилась на два года, а у мужчин – более чем на 3 года: до 61,5 лет в 1979-1980 гг.

В начале 1980-х годов рост смертности в России прекратился, наметились стабилизация ожидаемой продолжительности жизни и даже ее некоторый рост. В 1985-1987 гг. тенденция роста уровня продолжительности жизни получила подкрепление и усиление в результате проведения в стране антиалкогольной кампании [10], которая привела к значительному, хотя и непродолжительному, снижению смертности от несчастных случаев, отравлений и травм и соответствующему сокращению возрастной смертности. Т.е. снижение произошло, главным образом, в активных трудоспособных возрастах, и особенно заметно у мужчин. В результате ожидаемая продолжительность жизни мужчин в 1987 г. оказалась максимальной за российскую историю – 64,91 лет: прирост за 1980-1987 гг. составил 3,5 года. Женская смертность, достаточно стабильная в течение двух предшествующих десятилетий, изменилась менее значительно – уровень продолжительности жизни увеличился на 1,5 года, достигнув в 1987 г. 74,55 лет. Совокупный прирост продолжительности жизни составил 2,6 года. Это, однако, не продвинуло Россию к существенному прогрессу, а лишь вернуло ее к состоянию середины 1960-х годов. Таким образом, второй период достижения максимальных уровней продолжительности жизни связан, прежде всего, со снижением смертности от внешних причин, и уровень показателя увеличился за счет населения трудоспособных возрастов.

Эффект антиалкогольной кампании, как и ожидали специалисты, оказался непродолжительным. Уже в 1987 г. произошло снижение ожидаемой продолжительности жизни мужчин на селе, а к 1988 г. снижение продолжительности жизни населения России приобрело всеобъемлющий характер, который значительно усилился с началом проведения в России экономических реформ в форме «шоковой терапии». Резкое снижение продолжительности жизни до 1994

г., когда было достигнуто минимальное после завершения в России эпидемиологического перехода значение, сменилось ее ростом до 1998 г., носящим в определенном смысле компенсационный характер, обусловленный сверхсмертностью населения в первые годы реформ. Затем было новое снижение – до 2003 г. В последние 11 лет наблюдался рост. Но 2014 г. уже не зафиксировал уменьшения общего коэффициента смертности, а абсолютное число умерших в России (без учета Крымского ФО) увеличилось с 1871,8 в 2013 г. до 1879,3 тыс. человек в 2014 г. [5]. Показатель продолжительности жизни в 2014 г. пока характеризуется небольшим ростом, но есть опасения, что 2015 г. зафиксирует его снижение, знаменующее очередной перегиб его динамики. Т.е. длительность последнего периода роста продолжительности жизни может ограничиться этими одиннадцатью годами, по ее уровню вновь вернувшись лишь к состоянию середины 1960-х годов.

Характерной чертой этого периода является его обусловленность активизацией в стране демографической политики, связанной с реформированием здравоохранения. 1 января 2006 г. стартовал национальный проект «Здоровье». В его рамках были предусмотрены мероприятия по развитию первичной медико-санитарной помощи и совершенствованию профилактики заболеваний, по повышению доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, по совершенствованию медицинской помощи матерям и детям, по формированию здорового образа жизни населения. Учитывая специфику российской смертности, безусловно, следует отметить также федеральные целевые программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» (в рамках реализации постановления Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 100), продленные в регионах на 2013-2016 гг., и «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)» (в рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 10.05.2007 г. № 280), продленные в регионах на 2013-2017 гг.

В целях утвержденной в октябре 2007 г. «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» заложены конкретные количественные ориентиры не только по численности населения страны, но и по уровню продолжительности его жизни: стабилизация численности населения к 2015 г. на уровне 142-143 млн. человек и создание условий для ее роста к 2025 г. до 145 млн. человек, а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2015 г. до 70 лет, к 2025 г. – до 75 лет [9]. При этом задачи в области смертности в перечне основных задач демографической политики страны совершенно справедливо были поставлены на первое место.

Дальнейшим продолжением приоритетного национального проекта «Здоровье» явились финансируемые, в основном, за счет субсидий Федерального Фонда обязательного медицинского страхования (которые дополняются финансированием из региональных бюджетов и средств региональных Фондов ОМС), региональные программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 гг., которые каждый регион разрабатывал самостоятельно в соответствии с обозначенными Минздравом направлениями, которые получили федеральное финан-

сирование: укрепление материально-технической базы, внедрение современных информационных систем и единых стандартов медицинской помощи. Программы были утверждены в 2011 г. в каждом российском регионе и должны были быть реализованы до конца 2012 г., однако они были продлены и на 2013 г.

