

# Какие приоритеты в области здоровья населения трудоспособного возраста наиболее важны для России?

Кирилл Данишевский

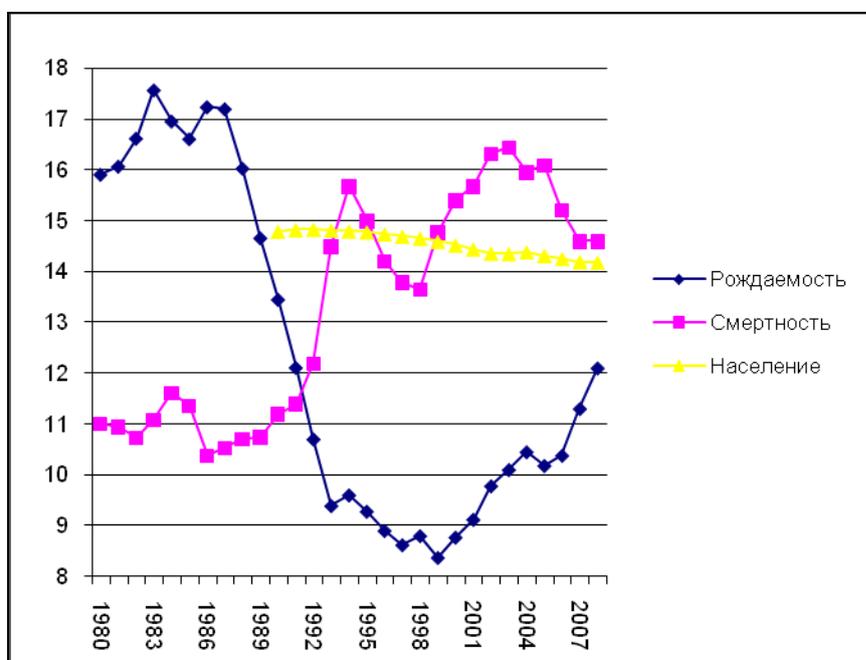
д.м.н., профессор Высшей школы экономики

Несмотря на некоторое, отмечаемое в последние годы, улучшение демографических показателей, изменения пока незначительны и преимущественно связаны с отсроченными когортными трендами и непреднамеренными эффектами социальной политики и экономических преобразований. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин по-прежнему меньше женской на 12 лет, уровня западных стран почти на 20, и даже уровня Центральных Азиатских республик на 5-10 лет. Национальные приоритетные проекты, способствующие модернизации системы здравоохранения, пока не оказали значительного влияния на этот важнейший показатель. Срочные меры по контролю над табачной и алкогольной индустрией необходимы для того, чтобы улучшить показатели здоровья населения работоспособного возраста и увеличить трудовой потенциал России, необходимый для модернизации экономики.

**Ключевые слова:** демографическая ситуация, продолжительность жизни, трудоспособный возраст, смертность, контроль над табаком, контроль над алкоголем

## Демографическая ситуация в Российской Федерации

Рис 1. Коэффициенты рождаемости и смертности на 1000 человек; население, дес. млн. человек. Россия, 1980-2008 гг. Источник: Росстат



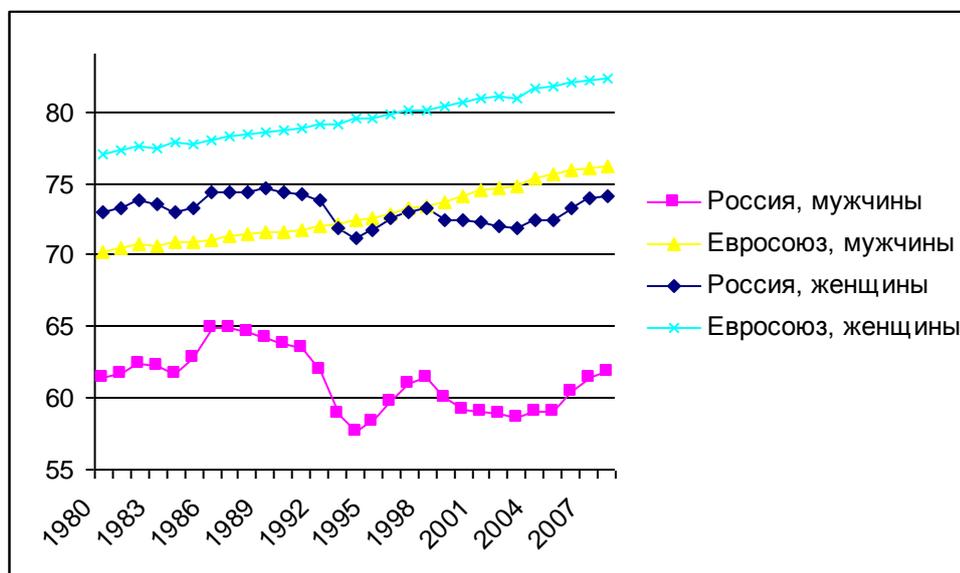
Демографическая ситуация [1] в России за последние годы несколько улучшилась по всем основным показателям, а именно по росту рождаемости и регистрируемой иммиграции и снижению смертности. Вместе с тем по-прежнему

