

Выбор стратегических направлений развития здравоохранения России с учетом факторов риска для сохранения здоровья детей, населения трудоспособного и пенсионного возраста



Габуева Л. А.,

доктор экономических наук, профессор,
заведующая кафедрой экономики и управления в социальной сфере
ИОМ РАНХиГС при Президенте РФ
E-mail: gabueva@ranepa.ru

Павлова Н. Ф.,

доктор социологических наук, кандидат экономических наук,
консультант по управлению и организационному развитию,
профессор кафедры экономики и управления в социальной сфере
ИОМ РАНХиГС при Президенте РФ
E-mail: pavlova-nf@ranepa.ru

Аннотация. Здравоохранение России работает в сложных условиях недофинансирования отрасли вследствие стагнации экономики, сравнительно низкого показателя ВВП на душу населения, малого процента от ВВП, выделяемого на здравоохранение, большой территории и низкой плотности расселения обслуживаемого населения. В этих условиях Министерству здравоохранения РФ необходимо правильно определить стратегию и тактику действий, чтобы имеющиеся в его распоряжении ресурсы были прицельно направлены на решение главных задач сохранения населения всех возрастных категорий.

Авторы предлагают рассмотреть возможности влияния Министерства здравоохранения РФ на весь спектр факторов риска, определяющих состояние здоровья населения, взаимосвязи между здоровьем родителей и благополучием семьи, а также роли старших поколений семьи в сохранении, создании и развитии потенциала жизнеспособности семьи. Именно в семье происходит создание трудовой силы человека, восстановление и воспроизводство сегодняшнего трудового потенциала, а также решается задача расширенного воспроизводства трудовых ресурсов — основы социально-экономического роста и развития России.

Авторы включаются в научно-практическую дискуссию по пенсионной реформе, предлагая учитывать ожидаемую продолжительность здоровой жизни мужчин и женщин, анализировать различные аспекты трудовой занятости населения старшего возраста, которое имеет более высокие риски стать безработным, чем работники среднего и молодого возраста. С другой стороны, продолжение работы людей старших возрастов делает еще более трудно решаемой задачу трудоустройства молодежи.

Авторы предлагают рассматривать и другие варианты наполнения бюджета. Наука управления учит, что необходимо рассмотреть несколько вариантов, учесть плюсы и минусы каждого и найти тот вариант, который даст наименьший шлейф негативных социальных последствий и позволит реализовать главную национальную задачу — сбережение населения страны.

Ключевые слова: здоровье сбережение населения страны, основные факторы риска для жизни и здоровья населения трудоспособного возраста и их семей, ожидаемая продолжительность здоровой жизни населения, оптимальный возраст выхода на пенсию, шлейф негативных социальных последствий от непродуманных управленческих решений.

В настоящее время активно обсуждаются планы Правительства РФ об увеличении пенсионного возраста в России для мужчин и женщин. В обоснование берется возросшая ожидаемая продолжительность жизни, факт

продолжения трудовой деятельности значительной частью пенсионеров.

Мы обращаем внимание на то, что вопросы пенсионного возраста и обеспечения не могут быть замкнуты только на рассмотрении

материального положения и состояния здоровья этой возрастной группы.

Требуется рассмотрение не только экономических аспектов, но и социальных сторон жизни семьи, задач расширенного воспроизводства человеческих ресурсов страны, в котором значимую роль играет население пенсионного возраста.

Необходимо шире поставить вопрос: почему сегодня работают пенсионеры?

Варианты ответов:

- 1) помогают своим детям и внукам делать самые необходимые покупки, платить за ЖКУ, учебу и отдых детей, так как в настоящее время до 70% бедного населения России — это семьи с детьми;
- 2) стараются создать некий запас финансовой прочности для семей своих детей на случай потери ими работы;
- 3) стараются накопить на обучение внуков, так как заработки их родителей целиком уходят на покрытие повседневных расходов.
- 4) стараются накопить на свою старость, когда не смогут работать, а прожить на одну пенсию сложно;
- 5) работают, потому что востребованы их знания, опыт решения разнообразных производственных вопросов;
- 6) работают, потому что любят работать и не представляют своей жизни без труда;
- 7) работают, потому что именно в труде

они воссоздают свое здоровье, в социуме они сохраняют свое самоуважение, учатся, развиваются, умеют находить язык с людьми разного возраста.

Перечень вариантов можно продолжить. Большинство пенсионеров заставляет работать нужда в жизненных ресурсах для подрастающих поколений, они работают не на себя, а на будущее своей семьи. Меньшая часть: творческие, научные, педагогические работники, технические специалисты работают больше в силу интереса к своей деятельности, своей востребованности. Однако заработанные средства, как правило, также идут в помощь детям и внукам либо на издание статей, монографий, а также на поддержание интеллектуального потенциала и физического здоровья.

Те, кто работает с удовольствием, повышает свою жизнеспособность, которая возрастает в активной жизнедеятельности. Пассивный отдых и депрессия жизнеспособность снижают.

Мы считаем логичным рассмотреть все возрастные группы населения и возможности системы здравоохранения оказать положительное влияние на социально-экономическое благополучие всего населения страны, работая больше на предупреждение рисков заболеваемости, а не на «тушение возникших пожаров».