В результате, хотя наибольшие темпы снижения характерны в 2003-2014 гг. для смертности от внешних причин, которая в 2006 г. перешла на закономерное для цивилизованной страны третье место в структуре причин смерти, последний период роста продолжительности жизни населения России очень во многом оказался определенным сокращением смертности от болезней системы кровообращения – продолжительность жизни выросла, прежде всего, за счет старших трудоспособных и пенсионных возрастов

Одним из самых важных последствий роста продолжительности жизни населения является постарение его возрастной структуры. За последние полвека доля населения старше трудоспособного возраста увеличилась в России более чем в два раза. В период первого максимума продолжительности жизни доля населения старше трудоспособного возраста была от 10,2% (по данным переписи 1959 г.) до 15,4% (по переписи 1970 г.) [6]. В период второго максимума не превышала 18,5% (по данным переписи 1989 г.) [1]. На начало 2015 г. она оценивается в России в 24,0% [2, с. 162]. Активное демографическое старение требует усиления внимания государства, общества и самого населения к сохранению и укреплению здоровья и к работе системы здравоохранения. К наиболее актуальным проблемам в этой области относятся доступность для пожилых людей высококлассных медицинских услуг и санаторно-курортного лечения.

Литература:

9. Возрастной состав населения РСФСР по данным Всесоюзной переписи населения 1989 г. – М., 1990.
10. Демографический ежегодник Республики Коми. 2015: стат. сб. / Коми-стат. – Сыктывкар, 2015.
11. Демографический ежегодник России. Статистический сборник. – М., 2000.
12. Демографический ежегодник Российской Федерации. 1993: стат. сб. – М., 1994.
13. Демоскоп Weekly № 633-634, 9-22 марта 2015 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0633/barom01.php> (дата обращения 25.11.2015).
14. Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 года. – М., 1972.
15. Российский статистический ежегодник – 2012 г. [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/bgd/reg1/b12_13/IssWWW.exe/Stg/d1/04-01.htm
16. Сифман Р.И. К вопросу о причинах снижения детской смертности в годы Великой Отечественной войны // Продолжительность жизни: анализ и моделирование. – М.: Статистика, 1979. – С. 50-60.
17. Указ Президента Российской Федерации от 09.10.2007 г. №1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федера-

- ции на период до 2025 года». [Электронный ресурс]. – URL: <http://document.kremlin.ru/doc.asp?ID=041941>
18. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 г. № 2458-XI «Об усилении борьбы с пьянством» [Электронный ресурс]. – URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=ESU;n=1713>

ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЛЕЧЕБНОГО И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ТУРИЗМА

Н.Ю. Сукманова

Тверской государственный университет, Россия
e-mail: NinaSukmanova@Yandex.ru

По данным Всемирной туристской организации, лечение и здоровье относятся к числу важнейших туристских мотивов. За последние годы количество поездок на лечение увеличилось в мире на 10%. На сегодняшний день лечебно-оздоровительный туризм приобретает глобальные масштабы. В связи с этим возросло количество научных работ и публикаций, посвященных этой проблеме.

Ключевые слова: туризм, лечебный туризм, оздоровительный туризм.

According to the World tourism organization, treatment and health are among the major tourist motives. In recent years the quantity of trips on treatment increased in the world by 10%. Today medical and improving tourism assumes a global scale. In this regard the number of the scientific works and publications devoted to this problem increased.

Keywords: tourism, medical tourism, improving tourism.

Даже сегодня актуальны дискуссии на тему, какие типы туризма относить к лечебному, а какие к лечебно-оздоровительному. Если в качестве критерия рассматривать цель путешествия, то необходимо отметить отдельно *лечебные виды туризма и лечебно-оздоровительный туризм* [1].

В туристской индустрии лечебный туризм отнесен к одному из наиболее древних видов туризма. С древних времен люди обучились проводить лечение минеральными водами и лечебными грязями. Примером наиболее древних (бронзовый век) подтверждений о лечении с использованием минеральных вод являются развалины сооружений, на природных источниках около швейцарского лечебного курорта в городе Санкт-Мориц [2].

Лечебный туризм осуществляется с целью восстановления здоровья и предполагает пребывание в санаторно-курортных центрах с проживанием в учреждениях санаторно-курортного назначения. Цель «лечение» обособливается отдельно в классификации путешествующих лиц, рекомендованной ВТО. Как самостоятельное направление в нем выделяют *медицинский туризм*.

Крупнейшим регионом мира по лечебному туризму является Европа. Здесь возникли первые курорты, зародилось курортное дело, сформировались модели развития лечебного туризма, ставшие основой функционирования оздо-