наблюдается естественная убыль населения (рисунок 1); по итогам 2009 года она составила около 240 тысяч человек. В последние годы частично, а в 2009 году и полностью, естественная убыль компенсируется миграцией. Вероятный прирост общей численности населения РФ в 2009 году с учетом иммиграции составит около 20 тысяч человек. Стоит учитывать, тем не менее, что рост регистрируемой миграция может быть связан с особенностями регистрации мигрантов [2], при этом непонятно, идентифицируют ли мигранты себя с Россией и в какой мере их можно считать частью населения.

## Проблема предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний

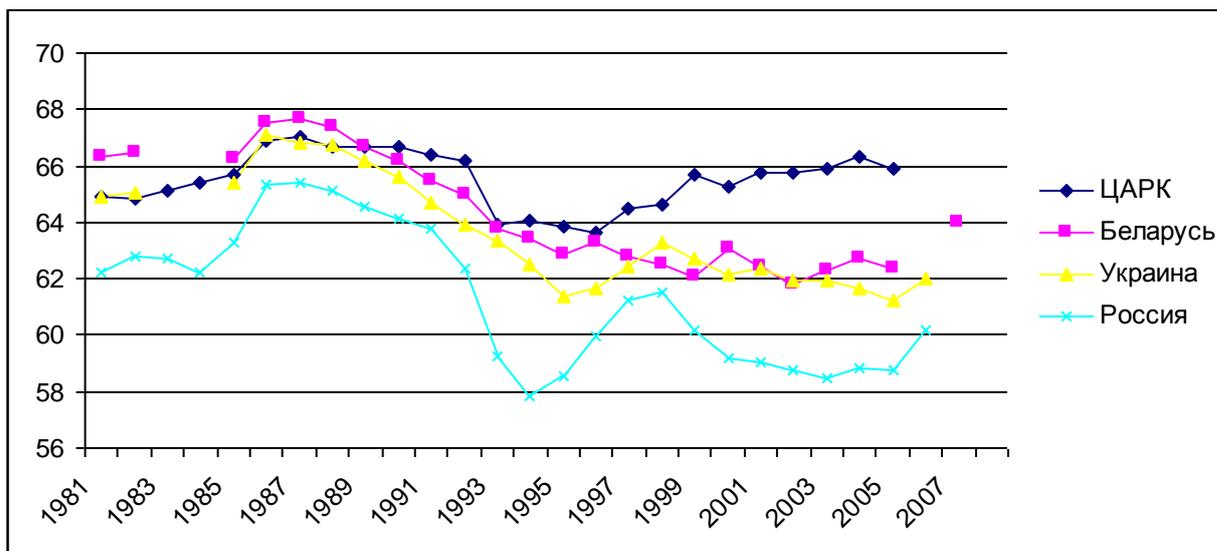
Несмотря на важность проблемы репродуктивного и детского здоровья, потенциальный эффект от улучшения этих показателей для решения проблем популяционного здоровья в России будет значительно меньше, чем от даже небольшого снижения преждевременной смертности населения трудоспособного возраста. Мы постарались выделить некоторые важные показатели здоровья и рассмотреть их с учетом неблагоприятной текущей ситуации со здоровьем населения в России.

Рис 2. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в России и в Евросоюзе в 1980 - 2009 годах. Источник: ВОЗ



