

Попова Л.А.

д.э.н., доцент, зам. директора по научной работе Института социально-экономических и энергетических проблем Севера Коми НЦ УрО РАН, Сыктывкар
popova@iespn.komisc.ru

Тараненко Н.Н.

м.н.с. Института социально-экономических и энергетических проблем Севера Коми НЦ УрО РАН, Сыктывкар

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ: УРОКИ ПРОШЛОГО И ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ДИНАМИКИ¹

Ключевые слова: смертность населения, ожидаемая продолжительность жизни, структура смертности по причинам.

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

В последнее десятилетие в России достигнуты впечатляющие успехи в области снижения смертности и роста ожидаемой продолжительности жизни населения. Убывающая тенденция смертности прослеживается уже 12 лет – с 2004 г. Снижение не вполне последовательное: в 2005 и 2010 гг. наблюдались некоторые повышения общего коэффициента смертности. Но в целом за период 2003–2015 гг. его величина уменьшилась с 16,4 умерших в расчете на 1000 человек населения до 13,0%² (на 20,7%). Ожидаемая продолжительность жизни населения страны выросла с 64,8 лет в 2003 г. до 71,4 лет в 2015 г. (на 6,6 лет). При этом мужской показатель продолжительности жизни увеличился с 58,5 до 65,9 лет (на 7,4 лет), женский – с 71,9 до 76,7 лет (на 4,8 лет) (табл. 1).

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
1986–1987	70,1	64,9	74,6	2003	64,8	58,5	71,9
				2004	65,3	58,9	72,3
1989	69,6	64,2	74,5	2005	65,3	58,9	72,4
1990	69,2	63,7	74,3	2006	66,7	60,4	73,3
1991	69,0	63,5	74,3	2007	67,6	61,5	74,0
1992	67,9	62,0	73,8	2008	68,0	61,9	74,3
1993	65,1	58,9	71,9	2009	68,8	62,9	74,8
1994	64,0	57,6	71,2	2010	68,9	63,1	74,9
1995	64,6	58,2	71,7	2011	69,8	64,0	75,6
1996	65,8	59,6	72,4	2012	70,2	64,6	75,9
1997	66,6	60,8	72,9	2013	70,8	65,1	76,3
1998	67,0	61,3	72,9	2014	70,9	65,3	76,5
1999	65,9	59,9	72,4	2015	71,4	65,9	76,7

Источники: Демографический ежегодник Республики Коми. 2015: стат. сб. / Комистат. – Сыктывкар, 2015. – С. 176; Демографический ежегодник России. Статистический сборник. – М., 2000. – С. 105; Российский статистический ежегодник – 2012 г. – http://www.gks.ru/bgd/regl/b12_13/IssWWW.exe/Stg/d1/04-01.htm; Демоскоп Weekly. – М., 2016. – № 679–680, 21 марта–3 апреля. – <http://demoscope.ru/weekly/2016/0679/index.php>

В истории России продолжительность жизни населения в районе 70 лет достигалась уже дважды: в середине 1960-х годов и во второй половине 1980-х. В первом случае продолжительность жизни составила 69,61 (по оценкам 1964–1965 гг.): 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

¹ Работа подготовлена в рамках Комплексной программы фундаментальных исследований УрО РАН, проект «Человеческий капитал северного региона: возможности расширенного воспроизводства среднего класса» (регистрационный номер 15-14-7-6.)

² Демоскоп Weekly. – М., 2016. – № 679–680, 21 марта. – <http://demoscope.ru/weekly/2016/0679/index.php>

1986–1987 гг., составившие 70,13 лет для всего населения, 64,91 для мужчин и 74,55 для женщин¹, до недавних пор являлись максимальными за всю российскую историю. В 2012 г., после девяти лет сокращения смертности, величина продолжительности жизни для обоих полов, достигшая 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

Три периода роста продолжительности жизни российского населения до максимальных уровней принципиальным образом отличаются друг от друга как по длительности, так и по причинам. Первый период был самым продолжительным. Он охватил более двух десятилетий – начиная с последних военных лет до середины 1960-х годов. Это второй (и последний) временной отрезок, который безусловно признается представителями всех отечественных демографических школ периодом интенсивного снижения смертности советского времени. 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 препараты³.