Несмотря на то, что система здравоохранения оказывает непосредственное воздействие только на 8-10% здоровья человека (табл. 1),

Таблица 1

Возможности влияния внутриведомственных механизмов управления в здравоохранении РФ на факторы риска для здоровья населения²

Основные факторы влияния на состояние здоровья населения	Значимость влияния фактора на здоровье, примерная доля, %	Актуальные риски для жизни и здоровья населения трудоспособного возраста	Порождаемые риски для жизни и здоровья детей	Возможности и направления внутриведомственного влияния
Образ жизни: труд, отдых, процесс восстановления рабочей силы, (не) сбалансированность питания, приверженность ЗОЖ или алкоголь, курение, пассивный отдых, самолечение, интернет-зависимость	49-51	Эпидемия ВИЧ-СПИД вышла из маргинальных групп в общую популяцию. Сердечно-сосудистые заболевания, смерть от инфаркта, инсульта. Онкологические заболевания, инвалидность, смерть. Смертность и инвалидность от внешних причин. Депрессия, психические болезни, суицид.	ВИЧ-инфицированность с рождения. Сиротство, бедность.	Санитарное просвещение в СМИ, в школах, ССУЗах, ВУЗах, по месту жительства, работы. Медицина труда на предприятиях. Целевые госпрограммы по каждому направлению. Внедрение здорового образа жизни (ЗОЖ), профилактика заболеваемости, диспансеризация.

Генетика: отсутствие или наличие риска наследственных болезней	18-20	Потенциальные риски наследственных болезней становятся реальностью в более молодом возрасте.	Омоложение проявления наследственных болезней на фоне малой подвижности детей, интернет-зависимости. Инвалидность с рождения.	Консультации, диагностика, ЗОЖ, профилактика заболеваемости групп с отягощенной наследственностью.
Экология: загрязнение воздуха и воды, ионизирующее излучение, промышленные и транспортные шумы	17-19	Желудочно-кишечные, инфекционные и паразитарные болезни. Болезни легких и верхних дыхательных путей. Туберкулез. Болезни почек и мочеполовой сферы. Профессиональные болезни.	Приобретение аутоиммунных и хронических болезней в детском возрасте.	Влияние на национальную и региональную экологическую политику в интересах сохранения здоровья населения. Целевые госпрограммы по каждому направлению. Восстановление медицины труда на предприятиях.
Здравоохранение	8-10	Ликвидация, как непрофильных активов, подразделений Медицины труда и рекреации на предприятиях. Дефицит финансовых средств на здравоохранение в государстве. Уменьшение количества стационаров и профильных диспансеров. Недоступность услуг здравоохранения по ПГГ большей части работающего населения из-за работы ЛПУ по их месту жительства, а не работы. Недоступность услуг частной медицины для большей части населения из-за высокой стоимости услуг.	Ликвидация оздоровительных лагерей и санаториев для детей, как непрофильных активов. Слабое санитарное просвещение в школах. Отсутствие школьных врачей (медсестер) в местах критической плотности детей.	Санитарное просвещение населения в местах работы, учебы, по месту жительства. Вакцинация. Восстановление Медицины труда на предприятиях. Внедрение ЗОЖ, профилактика заболеваемости, диспансеризация. Грамотное лечение заболевших для возвращения их в строй трудоспособных.

однако опосредованно эта система может оказывать значительное и даже определяющее влияние на остальные факторы: образ жизни, генетику, экологию, что нашло отражение в ФЗ-323¹.

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

² Указанная таблица составлена авторами с использованием доклада Роспотребнадзора «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Заявленные во многих политических, правовых и нормативных документах необходимость профилактики различных поведенческих зависимостей от алкоголя, наркотиков, приобщение к здоровому образу жизни трудоспособного населения, правильное воспитание

в Российской Федерации в 2016 году» (М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2017).

подростающего поколения являются актуальнейшими задачами всех уровней власти: всей системы государственного и муниципального управления, системы общего, среднего и высшего образования, системы государственного и частного здравоохранения.

К сожалению, коммерциализация медицины привела к тому, что система готова лечить обратившихся, многие клиники даже зазывают «на бесплатные диагностики», а потом запугивают доверчивых людей, навязывают им свои дорогие услуги по самому широко-

Посмотрим на статистику состояния трех групп: дети и молодежь, население трудоспособного возраста и старше, учитывая большое влияние старших возрастных групп на социально-экономическое благополучие детей. Проанализируем сначала фактическую ситуацию, сложившиеся тенденции по каждой группе населения, а затем прогноз.

Группа детей и подростков — доля населения моложе трудоспособного возраста (табл. 2) — в постсоветское время уменьшилась и в 2010 г. фактически приблизилась к отметке в 16%.

Таблица 2

Численность населения РФ моложе трудоспособного возраста до 2036 г.
(фактическая в 2005-2016 гг. и средний вариант прогноза на 2019-2036 гг.)³

Годы	Общая численность, тыс. человек	Моложе трудоспособного возраста, тыс. человек	Доля в общей численности, %
Факт			
2005	143 236	23 671	16,5
2010	142 865	23 209	16,2
2013	143 667	24 717	17,2
2014	146 267	25 869	17,6
2015	146 545	26 360	18,0
2016	146 804	26 895	18,3
Прогноз			
2019	146 975,7	27 528,1	18,7
2020	146 997,4	27 664,4	18,8
2021	146 980,6	27 737,9	18,9
2022	146 934,2	27 780,8	18,9
2023	146 862,8	27 794,4	18,9
2024	146 771,4	27 654,6	18,8
2025	146 666,1	27 400,5	18,7
2026	146 548,1	27 114,8	18,5
2027	146 419,0	26 827,7	18,3
2028	146 286,0	26 402,1	18,0
2029	146 159,1	25 864,9	17,7
2030	146 053,6	25 335,2	17,4
2031	145 965,7	24 788,1	17,0
2032	145 896,4	24 245,5	16,6
2033	145 849,6	23 762,4	16,3
2034	145 829,7	23 497,2	16,1
2035	145 838,8	23 220,2	15,9
2036	145 877,7	23 064,2	15,8

му спектру. А работать на предупреждение, предотвращение заболеваемости им экономически невыгодно. «Человек экономический» душит социальные отрасли: здравоохранение и образование.