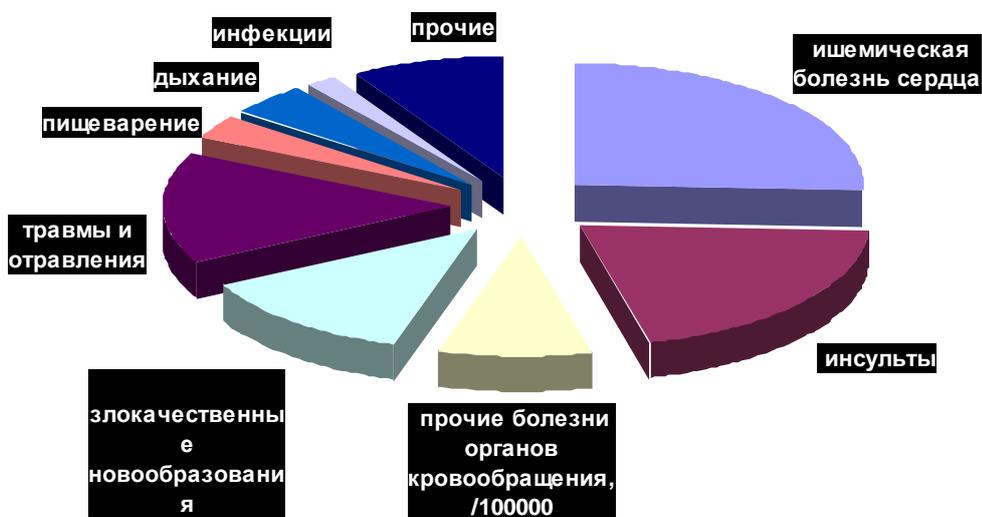
Острейшей проблемой для России является низкий уровень продолжительности жизни, особенно мужчин. Мужчины в России в среднем живут на 14,5 лет меньше, чем в Западной Европе и на 12 лет меньше российских женщин. Российские женщины после 2000 года живут меньше, чем мужчины в Евросоюзе (рисунок 2).

Рис. 3. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в возрасте 1 год, Россия, Беларусь, Украина, Центральнoазиатские Республики, 1980-2007. Источник: ВОЗ



Еще более печальным является сравнение продолжительности жизни в России с бывшими республиками СССР. Так, по продолжительности жизни мужчин Россия, несмотря на некоторые тенденции роста, по-прежнему находится на последнем месте в Евразии, и на два года отстает от Украины и Белоруссии и примерно на 6 лет – от стран Центральной Азии (рисунок 3). С учетом еще большего, чем в России, занижения статистики младенческой смертности в Центральной Азии, используется показатель ожидаемой продолжительности жизни людей по достижению одного года, а не при рождении, который значительно более точен применительно к бывшим республикам СССР.

Рис 4. структура смертности в России, 2005-2007 год. Источник: ВОЗ



Основной вклад в структуру смертности в России (как и в других странах с развитой и переходной экономикой) вносят сердечнососудистые заболевания, травмы и онкология (рисунок 4). Около 25% смертей составляют инфаркты, а 20% инсульты, хотя в эти группы ошибочно попадают многие иные причины, например алкогольные отравления [3]. При этом смертность от инфарктов в России по сравнению с Евросоюзом выше в 4 раза, а от инсультов в 5-6 раз (рисунки 5 и 6). Еще по 15-20% приходится на смертность от онкологических заболеваний и травм и отравлений. При этом 25% смертей от сердечнососудистых заболеваний у мужчин и 15% у женщин вызваны алкоголем.

Рис 5. Стандартизованная смертность от ишемической болезни сердца на 100 000 человек в год в России и в Евросоюзе в 1980 - 2009 годах. Источник: ВОЗ

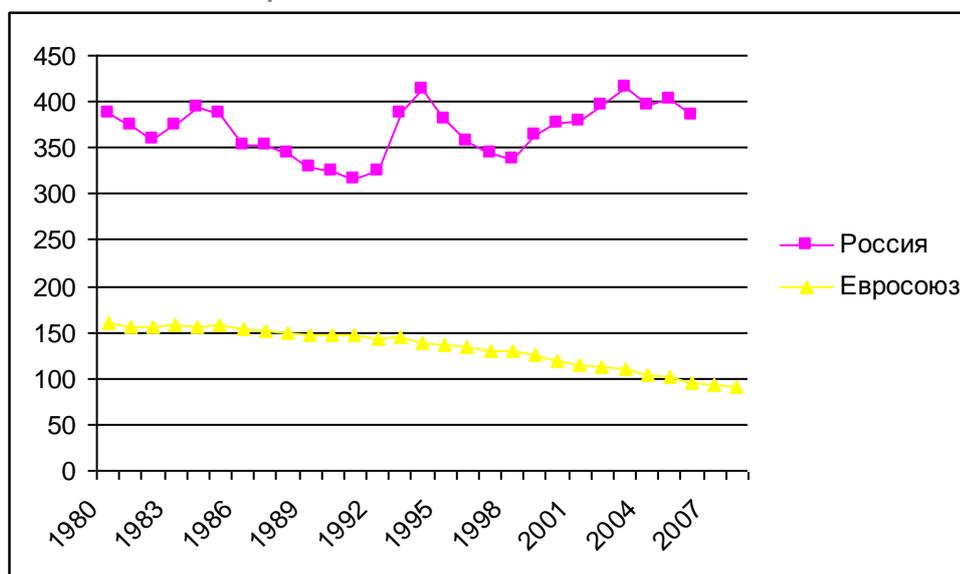


Рис 6. Стандартизованная смертность от инсультов на 100000 человек в год в России и в Евросоюзе в 1980 - 2009 годах. Источник: ВОЗ