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: здравоохранение не только не получило наращивания капитальных вложений в реструктуризацию своей материально-технической и кадровой базы в соответствии с новой структурой заболеваемости, но объем инвестиций в медицинское обслуживание населения и развитие медицинской промышленности оказался в этот период абсолютно и относительно сокращен, поскольку все задачи с повышением продолжительности жизни казались решенными, а динамика смертности, уже вступившей в период стагнации, в течение ряда лет оценивалась как стабильная⁴. Таким образом, новые задачи, стоявшие перед здравоохранением на втором этапе эпидемиологической революции (этапе доминирования хронических, трудноизлечимых патологий: болезней системы кровообращения и новообразований) не были должным образом оценены и не нашли отражения в наращивании инвестиций в эту сферу. 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. Поэтому и еще по целому ряду причин, к которым можно отнести широкое распространение вредных привычек, особенно алкоголизацию населения, ухудшение экологической обстановки, массовые миграции сельских жителей в города с вовлечением все большей части населения в промышленное производство, зачастую с низким уровнем охраны труда и устаревшими технологиями, ухудшение качества продуктов питания, исторически стереотипное пренебрежение ценностью человеческой жизни как на общегосударственном, так и на индивидуальном уровне и пр., к 1970-м годам в стране сложилась драматическая ситуация. С одной стороны, активно стареющее из-за низкой рождаемости население продолжало накапливать в себе груз хронических патологий, постоянно увеличивавших уровень смертности. С другой стороны, упоение успехами привело к ослаблению социального контроля над традиционными причинами смерти, свойственными, главным образом, молодой части населения. В России сформировалась комбинированная, сочетающая худшие черты традиционной и современной патологии, структура причин смерти, в которой высокая смертность от новообразований и болезней системы кровообращения соседствует с не менее высокой смертностью от внешних причин и экзогенных болезней. Более того, смертность от несчастных случаев, отравлений и травм стала в России второй по значению после болезней системы кровообращения⁵. Результат такой эволюции патологии – довольно резкий рост смертности, особенно мужской. В стране началась стагнация, а затем устойчивое сокращение средней продолжительности жизни населения. У российских мужчин уменьшение показателя наблюдалось с середины 1960-х вплоть до конца 1970-х годов. У женщин ожидаемая продолжительность жизни в 1971–1974 гг. оценивалась немного выше (73,6 лет), чем в 1967–1968 гг., после чего до конца десятилетия также произошло снижение⁶. В целом за 15 лет – с середины 1960-х годов по начало 1980-х годов – продолжительность жизни населения России снизилась на два года, а у мужчин – более чем на 3 года: до 61,5 лет в 1979–1980 гг.

¹ Стабилизация численности населения России (возможности и направления демографической политики). – М.: 2001. – С. 42.

² Демографический ежегодник Республики Коми. 2015: стат. сб. / Комистат. – Сыктывкар, 2015. – С. 176.

³ 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.

⁴ Захарова О.Д. Демографический кризис в России: уроки истории, проблемы и перспективы // Социологические исследования. – М., 1995. – № 9. – С. 99–109.

⁵ Захарова О.Д. Демографический кризис в России: уроки истории, проблемы и перспективы // Социологические исследования. – М., 1995. – № 9. – С. 99–109.

⁶ Современная демография / Под ред. А.Я. Кваши, В.А. Ионцева. – М., 1995. – С. 47.

В начале 1980-х годов рост смертности в России прекратился, наметились стабилизация ожидаемой продолжительности жизни и даже ее некоторое увеличение. В 1985–1987 гг. тенденция роста уровня продолжительности жизни получила подкрепление и усиление в результате проведения в стране антиалкогольной кампании¹, 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, поскольку она строилась не на борьбе с причинами пьянства, а на запретах, на принудительном ограничении производства и продажи спиртного. 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 его минимальное после завершения в России эпидемиологического перехода значение, было обусловлено увеличением показателей смертности от болезней системы кровообращения в средних и пожилых возрастах и от неестественных причин в молодых и средних возрастах. Роковую роль в этом сыграли чрезмерный стресс и нарушение динамического стереотипа высшей нервной деятельности у значительной части населения страны². Немаловажное значение принадлежит нарастанию алкоголизации населения в результате отмены государственной винной монополии и резкого расширения доступности алкогольной продукции в совокупности со столь же резким ухудшением ее качества, а также широким употреблением алкогольных суррогатов по причине снижения жизненного уровня населения³, а также маргинализации части населения, которая в первые годы реформ приняла крайние формы проявления: заметный рост числа лиц без определенного места жительства. И, наконец, немалую ответственность за рост преждевременной и предотвратимой смертности несет деградация системы медицинской помощи населению, связанная с неадекватной государственной политикой в области здравоохранения, проводившейся в стране с 1992 г., когда в качестве основных направлений реформирования российского здравоохранения было заявлено сокращение объема общественного финансирования и коммерциализация сферы здравоохранения, а также сокращение сети больничных учреждений⁴. Все это происходило на фоне сильнейшей дифференциации доходов российского населения и привело к значительному росту неравенства в доступности медицинской помощи и, соответственно, к росту преждевременной смертности в низкодходных слоях населения.