³ Таблица составлена авторами на основе: Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат (М., 2017. С. 19); Статистический бюллетень / prognost35 (М.: Росстат, 2017, табл. 1.1 и 1.5).

В последующие годы в период введения государственных мер по поддержке семьи, поощрения рождения второго ребенка, а также благодаря вхождению в детородный и брачный возраст женщин последних лет советского времени доля превысила 17%.

Вхождение Крыма в состав России, наряду с сохранением политики поддержки семьи, способствовало возрастанию доли этой группы до 18,3%.

Таким образом, произошла прибавка в 2,1 процентных пункта доли населения моложе трудоспособного возраста к 2016 г. Сложилась определенная положительная динамика исправления катастрофичности половозрастной пирамиды, сложившейся в годы социетальной трансформации и депопуляции населения (рис. 1).

В среднем варианте прогноза Росстата показана дальнейшая положительная динамика роста доли населения моложе трудоспособного возраста до 18,9% в 2021, 2022 и 2023 годах, а затем — снижение до 18% к 2027 г., до 17% к 2031 г. и до 15,8% к 2036 г.

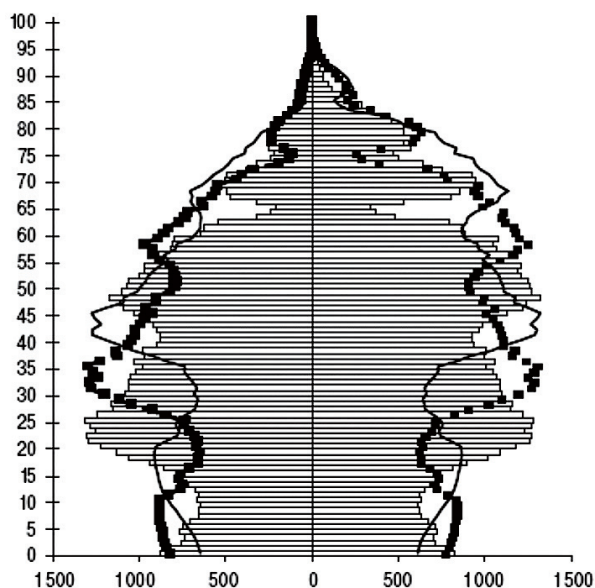


Рис. 1. Возрастно-половая пирамида населения России на начало 2009 г. (столбики), согласно среднему варианту прогноза Росстата на начало 2019 г. (пунктир) и 2029 г. (сплошная линия), тыс. человек⁴

В сборнике Росстата «Россия и страны ЕС» применена другая возрастная разбивка населения: до 15 лет, 15-24, 25-59, старше 60 лет. Посмотрим динамику показателей по России и Германии (табл. 3).

⁴ Возрастно-половая пирамида населения России на начало 2009 г., Росстат // http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/apps/6ca5fc804a47df3aa95cabf75a2eeced.

Таблица 3
Динамика показателей возрастных групп по России/Германии⁵

Годы	до 15 лет	15—24 лет	25—59 лет	старше 60 лет
2005	15/15	17/12	51/49	17/25
2010	15/14	14/11	52/49	19/26
2015	17/13	10/11	52/49	20/27

Сравнивая показатели возрастных групп по России и Германии, мы констатируем, что в сумме доля молодого населения до 25 лет в России была выше, чем в Германии, а доля населения старше 60 лет была гораздо ниже в силу более ранней смертности населения РФ.

Группа населения трудоспособного возраста на всем рассматриваемом отрезке времени теряла в своей доле: с 62,9% в 2005 г. до 56,7% в 2016 г., т.е. уменьшилась на 6,2 процентных пункта. При этом вхождение Крыма не изменило тенденции уменьшения доли этой возрастной категории. Она уменьшилась и в доле ко всей численности, и в прямом счете почти на 7 млн человек (табл. 4).

Как видно из табл. 4, в среднем варианте прогноза представлено дальнейшее уменьшение доли трудоспособного населения в общей численности, которая, достигнув максимума почти в 147 млн человек, в 2022 г., начинает падать примерно на 100 тыс. человек ежегодно до 2032 г.; в дальнейшем ежегодный темп снижения общей численности уменьшается. Доля трудоспособного населения в общей численности с 2022 г. и до конца периода прогноза фиксируется на уровне 54%, а в 2005 г. была около 63%, т.е. уменьшилась почти на 9%.

Группа населения старше трудоспособного возраста на всем рассматриваемом отрезке времени увеличивала свою долю в общей численности населения с 20,5% в 2005 г. до 24,5% в 2015 г. (табл. 5).

⁵ Таблица составлена авторами на основе: Сборник Росстата «Россия и страны ЕС» (табл. 2.4-2.7) // http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_65/ (дата обращения: 12.03.2018).

⁶ Таблица составлена авторами на основе: Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат (М., 2017); Статистический бюллетень / *prognoz35* (М.: Росстат, 2017, табл. 1.1 и 1.5).

⁷ Таблица составлена авторами на основе: Здравоохранение в России. 2017; Статистический бюллетень / *prognoz35* (табл. 1.1 и 1.5).