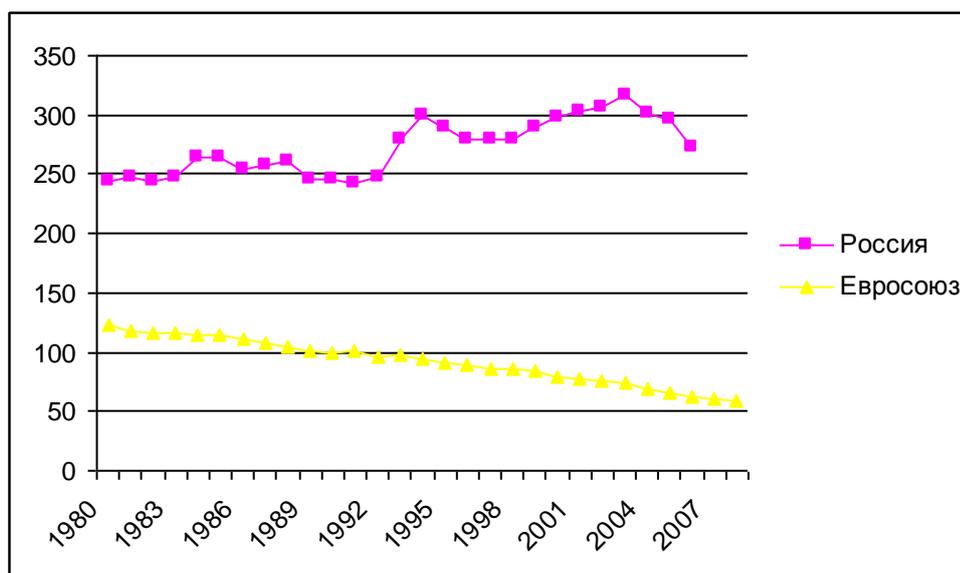
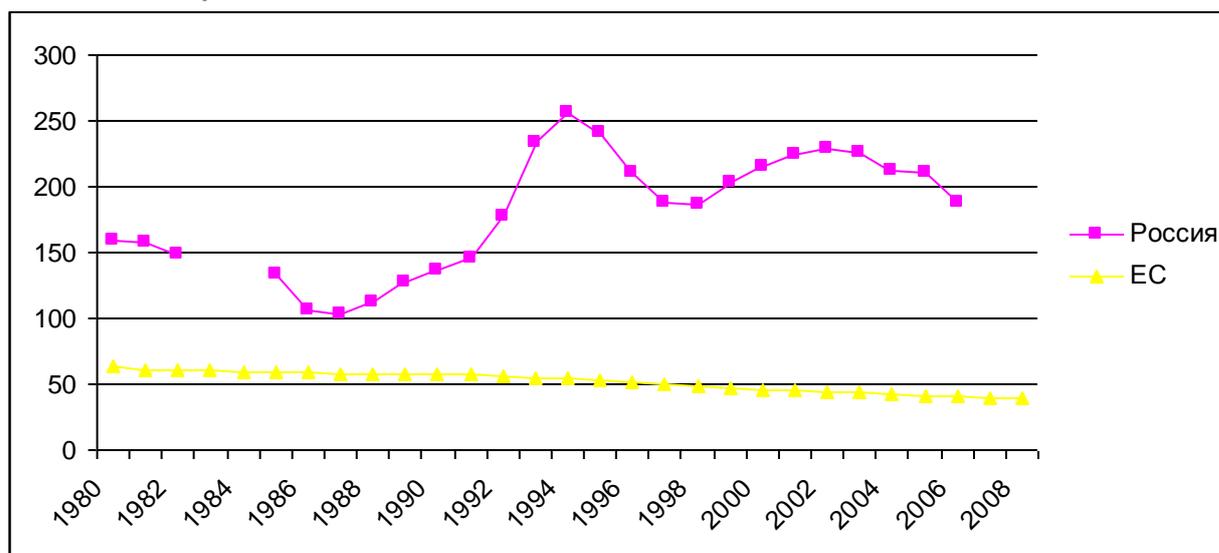
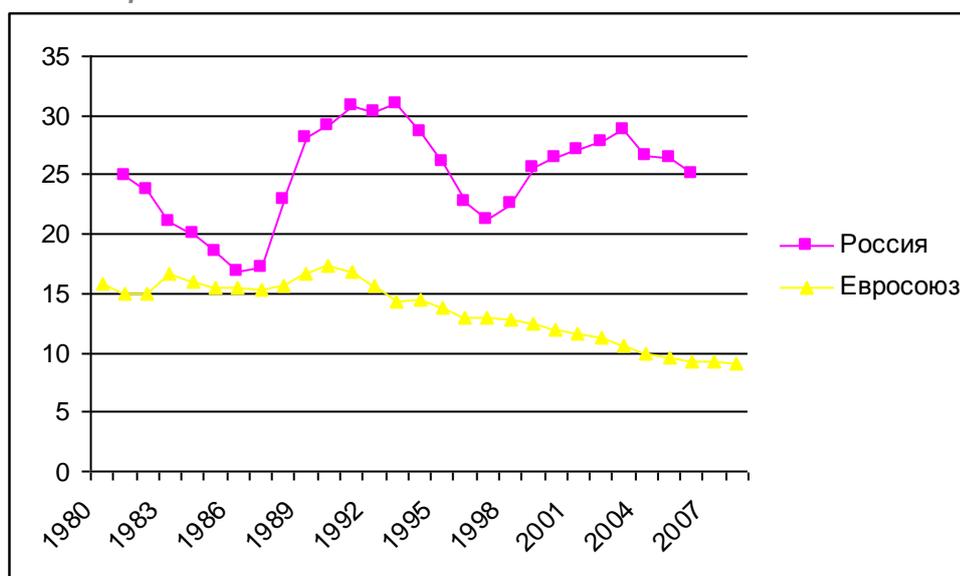