В эти годы в научный оборот был введен термин «обратный эпидемиологический переход»⁵, поскольку в начале 1990-х в разы возросла смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней органов дыхания и пищеварения. Подобная реставрация традиционной патологии смертности, свидетельствующая о деградации системы здравоохранения, тотальной утрате контроля за развитием санитарно-гигиенической ситуации и неблагополучии в образе жизни населения – это уникальное для цивилизованной страны конца XX века явление. Оно было обусловлено как неадекватной государственной политикой в области здравоохранения, обусловившей существенное ухудшение медицинской помощи населению и снижение ее доступности, так и беспрецедентным падением реальных доходов населения, приведшим к обеднению рациона питания, сокращению возможностей полноценного отдыха, маргинализации населения.

С 1995 г. снижение продолжительности жизни сменилось ростом, который ввиду непродолжительности периода, сменившегося в 1999 г. новым снижением, можно интерпретировать как рост компенсаторного типа, обусловленный «оздоровлением» населения в результате сверхсмертности первых лет шоковых реформ: самые слабые и неприспособленные к новым условиям жизни, самые пьющие и попавшие в условиях рыночных преобразований на обочину жизни до середины 1990-х годов просто не дожили. Не случайно увеличение продолжительности жизни середины – второй половины 1990-х годов было обусловлено снижением смертности от внешних причин. Поэтому мужской показатель увеличился за 1994–1998 гг. гораздо значительней – на 3,7 лет, в то время как рост женского показателя составил 1,7 лет.

После дефолта 1998 г. и последовавшего за ним нового витка гиперинфляции, приведшего к резкому ухудшению уровня жизни населения, в стране наблюдался очередной этап роста смертности и снижения продолжительности

¹ Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 г. № 2458-XI «Об усилении борьбы с пьянством». – <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=ESU;n=1713>

² Римашевская Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. – М., 2003.

³ Захарова О.Д. Демографический кризис в России: уроки истории, проблемы и перспективы // Социологические исследования. – М., 1995. – № 9. – С. 99–109.

⁴ Иванов В.Н., Суворов А.В. Проблемы охраны здоровья населения России // Проблемы прогнозирования. – М., 2003. – № 3. – С. 99–113.

⁵ Иванова А.Е. Здоровье населения России: ожидания, реальность, перспективы // Демографическое развитие России и его социально-экономические последствия. – М., 1994.

жизни населения – до 2003 г. В последние 12 лет наблюдается рост. Но 2014 г. уже не фиксировал 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.¹ Показатель продолжительности жизни в 2014 г. продолжал характеризоваться небольшим ростом, но были опасения, что уже 2015 г. зафиксирует снижение, знаменующее очередной перегиб его динамики. Однако в 2015 г. число умерших (без учета Крымского ФО) составило 1876,3 тыс. человек, т.е. оказалось на 3043 человек меньше, чем по аналогичным данным за январь–декабрь 2014 г.² Продолжительность жизни населения России увеличилась на 0,5 лет и достигла 71,4 лет. Мужская продолжительность жизни составила в 2015 г. 65,9 лет, женская – 76,7 лет.

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 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 лет³. При этом задачи в области смертности в перечне основных задач демографической политики страны совершенно справедливо поставлены на первое место. Акценты сделаны на сокращении уровня смертности, прежде всего, в трудоспособном возрасте от внешних причин; на сокращении уровня материнской и младенческой смертности, укреплении репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков; на сохранении и укреплении здоровья населения, увеличении продолжительности активной жизни, создании условий и формировании мотивации для ведения здорового образа жизни, на существенном снижении заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, на улучшении качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов.