Таблица 4

Численность населения РФ трудоспособного возраста до 2036 г.
(фактическая в 2005-2016 гг. и средний вариант прогноза на 2019-2036 гг.)⁶

Годы	Общая численность, тыс. человек	Трудоспособного возраста, тыс. человек	Доля в общей численности, %
Факт			
2005	143 236	90 157	62,9
2010	142 865	87 847	61,5
2013	143 667	85 162	59,3
2014	146 267	85 415	58,4
2015	146 545	84 199	57,5
2016	146 804	83 224	56,7
Прогноз			
2019	146 975,7	81 423,7	55,4
2020	146 997,4	80 771,8	55,0
2021	146 980,6	80 122,5	54,5
2022	146 934,2	79 632,8	54,2
2023	146 862,8	79 250,4	54,0
2024	146 771,4	79 038,0	53,9
2025	146 666,1	78 989,3	53,9
2026	146 548,1	78 889,5	53,8
2027	146 419,0	78 863,3	53,9
2028	146 286,0	78 958,4	54,0
2029	146 159,1	79 161,4	54,2
2030	146 053,6	79 332,0	54,3
2031	145 965,7	79 404,6	54,4
2032	145 896,4	79 536,9	54,5
2033	145 849,6	79 616,5	54,6
2034	145 829,7	79 480,6	54,5
2035	145 838,8	79 364,3	54,4
2036	145 877,7	79 038,9	54,2

Таблица 5

Численность населения РФ старше трудоспособного возраста до 2036 г.
(фактическая в 2005-2016 гг. и средний вариант прогноза на 2019-2036 гг.)⁷

Годы	Общая численность, тыс. человек	Старше трудоспособного возраста, тыс. человек	Доля в общей численности, %
Факт			
2005	143 236	29 408	20,5
2010	142 865	31 809	22,3
2013	143 667	33 788	23,5
2014	146 267	35 163	24,0
2015	146 545	35 896	24,5
2016	146 804	36 685	24,0

Прогноз			
2019	146 975,7	38 023,9	25,9
2020	146 997,4	38 561,2	26,2
2021	146 980,6	39 120,2	26,6
2022	146 934,2	39 520,6	26,9
2023	146 862,8	39 818,0	27,1
2024	146 771,4	40 078,8	27,3
2025	146 666,1	40 276,3	27,4
2026	146 548,1	40 543,8	27,7
2027	146 419,0	40 728,0	27,8
2028	146 286,0	40 925,5	28,0
2029	146 159,1	41 132,8	28,1
2030	146 053,6	41 386,4	28,3
2031	145 965,7	41 773,0	28,6
2032	145 896,4	42 114,0	28,9
2033	145 849,6	42 470,7	29,1
2034	145 829,7	42 851,9	29,4
2035	145 838,8	43 254,3	29,7
2036	145 877,7	43 774,6	30,0

Данная группа населения, как показывают наши исследования⁸, осознав ценность своего здоровья и имея свободное время на посещение ЛПУ, является наиболее активным потребителем услуг российской системы здравоохранения всех уровней.

Ответственное отношение данной группы населения к своему здоровью позволяет улучшать демографические показатели страны по продолжительности жизни населения.

Так, ожидаемая продолжительность жизни мужчин, достигших 60-летнего рубежа, в 2010 г. составляла 14,58 года, а в 2016 г. — 16,08 года. Прибавка в 1,5 года. Для женщин, достигших 60-летнего рубежа, в 2010 г. она составляла 20,24 года, а в 2016 г. — 21,64 года. Также прибавка около 1,5 лет.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин, достигших 70-летнего рубежа, в 2010 г. составляла 9,68 года, в 2016 г. — 10,94 года.

Для женщин, достигших 70-летнего рубежа, в 2010 г. она составляла 12,86 года, в 2016 г. — 14,01 года. И для мужчин, и для женщин прибавка более года.

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин, достигших 80-летнего рубежа, в 2010 г. составляла 5,98 года, в 2016 г. — 6,82 года.

Для женщин, достигших 80-летнего рубежа,

в 2010 г. она составляла 7,03 года, в 2016 г. — 7,69 года⁹. И для мужчин, и для женщин прибавка менее года.

Приведенные данные по ожидаемой продолжительности жизни населения возможно служат обоснованием для принятия Правительством РФ решения о повышении возраста выхода на пенсию. Однако, как отмечает академик Аганбегян А.Г., для обоснованного принятия решения о повышении возраста выхода на пенсию надо учитывать ожидаемую продолжительность здоровой жизни населения. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни статистически рассчитывается на основе ожидаемой продолжительности жизни за вычетом числа лет жизни при потере здоровья из-за болезни, инвалидности.

Показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения в конце XX в. был введен ВОЗ и принят большинством стран мира. В России этот показатель пока не рассчитывается и не публикуется.

Исследования российских демографов¹⁰, отмечает Аганбегян А.Г., говорят о том, что в связи с высоким уровнем распространения хронических болезней и инвалидизации населения средняя продолжительность здоровой жизни населения в России на 10-12 лет ниже ожидаемой продолжительности жизни.

⁸ Габуева Л.А., Павлова Н.Ф. Анализ влияния государственных полномочий в сфере здравоохранения на показатели трудоспособного населения России // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии. 2018. № 4. С. 163-167.

⁹ Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат.

¹⁰ Вишневский А.Г., Васин С.А., Романов А.В. Продолжительность жизни и возраст выхода на пенсию // Демоскоп Weekly. 2012. № 511-512.

При этом у мужчин она меньше на 6 лет, а у женщин — на 15 лет¹¹.

В настоящее время в РФ мужчины выходят на пенсию в 60 лет, когда ожидаемая продолжительность жизни мужчин, достигших 60-летнего рубежа, в 2016 г. составляет 16,08 года. В других странах пенсионный возраст устанавливается как минимум на 5 лет ниже продолжительности здоровой жизни. Для мужчин средняя продолжительность здоровой жизни будет равна 16,08 — 6 = 10,08 лет. Отнимем от них принятый в других странах минимум в 5 лет, останется 5 лет, это срок, на который гипотетически можно увеличить пенсионный возраст мужчин, достигших 60-летнего рубежа. Однако высокие показатели смертности населения в трудоспособном возрасте, говорят о том, что многие мужчины не доживают до 60 лет. В последние 12 лет показатели смертности мужчин в трудоспособном возрасте (16-59 лет) уменьшились с 13% на тысячу человек в 2005 г. до 8% в 2016 г., но продолжают быть высокими.