Рис 7. Стандартизованная смертность от травм и отравлений на 100000 человек в год в России и в Евросоюзе в 1980 - 2009 годах. Источник: ВОЗ



Смертность от травм и отравлений в России в 4 раза выше, чем в Евросоюзе (рисунок 7). При этом смертность на дорогах – один из немногих показателей, которому уделяется должное внимание в структуре смертности от неинфекционных заболеваний. В России от ДТП ежегодно гибнут около 35 тысяч человек, и российские показатели смертности от ДТП на 100 000 населения самые высокие во всем европейском регионе, традиционно конкурируя лишь с Латвией. По сравнению со странами Евросоюза, смертность на дорогах на душу населения в стране выше примерно в два с половиной раза (рисунок 8), и это при значительно более низкой «автомобилизации» – в России на 100 человек приходится 14 автомобилей, по сравнению с 55 в Европе и 75 в США.

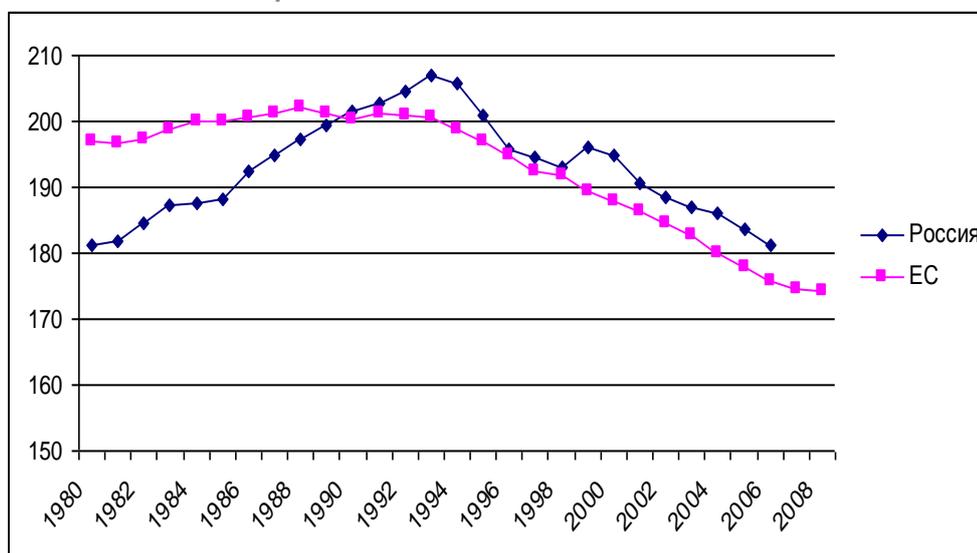
Рис 8. Стандартизованная смертность от происшествий на дорогах на 100000 человек в год в России и в Евросоюзе в 1980 - 2009 годах. Источник: ВОЗ



Свыше 40% погибших в автомобильных авариях в России – пешеходы, и это самый высокий процент в мире. Ни для кого не секрет, что алкоголь является крайне частой причиной ДТП с тяжелыми последствиями для здоровья. Неэффективность ГИБДД не дает возможность точно сказать, какой процент ДТП связан с алкоголем, однако по официальной статистике с алкоголем связаны более 31 тысячи аварий ежегодно. Выборочные исследования показывают, что более трети всех серьезных ДТП возникают по причине употребления алкоголя водителями. В последние годы снижение смертности на дорогах рассматривается как одна из приоритетных задач: были достигнуты ощутимые успехи. Международные исследования позволяют предположить, что ключевой вклад внесен в первую очередь изменениями в правилах дорожного движения: более строгой ответственностью за управление транспортом в нетрезвом состоянии, превышение скорости, движение по встречной полосе и на красный свет [4]. Требуются детальные независимые исследования того, какие меры оказались наиболее эффективными для снижения смертности на дорогах в России.