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 получают федеральное финансирование: укрепление материально-технической базы, внедрение современных информационных систем и единых стандартов медицинской помощи. Первое направление нацелено на выравнивание региональных систем здравоохранения и создание условий для внедрения стандартов. Цель информатизации – повышение качества и доступности медицинских услуг, прозрачности финансирования. Третья составляющая (введение стандартов) – определение набора медицинских услуг, который должен оказываться при том или ином заболевании. В стоимость стандарта (всего их порядка 1190) закладывается все: лекарства, расходные материалы, зарплата медперсонала, питание пациента⁴. При разработке программ региональные власти сами определяли, какие медицинские учреждения больше нуждаются в деньгах, какие уже готовы для внедрения стандартов и т.д. Программы были утверждены в 2011 г. в каждом российском регионе и должны были быть реализованы до конца 2012 г., но были продлены и на 2013 г.

Итак, каковы результаты этих мероприятий? Во-первых, следует отметить длительность периода снижения смертности. Оно наблюдается в России уже на протяжении двенадцати лет, т.е. оно достаточно устойчиво, и его уже нельзя оценивать, как непродолжительное снижение компенсаторного типа, происходящее после ряда лет сверхсмертности. Во-вторых, достигнутый уровень продолжительности жизни населения. Уже в 2012 г. был превышен уровень, который в соответствии с целью «Концепции демографической политики до 2025 года» предполагалось достичь к 2015 г. А в 2015 г. впервые в истории России показатель продолжительности жизни населения превысил 71 год.

В-третьих, необходимо обратить внимание на темпы снижения смертности по причинам смерти. Наиболее значительно в целом за 2003–2014 гг. уменьшились показатели смертности населения от внешних причин (несчастных случаев, отравлений, травм, убийств, самоубийств): у мужчин на 44,4%, у женщин – на 43,7% (табл. 2). В результате в 2006 г. в целом по населению страны, а в 2011 г. и у российских мужчин внешние причины перешли со второй на закономерную для цивилизованной страны третью позицию в структуре причин смерти. На втором месте по темпам снижения за 2003–2014 гг. идет снижение смертности от болезней системы кровообращения. И у мужчин, и у женщин

¹ Демоскоп Weekly. – М., 2015. – № 633–634, 9–22 марта. – <http://demoscope.ru/weekly/2015/0633/barom01.php>

² Демоскоп Weekly. – М., 2016. – № 679–680, 21 марта – 3 апреля. – <http://demoscope.ru/weekly/2016/0679/index.php>

³ Указ Президента Российской Федерации от 09.10.2007 г. №1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». – <http://document.kremlin.ru/doc.asp?ID=041941>

⁴ <http://expert.ru/ural/2012/31/reanimatsiya-bespolezna/>

показатель смертности от этой группы причин уменьшился за эти годы практически на 30%. Для мужчин характерно также значительное снижение смертности от инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов дыхания.

Таблица 2

Динамика смертности населения России от отдельных причин смерти, в расчете на 100 000 человек населения

Годы	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни		Новообразования		Болезни системы кровообращения		Болезни органов дыхания		Болезни органов пищеварения		Внешние причины	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
2003	44,9	9,4	237,5	172,1	912,6	940,5	109,4	36,6	71,2	44,3	390,2	97,5
2004	44,1	9,7	235,3	171,8	889,7	897,4	101,3	32,6	73,8	46,5	379,9	94,6
2005	46,3	10,7	234,4	171,5	904,4	906,3	104,0	33,2	81,7	51,2	370,3	90,4
2006	42,4	10,0	232,6	172,1	843,5	876,7	89,4	30,7	77,7	49,5	331,3	82,7
2007	40,3	10,2	234,8	173,9	809,2	847,7	84,2	29,1	75,8	49,0	305,0	75,6
2008	40,5	10,1	234,7	175,1	812,2	846,9	86,2	29,5	78,4	50,4	287,3	71,5
2009	39,5	10,5	237,7	178,0	778,2	811,4	84,0	31,3	76,8	49,8	262,3	67,0
2010	38,2	10,9	236,7	178,2	784,9	824,9	80,2	28,5	79,5	51,4	253,0	64,8
2011	37,9	11,2	236,2	177,4	735,1	768,3	78,9	28,7	76,2	50,1	232,2	59,6
2012	35,6	11,0	233,3	177,1	714,7	756,5	74,2	28,1	75,2	50,7	225,0	58,1
2013	34,6	11,4	233,3	177,5	677,2	716,1	75,8	30,8	73,8	51,1	215,9	54,4
2014*	34,3	12,0	231,6	176,3	646,7	660,2	79,2	33,1	80,7	55,6	216,8	54,9