Стоит внимательно посмотреть возрастные коэффициенты смертности в 2005 и 2016 годах, которые показывают отношение числа умерших в данном возрасте в течение календарного года к среднегодовой численности лиц данного возраста¹², т.е. характеризуют средний уровень смертности в каждой возрастной группе в этом году (табл. 6).

Анализ табл. 6 показывает, что потери мужского населения с 40 лет в каждой возрастной группе выше, чем в предыдущей.

В то же время, за 12 лет, с 2005 г. по 2016 г., удалось добиться снижения смертности в каждой возрастной группе. Если по показателям ВКС 2005 г. возрастная группа мужчин (ВГМ) 40-44 года за 5 лет теряла 7,2% своей численности, то по ВКС 2016 г. — 4,15%, т.е. уменьшение на 3,05%.

Если по показателям ВКС 2005 г. возрастная группа мужчин (ВГМ) 50-59 лет за 5 лет теряла 16,95% своей численности, то по ВКС 2016 г. — 10,35%, т.е. уменьшение на 6,6%.

Если общую численность мужчин в трудоспособном возрасте, достигших 40 лет, примем за 100%, то к 45 годам она уменьшалась на 7,2% по показателям ВКС 2005 г., на 4,15% по показателям ВКС 2016 г.

Если общую численность мужчин в трудоспособном возрасте, достигших 45 лет, примем за 100%, то к 50 годам она уменьшалась на 9,7% по показателям ВКС 2005 г., на 5,15% по показателям ВКС 2016 г.

Если общую численность мужчин в трудоспособном возрасте, достигших 55 лет, примем за 100%, то к 60 годам она уменьшалась на 16,95% по показателям ВКС 2005 г., на 10,35% по показателям ВКС 2016 г.

Таким образом, по показателям ВКС 2016 г. за пять лет, предшествующих возрасту выхода на пенсию мужчин, в настоящее время их численность уменьшается на 10%, в среднем на 2% в год.

Начиная с 60 лет их численность уменьшается на 15,6% за пятилетку, в среднем на 3,12%

Таблица 6

Возрастные коэффициенты смертности (ВКС) мужчин в 2005 и 2016 гг.
(на 1 000 человек в своей возрастной группе в течение календарного года)¹³

Годы	Возрастные группы мужчин (ВГМ) старше 40 лет						
	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 и более
ВКС 2005 г.	14,4	19,4	26,7	33,9	46,3	58,1	105,8
Уменьшение доли ВГМ за 5 лет, %	1,44*5=7,2%	1,94*5=9,7%	2,67*5=13,35%	3,39*5=16,95%	4,63*5=23,15%	5,81*5=29,05%	
ВКС 2016 г.	8,3	10,3	14,6	20,7	31,2	41,9	91,0
Уменьшение доли ВГМ за 5 лет, %	0,83*5=4,15%	1,03*5=5,15%	1,46*5=7,3%	2,07*5=10,35%	3,12*5=15,6%	4,19*5=20,95%	
Уменьшение с 2005 по 2016 гг. потеря за 5 лет, %	3,05	4,55	6,05	6,6	7,55	8,1	

¹¹ Аганбегян А.Г. Демография и здравоохранение России на рубеже веков. М.: Дело, 2016. 192 с.

¹² Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат.

¹³ Рассчитано авторами на основе: Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. С. 20.

в год, а с 65 лет более 4% в год, несмотря на то, что пенсионеры становятся постоянными посетителями ЛПУ, пациентами стационаров. Как отразится на этих показателях увеличение возраста выхода на пенсию?

Зная ответственное отношение людей

старшего возраста ко всем своим обязанностям, можно предположить, что все, кто имеет силы и здоровье, и сегодня продолжают работать по причинам, рассмотренным нами в начале статьи, в первую очередь, для помощи детям и внукам, которые часто имеют более низкие показатели материальной обеспеченности при более высоких запросах и потребностях.

В то же время сохранение статуса работающего пенсионера создает для него риски несвоевременного обращения к врачу, отсутствия времени на посещение оздоровительных мероприятий в дневное время, недостаток ресурса силы для посещения их во внерабочее время. Отделы социальной защиты Москвы реализуют множество программ для пенсионеров в рамках «Московского долголетия», работающим пенсионерам они, как правило, недоступны.

Также недоступны для работающего пенсионера бесплатные оздоровительные путевки в санатории и дома отдыха, которыми могут ежегодно пользоваться неработающие пенсионеры. Платные путевки для большинства работающих пенсионеров недоступны из-за высокой цены и больших расходов на дорогу.

Поэтому увеличение возраста выхода на пенсию мужчин может негативно сказаться на показателях ожидаемой продолжительности жизни в целом и ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

За основу повышения пенсионного возраста Правительством РФ принят вариант увеличения пенсионного возраста для мужчин на 5 лет, до 65 лет, для женщин — на 8 лет, до 63 лет¹⁴. Основанием служит рост показателя ожидаемой продолжительности жизни в целом. Если взять этот показатель за 2016 г., то для родившихся в этом году россиян (мужчин и женщин) он составляет 71,87 года, для мужчин — 66,50 лет, для женщин — 77,06 лет. А для родившихся в 2005 г. россиян (мужчин и женщин) этот показатель равнялся 68,94 года, для мужчин — 63,09 года, для женщин — 74,88 года¹⁵.