Стоит также отметить, что в России по сравнению с Евросоюзом в 2,5 раза выше смертность от самоубийств и в 20 раз выше смертность от убийств. В России ежегодно происходит почти 40 тысяч самоубийств, 55% которых связаны со злоупотреблением алкоголем. Из более 25 тысяч совершаемых ежегодно убийств примерно  $\frac{3}{4}$  связаны с алкоголем [5].

*Рис 9. Стандартизованная смертность от злокачественных новообразований на 100.000 человек в год в России и в Евросоюзе в 1980 - 2009 годах. Источник: ВОЗ*



В то же время смертность от онкологических заболеваний в России находится примерно на уровне Евросоюза (рисунок 9). Так, смертность от онкологических заболеваний, которые плохо поддаются профилактике, таких как рак молочной железы, совпадает в России и в других странах со схожим уровнем экономического развития (рисунок 10). Смертность же от видов рака, которые

хорошо предотвращается медицинскими мерами, например, рак шейки матки, значительно выше в России (рисунок 11).

Рис 10. Стандартизованная смертность от рака молочной железы на 100.000 женщин в России и в Евросоюзе в 1980 - 2009 годах. Источник: ВОЗ

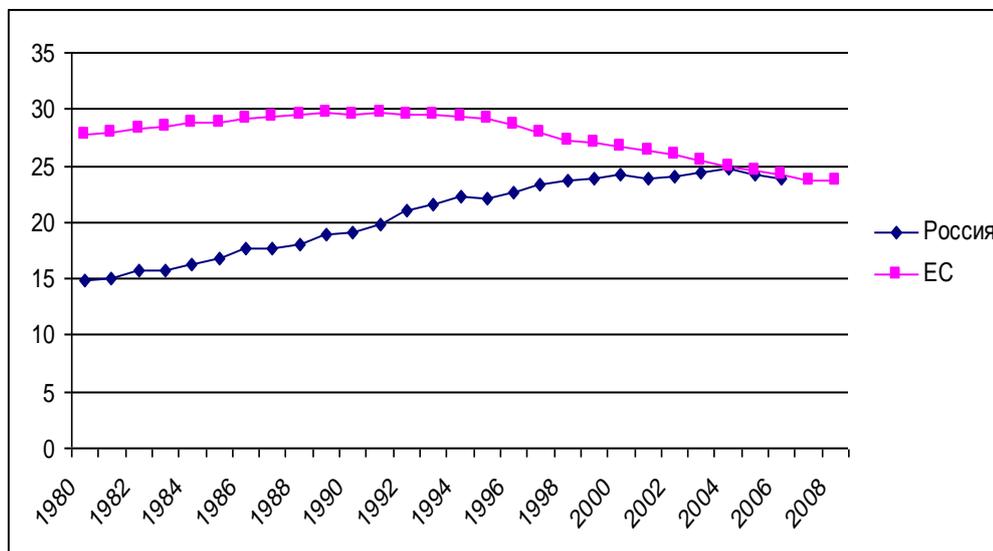
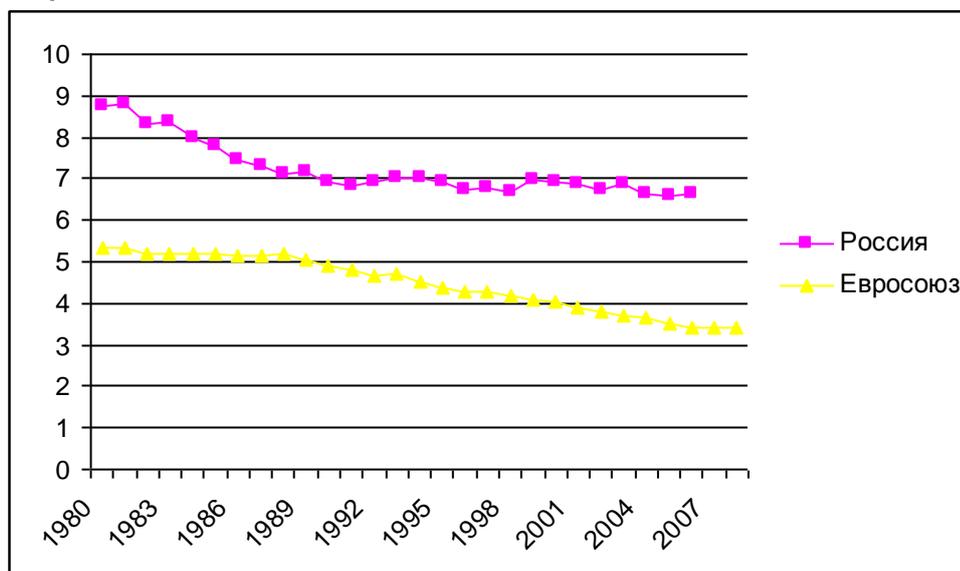