Источник: Официальный сайт Росстата. – <http://www.gks.ru/>

* – без учета Крымского ФО

До 2010 г. темпы снижения смертности от болезней системы кровообращения заметно отставали от темпов сокращения смертности от внешних причин. В 2011 г., когда начали реализовываться региональные программы модернизации здравоохранения, они уже сопоставимы: у мужчин, соответственно, –6,3% и –8,2%, у женщин – –6,9% и –8,0%. В 2012 г. темпы снижения от этих двух групп причин уже очень близки, особенно у мужчин: –2,8% и –3,1%, у женщин: –1,5% и –2,5. В 2013 и 2014 гг. темпы сокращения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний превышают темпы снижения от внешних причин. Т.е. последний период роста продолжительности жизни населения России, особенно 2013, 2014 и предположительно 2015 гг., очень во многом оказался определенным сокращением смертности от болезней системы кровообращения. В целом за 2003–2014 гг. продолжительность жизни населения выросла, прежде всего, за счет старших трудоспособных и пенсионных возрастов.

В-четвертых, свидетельством того, что в снижении смертности населения России 2000-х годов весомый вклад принадлежит мероприятиям, связанным с модернизацией здравоохранения, может быть также недостаточный рост уровня продолжительности жизни в регионах с высокой долей смертности от внешних причин. Мы рассматриваем это в качестве гипотезы на примере Республики Коми. В 1994–1998 гг., когда в стране наблюдалось снижение смертности компенсаторного типа, за 4 года произошло очень значительное сближение продолжительности жизни населения республики с общероссийским уровнем: разница сократилась с трех лет практически до нуля. В 2000-е годы, в условиях более продолжительного периода снижения смертности разница в продолжительности жизни с общероссийским уровнем сократилась к 2013 г. лишь до 1,5 лет, а в 2014 г. она снова немного увеличилась.

В заключение отметим, что с 2013 г. в результате пересечения встречных благоприятных тенденций рождаемости и смертности в России после 21 года естественной убыли вновь наблюдается положительный естественный прирост населения. Однако страна уже стоит на пороге структурного снижения рождаемости, пока сдерживаемого просейными мерами демографической политики. Сохранить естественный прирост населения в перспективе будет возможно только благодаря продлению тенденции снижения смертности. Поэтому необходимо дальнейшее углубление мероприятий, связанных с профилактикой заболеваемости, модернизацией здравоохранения, развитием и внедрением инновационных методов диагностики и лечения: следует усвоить уроки прошлого и не повторять старых ошибок. 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.)¹. В период второго максимума не превышала 18,5% (по данным переписи 1989 г.)². На начало 2015 г. она оценивается в России в 24,0%³. 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 всех граждан, в том числе и пожилых людей, высокотехнологичных медицинских услуг и санаторно-курортного лечения.

Кроме того, в России по-прежнему очень большой резерв повышения продолжительности жизни, связанный с неблагоприятным образом жизни населения. И это не медицинская, а социальная проблема, требующая углубления

¹ Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 года. – М., 1972.

² Возрастной состав населения РСФСР по данным Всесоюзной переписи населения 1989 г. – М., 1990.

³ Демографический ежегодник Республики Коми. 2015: стат. сб. / Комистат. – Сыктывкар, 2015. – С. 162.

ценностного блока социально-демографической политики в области жизнесохранительного поведения населения. Поведенческие факторы здоровья закладываются населению с детства, когда происходит становление приоритетов в жизненных ориентациях человека, поэтому важнейшими проводниками государственной социально-демографической политики по формированию стандартов здорового образа жизни должны быть семья и школа. Но успех возможен лишь при консолидации усилий государства, семьи, института образования, культуры, религии, средств массовой информации, правительственных и неправительственных общественных организаций.