Складывается впечатление, что относящиеся к 0 (нулевому) возрасту показатели ожидаемой продолжительности жизни 2016 г. инициаторы пенсионной реформы стараются применить к людям, родившимся в 1970-е годы, на чью юность выпала эпоха социетальной трансформации нашего общества, бурный рост алкоголизации, наркотизации молодых поколений, преступности и суицида. И если при их рождении в советское время показатели ожидаемой

продолжительности жизни были оптимистичными, то они должны были быть скорректированы годами сверхсмертности в жизни этих поколений, реальными показателями их состояния здоровья.

Для того, чтобы продуктивно работать, надо быть здоровым, а не просто живым. Поэтому ориентироваться на предстоящие статистические годы жизни людей в том или ином возрасте нельзя, надо учитывать их реальный жизненный потенциал. В интервью газете «Известия» министр здравоохранения В. Скворцова подчеркнула, что существуют несколько основных причин смертности. Главные — сосудистые заболевания и онкология, на которые в России приходится 48% и 15% всех смертей, соответственно.

«Во всем мире количество онкологических заболеваний увеличивается с учетом роста продолжительности жизни. Люди начали доживать до рака, а раньше умирали от предотвратимых в наше время причин. В том числе от острого коронарного синдрома и от инсульта. Сейчас мы можем спасти таких пациентов»¹⁶. Спасенные от инфарктов и инсультов мужчины, как правило, не могут восстановить прежнюю работоспособность, они могут с помощью семьи поддерживать свою жизнь.

Смертность мужчин от инфаркта миокарда примерно в 10 раз выше смертности женщин (табл. 7). Во многом это обусловлено социальными, поведенческими причинами, а также системой организации здравоохранения, «привязанной» к месту жительства, а не к месту работы мужчины.

Работающие мужчины не обращаются в поликлинику по многим причинам: они кормильцы в семье, боятся потерять работу; терпят боль и стесняются сообщить окружающим в силу «мужского характера»; мужчины чаще женщин имеют вторичную занятость, чтобы обеспечить семью, не имеют времени «ходить по врачам», и др.

Отсутствие цехового врача, медицины труда на предприятии, практически обрекают мужчин, имеющих сердечно-сосудистые и другие заболевания, часто не выявленные, на преждевременную смерть. Говорить о повышении для них пенсионного возраста можно только при возвращении медицины труда на предприятия. В противном случае, достижение национальной цели по сбережению населения трудно выполнимо.

¹⁴ Правительство РФ определилось с проектом пенсионной реформы // <https://news.mail.ru/society/33725349/?frommail=1> (дата обращения: 08.06.2018).

¹⁵ Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. С.19.

¹⁶ Назван способ увеличить продолжительность жизни россиян до 80 лет (интервью министра здравоохранения В.И. Скворцовой газете «Известия» 28.05.2018) // <https://news.mail.ru/society/33601411/>.

¹⁷ Таблица составлена авторами на основе: Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат (табл. 1.7, с. 22).

Таблица 7

Показатели смертности от болезней системы кровообращения мужчин и женщин
(на 100 тыс. человек населения в России в 2005-2016 гг.)¹⁷

	2005	2013	2016
Умершие от болезней системы кровообращения: мужчины/женщины	427,3/95,6	275,3/57,5	253,5/51,2
Из них: от ишемической болезни сердца (I20-I25): мужчины/женщины	219,4/33,6	141,6/19,5	123,6/15,3
Из них от инфаркта миокарда (I21-I22): мужчины/женщины	29,3/3,2	25,3/2,6	23,3/2,2
от цереброваскулярных болезней (I60-I69): мужчины/женщины	77,5/24,4	50,2/14,3	48,0/13,0

В последние 12 лет показатели смертности женщин в трудоспособном возрасте (16-54 года) уменьшились с 3,4 на тысячу человек в 2005 г. до 2,2 в 2016 г.

Рассмотрим возрастные коэффициенты смертности женщин в 2005 и 2016 годах, которые показывают отношение числа умерших в данном возрасте в течение календарного года к среднегодовой численности лиц данного возраста, т.е. характеризуют средний уровень смертности в каждой возрастной группе в этом году (табл. 8).

По показателям ВКС 2016 г. разница не столь резкая: в 2,6 раза выше ВКС в группе 55-59 лет по сравнению с группой 40-44 лет; в 3,6 раза она выше в группе 60-64 лет и в 6 раз больше в группе 65-69 лет.

По сравнению с показателями смертности мужчин ВКС женщин выглядят оптимистично, однако имеются новые риски для женщин. «Примерно 20% умерших женщин 25-35 лет погибают от СПИДа», — заявил академик РАН В. Покровский на пресс-конференции, посвященной памяти людей, умер-

Таблица 8

Возрастные коэффициенты смертности (ВКС) женщин в 2005 и 2016 гг.
(на 1000 человек в своей возрастной группе в течение календарного года)¹⁸

Годы	Возрастные группы женщин (ВГЖ) старше 40 лет						
	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 и более
ВКС 2005 г.	4,0	5,6	8,1	11,7	16,4	23,6	78,1
Уменьшение доли ВГЖ за 5 лет, %	0,4*5=2,0%	0,56*5=2,8%	0,81*5=4,05%	1,17*5=5,85%	1,64*5=8,2%	2,36*5=11,8%	
ВКС 2016 г.	2,8	3,6	4,9	7,2	10,7	16,7	70,8
Уменьшение доли ВГЖ за 5 лет, %	0,28*5=1,4%	0,36*5=1,8%	0,49*5=2,45%	0,72*5=3,6%	1,07*5=5,35%	1,67*5=8,35%	
Уменьшение с 2005 г. по 2016 г. потеря за 5 лет, %	0,6	1,0	1,6	2,25	2,85	3,45	

Анализ таблицы показывает, что потери женского населения с 40 лет в каждой возрастной группе выше, чем в предыдущей, в группе 50-54 лет в два раза выше, чем в группе 40-44 лет, в группе 60-64 лет — в четыре раза по ВКС 2005 г.