Рис 11. Стандартизованная смертность от рака шейки матки на 100.000 женщин в год в России и в Евросоюзе в 1980 - 2009 годах. Источник: ВОЗ



## Анализ мер, необходимых для снижения предотвратимой смертности населения трудоспособного возраста в России

Здоровье – величайшая ценность для каждого человека. Неверно, когда здоровье рассматривается только как путь к увеличению народонаселения или достижению

экономического роста. Для достижения улучшения показателей здоровья очень важно выбрать эффективные средства.

Несмотря на позитивную динамику демографических показателей, вопросы о средствах, направлениях затрат на улучшение здоровья населения, эффективности таких затрат остаются дискуссионными. Профилактику заболеваний в России традиционно путают с выявлением заболеваний. Первичная профилактика наиболее эффективна не только потому, что она в основном требует меньших затрат, чем меры медицинского характера. Первичная профилактика предотвращает возникновение заболевания и контакт с медицинской системой, который всегда сопряжен с неприятными эмоциями. Вместо этого, в России под профилактикой часто понимают попытки выявить болезнь, когда она уже начала развиваться. Наиболее эффективная модель первичной профилактики заболеваний состоит в устранении факторов риска, то есть в снижении доступности табачных изделий и алкоголя, особенно крепкого в российской ситуации, а также жирной пищи, других рискованных практик и явлений. Напомним, что правительство отказалось от существенного повышения акцизов на табак и алкоголь в 2010 г.

Повышение безопасности транспортных систем, устранение причин возникновения дорожно-транспортных происшествий, где страдают люди, также является разновидностью профилактики. В то же время необходимо способствовать распространению защитных факторов: свежие фрукты и овощи должны быть доступны как шагово, так и по цене. Возможности для занятия физкультурой должны быть дешевы и доступны. При этом, поскольку лишь небольшая доля населения занимается физкультурой, планирование городов должно быть построено так, чтобы вбирать в себя принципы здоровой жизни: безопасные парки и общественные места должны быть пригодны для активного образа жизни, велосипедные и беговые дорожки должны способствовать тому, чтобы физическая активность стала частью ежедневного моциона, в том числе, связанного с необходимостью добираться на работу.

Диспансеризация, т.е. профилактические осмотры взрослых и детей, в том виде, в котором ее пытаются реализовать сейчас – неэффективное средство для улучшения здоровья людей. Скрининг «всех на все» как в случае с диспансеризацией не может являться эффективным, так как лишь очень небольшое количество технологий ранней диагностики подтвердили, что приносят больше пользы, чем вреда. Диспансеризация приводит к выявлению дополнительных, иногда мнимых больных, которые требуют дополнительной помощи. При этом от реальной работы с больными отвлекаются врачи и медсестры. Между тем сегодня большое число тяжело больных людей не могут получить доступа к медицинской помощи [6]. Хорошо известно, насколько труднодоступны в России онкологическая помощь, помощь при

сердечнососудистых заболеваниях, урологическая помощь, протезирование суставов. В России почти полностью отсутствует пересадка органов и тканей.

Оценки смертности связанной с факторами риска в России показывают, что не менее 330 тысяч человек гибнут из-за курения [7,8] и еще до полумиллиона от злоупотребления алкоголем [9]. Именно в плоскости снижения воздействия данных факторов риска и лежит основной резерв для улучшения здоровья населения России. Табак – единственный доступный продукт, который при применении по прямому назначению даже в малых дозах отрицательно влияет на здоровье и досрочно убивает половину своих пользователей. Кроме того, никотин является одним из сильнейших психоактивных веществ, вызывающих зависимость. По данным исследования, проведенного табачной компанией «Империял табакко» (Imperial Tobacco) в 1989 году: *«в течение 6 месяцев 43% курильщиков пытались бросить курить, но лишь 1,8% это удалось. 72% женщин, прекративших курить во время беременности, возобновляют курение после родов. Вновь начинают курить после операций 50% больных раком легкого, а 40% больных раком гортани после операции курят»* [10]. Эти цифры сопоставимы с результатами попыток отказа от героина и опиатов [11,12].

Помимо никотина, вызывающего сильнейшую зависимость, в состав табачного дыма входят множество вредных веществ: смолы, монооксид углерода, формальдегид, цианиды, бензол, полоний [13]. Только канцерогенных веществ, вызывающих рак у человека, находят 69 [14].