ших от СПИДа. «А женщины в этом возрасте вообще не должны умирать!» — добавил он¹⁹.

¹⁸ Таблица составлена авторами на основе: Здоровоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. С. 20.

¹⁹ В России ВИЧ убивает все больше молодых женщин. Причиной такой высокой смертности В. Покровский назвал «плохую организацию всего процесса», когда человеку с выявленным ВИЧ не назначают лечение сразу (потому что на него лекарства в этом году не закуплены), а просят прийти попозже. Женщина приходит «позже», с нее начинают просить документы, справки,

Он уверен, что при своевременном начале лечения можно было бы добиться нулевой смертности. А она растет. За 10 лет смертность от СПИДа в России увеличилась в 10 раз: с 1 529 человек в 2005 г. до 15 520 — в 2015 г. В 2016 г. она уже превысила 18 500 человек в год. Средний возраст смерти от СПИДа в России составляет 35-40 лет. В то время как от онкологических заболеваний умирают в 60-70 лет, а от сердечно-сосудистых — в 70-80. Чтобы люди не умирали от СПИДа, надо обеспечить всех лекарствами. Тогда продолжительность жизни с ВИЧ вырастет тоже до 70-80 лет. Но из 960 тыс. больных в России сегодня получает лечение треть.

Второй причиной роста смертей В. Покровский называет отсутствие профилактики²⁰.

Однако вернемся к женщинам пенсионного возраста.

Для женщин, достигших 55-летнего рубежа, в 2010 г. срок ожидаемой продолжительности жизни составлял 24,23 года, а в 2016 г. — 25,80 года²¹. Прибавка около 1,5 лет.

Мы уже говорили, что продолжительность здоровой жизни российских женщин на 15 лет меньше ожидаемой продолжительности жизни, равна $24,23 - 15 = 9,23$ года здоровой жизни, т.е. до 64 лет. В других странах пенсионный возраст устанавливается как минимум на 5 лет ниже продолжительности здоровой жизни: $64 - 5 = 59$ лет по показателям 2010 г. и 60 лет по показателям 2016 г.

Следовательно, говорить о значительном повышении пенсионного возраста женщин нелогично, так как мы посчитали возможный выход на пенсию по минимуму в 5 лет от продолжительности здоровой жизни. Ориентируясь на 7 лет, можно повысить пенсионный возраст женщин в России до 57-58 лет, а не до 63.

Таким образом, наши подсчеты показали, что смертность мужчин и женщин значительно

возрастает при переходе в следующую возрастную группу. Поэтому реальные задачи повышения пенсионного возраста, исходя из ожидаемой продолжительности здоровой жизни, для мужчин могут рассматриваться в рамках «плюс 1-2 года», не больше, т.е. до 62 лет в ближайшее десятилетие; для женщин в рамках «плюс 2-3 года», а не 8 лет, т.е. до 57-58 лет в ближайшее десятилетие, до 2028 г.

Далее, при повышении показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни и мужчин и женщин можно будет провести корректирующие расчеты по увеличению этого возраста. Дискуссия в обществе продолжается. «Главное, что дает повышение пенсионного возраста, — возможность увеличить пенсии людям старших пенсионных возрастов, это гораздо важнее фискальных выгод», — замечает ректор АНХ при Президенте России В. Май. По его мнению, альтернативные повышению пенсионного возраста варианты очевидны: существенно повысить налоги, усилить перераспределение в бюджете в пользу Пенсионного фонда или согласиться, что реальные пенсии будут все более отрываться от зарплаты. В конечном счете, все это вопросы политического выбора²².

Нам думается, что пенсионеры действительно скорее согласились бы с тем, что реальные пенсии будут значительно ниже средней зарплаты работающих, у которых стоят задачи по обеспечению ресурсами растущей с рождением детей семьи. Напомним, что до 70% бедных²³ — это семьи с детьми, а не пенсионеры, большая часть которых не входит в зону крайней бедности, при необходимости имеет поддержку от органов социального обеспечения и защиты.

Правительству надо рассматривать и другие варианты. Наука управления учит, что необходимо рассмотреть несколько вариантов, учесть плюсы и минусы каждого и найти тот вариант, который даст наименьший шлейф негативных социальных последствий и позволит реализовать главную национальную задачу: сбережение населения страны²⁴.

Планы Правительства РФ о повышении пенсионного возраста были подвергнуты критике

дополнительные анализы // https://health.mail.ru/news/vich_sokraschaet_chislo_zhenschin_v_rossii/ (дата обращения: 31.05.2018).

²⁰ «Понятно, что необходимо не допустить новые случаи инфицирования, — говорит В. Покровский. — Но направленность бюджета такова, что 95% средств уходит на обследование и закупку лекарств. А на предупреждение заражения в прошлом году выделили около 5%, и они тоже частично пошли на обследование. В частности, на поезд, которые проехал по всей стране, и в котором можно было обследоваться на ВИЧ. В нем протестировали 25 тысяч человек, и по официальным данным, инфицировано оказалось 1,5%». Это высокий процент, тем не менее, даже такое доказательство не привело к началу кампании по профилактике // https://health.mail.ru/news/vich_sokraschaet_chislo_zhenschin_v_rossii/ (дата обращения: 31.05.2018).

²¹ Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. С. 19.

²² Правительство РФ начало сокращать долю пенсионеров среди россиян. Повышать пенсионный возраст начнут с 2019 г., взамен обещают более высокие пенсии (15.06.2018 «Ведомости») // <https://news.mail.ru/politics/33788210/> (дата обращения: 16.06.2018).

²³ В Минтруде отметили, что 70% бедных россиян составляют семьи с детьми // <https://news.mail.ru/economics/33605240/> (дата обращения: 30.05.2018).

²⁴ Указ Президента РФ от 08.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ до 2024 года».

на устроенном 09.07.2018 Общественной палатой «нулевом чтении» проекта пенсионной реформы. Выступавшие говорили, что в нынешнем виде реформа не учитывает множества нюансов. «По нашим расчетам в результате повышения пенсионного возраста без пенсии останутся около 14 млн человек, и большая часть из них останется на рынке труда. Но по прогнозу Минэкономики через десять лет в стране появится только около 3 млн новых рабочих мест», — сказал Олег Шеин, представляющий профсоюз «Конфедерация труда России». «За счет повышения пенсионного возраста люди потеряют сотни тысяч рублей, а приобретут только 12 тыс. руб. в год. Такая экономия не может быть целью социальной реформы», — заявил Сергей Алешин, глава комиссии палаты по развитию экономики.

В проекте документа Общественной палаты было предложено назвать необоснованными утверждения об увеличении трудоспособности пожилых россиян, отсутствии дискриминации пожилых на рынке труда.

Таким образом, авторы статьи постарались показать значимую роль пенсионеров в социально-экономическом и демографическом благополучии страны через ответственное выполнение ими своей семейной функции по поддержанию и укреплению поколения детей и внуков. Наши расчеты с применением показателей ожидаемой

продолжительности здоровой жизни показали, что возраст выхода на пенсию мужчин может быть в пределах 62 лет, женщин — до 57-58 лет в ближайшее десятилетие, до 2028 г. После этого, при повышении показателей ожидаемой продолжительности здоровой жизни и мужчин и женщин можно будет провести корректирующие расчеты по увеличению возраста выхода на пенсию.

Список литературы

1. Аганбегян А.Г. Демография и здравоохранение России на рубеже веков. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2016. 192 с.
2. Вишневский А.Г., Васин С.А., Романов А.В. Продолжительность жизни и возраст выхода на пенсию // Демоскоп Weekly. 2012. № 511-512.
3. Габуева Л.А., Павлова Н.Ф. Анализ влияния государственных полномочий в сфере здравоохранения на показатели трудоспособного населения России // Конкурентоспособность в глобальном мире: экономика, наука, технологии. 2018. № 4. С. 163-167.
4. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат. М., 3-46, 2017. 170 с. // <http://www.gks.ru/zdrav17.pdf>-Adobe Reader.
5. Сборник Россия и страны Европейского Союза // http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_65/.
6. Статистический бюллетень // <http://www.gks.ru/prognoz35>. М.: Росстат, 2017.

The Choice of Strategic Directions for the Development of Health Care in Russia, Taking into Account Risk Factors for Maintaining the Health of Children, the Working-Age Population and the Retirement Age

Gabueva L. A.,

Doctor of Economics, Professor,
Head of the Department of Economics and Social Management,
IOM RANEPa under the President of the RF
E-mail: gabueva@ranepa.ru

Pavlova N. F.,

Doctor of Sociology, PhD in Economics,
Consultant on Management and Organizational Development, Professor of the Department
of Economics and Management in the Social Sphere, IOM RANEPa under the President of the RF
E-mail: pavlova-nf@ranepa.ru

Abstract. Health care in Russia is under the difficult conditions of under-financing of the industry due to the stagnation of the economy, relatively low GDP per capita, a small percentage of GDP allocated to health care, large area and low density of settlement of the population served. In this context the Ministry of Health of the Russian Federation must correctly determine the strategy and tactics of action to its available resources were aimed at solving the main tasks of preserving the population of all age groups.

The authors propose to consider the influence of the Ministry of Health of the Russian Federation on the full range of risk factors that determine the health status of the population, the relationship between the health of parents and the welfare of the family and the role of the older generations of the family in the preservation, creation and development of the potential viability of the family.

It is in the family that the human labor force is created, the restoration and reproduction of today's labor potential, and the task of expanded reproduction of labor resources is resolved which is the basis of socio-economic growth and development of Russia-is being solved.

The authors take part in the scientific and practical discussion on pension reform, offering the Government to take into account the expected duration of healthy life of men and women, to analyze various aspects of employment of the older population, which has higher risks of becoming unemployed than workers of middle and young age. On the other hand, the continued employment of older persons makes the task of youth employment even more difficult. The authors suggest that the Government consider other options for filling the budget. The science of management says that it is necessary to consider several options, take into account the pros and cons of each, and find the option that will give the least plume of negative social consequences and will allow to execute the main national task to preserve of the population.

Keywords: *health saving of the country's population, the main factors of risks to life and health of the population, working age and their families, expected healthy life expectancy of the population, the optimal retirement age, the plume of negative social consequences of ill-considered management decisions.*

References

1. Aganbegyan A.G. Demografiya i zdravookhranenie Rossii na rubezhe vekov. M.: Izdatelskij dom "Delo" RANKHiGS, 2016. 192 s.
2. Vishnevskij A. G., Vasin S. A., Romanov A. V. Prodolzhitelnost zhizni i vozrast vykhoda na pensiyu // Demoskop weekly. 2012. S. 511-512.
3. Gabueva L. A., Pavlova N. F. Analiz vliyaniya gosudarstvennykh polnomochij v sfere zdravookhraneniya na pokazateli trudospobnogo naseleniya Rossii // Konkurentosposobnost v globalnom mire: ekonomika, nauka, tekhnologii. 2018. № 4. S. 163-167.
4. Zdravookhranenie v Rossii. 2017: Stat. sb. / Rosstat. M., Z-46, 2017. 170 s. // <http://www.gks.ru/zdrav17.pdf-adobe reader>.
5. Sbornik Rossiya i strany Evropejskogo Soyuzu // http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_65/.
6. Statisticheskij byulleten // <http://www.gks.ru/prognoz35>. M.: Rosstat, 2017.