Вредоносность курения табака признана не только множеством исследований, но и законодательно. В то же время право на производство и продажу табачных изделий в законодательстве не закреплено. Таким образом, закон «Об ограничении курения табака» ограничивает лишь то, что и так неправомерно, поскольку нарушает требования безопасности для здоровья и жизни населения, нарушает право на охрану здоровья.

При этом стоит помнить, что в России более 40 миллионов никотинозависимых граждан, которых нельзя в одночасье лишиться вещества, от которого они зависимы. Законодательство РФ требует вывод табачных изделий из розничной продажи. При этом возможно временное разрешение реализации через специализированные сети, где лишь никотинозависимые граждане смогут приобретать данный продукт для собственного потребления.

На данном этапе, помимо постепенного удаления табачной продукции с рынка, закрытия производств табака и запрещения его импорта, необходимо полностью реализовывать меры Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе с табаком. Основные направления этой деятельности включают: значительное повышение акцизных налогов (не менее чем в 10-15 раз для гармонизации с беднейшими странами

Европы), одновременно с введением мер по противодействию нелегальному обороту, полный запрет курения в общественных помещениях, запрет рекламы.

В качестве краткосрочных индикаторов ситуации с табакокурением стоит использовать следующие: снижение производства табака, остановка роста распространенности среди женщин, снижение распространенности среди мужчин. К сожалению, производство табачных изделий лишь растет. По данным опроса репрезентативной выборки между ноябрем 2007 года и маем 2009 года, распространенность курения среди мужчин упала с 64% до 58,8%, а среди женщин с 18,9% до 18,2%. За этот период в полтора года около 4 млн. человек (почти 3 млн. мужчин и 1,2 млн. женщин) отказались от курения в России [15]. Однако это данные лишь кратковременного мониторинга.

Также одной из основных причин демографического кризиса в Российской Федерации в настоящее время является чрезмерно высокий уровень потребления алкоголя, особенно крепкого, являющийся основной причиной высокого уровня смертности. Главным фактором высочайшей смертности мужчин трудоспособного возраста является катастрофически высокий процент смертей, непосредственно связанных с потреблением алкоголя (отравления, травматизм) или вызванных заболеваниями, важнейшим фактором риска которых является злоупотребление алкоголем (сердечнососудистые, инфекционные).

В России один из самых высоких уровней потребления алкоголя в мире. По оценкам экспертов, уровень потребления алкогольных напитков составляет в России в пересчете на безводный спирт 14-15 литров на взрослого человека. До половины крепкого алкоголя в России производится нелегально. В странах, где алкоголь употребляется преимущественно в виде вина (Франция, Италия и др.) или пива (Германия, Чехия, Ирландия и др.), алкогольная смертность на порядок ниже, чем в России, где доля потребления крепких алкогольных напитков составляет около 70%. Существует прямая зависимость между долей потребления крепких алкогольных напитков в общем объеме потребления алкоголя и средней продолжительностью жизни мужчин и женщин [16].

Важнейшим мерами снижения алкогольной смертности является не только снижение общего производства и потребления алкоголя, но и изменение структуры потребления алкогольных напитков. Этот подход был успешно реализован в странах Северной Европы (Норвегия, Финляндия, Швеция, Великобритания, Дания), реализуется в настоящее время в Польше и ряде других стран Центральной и Восточной Европы.

Развитые северные европейские страны перешли на преимущественное потребление пива и вина, что привело к значительному снижению потребления крепкого алкоголя и сокращению смертности. В России потребление пива росло

при неизменно высоком уровне потребления водки. В развитых странах главным механизмом, приведшим к переходу на менее крепкий алкоголь, была сравнительно высокая цена грамма алкоголя в крепких напитках. Так, в Германии, Голландии минимальная цена за полулитровую бутылку крепкого алкоголя составляет около 9 Евро (360 рублей). Цена пива составляет около 25 Евроцентов (10 рублей) и менее. В скандинавских странах разница еще более внушительная. Таким образом, в Германии 100 грамм спирта в пиве и в вине стоят менее 40 рублей, а в крепком алкоголе более 180 рублей, а в России 100 рублей и 45 рублей соответственно. Стоит помнить, что в «нелегальной» водке 100 грамм спирта для потребителя может стоить лишь 20 рублей! Повышение стоимости алкоголя в крепких напитках за счет акцизной политики, а также снижение шаговой и временной доступности алкоголя являются важнейшими мерами, которые необходимо срочно внедрять в России. Одновременно стоит принять меры против распространения суррогатов алкоголя и контрафактной продукции. В тоже время меры по ограничению доступности и запрету рекламы пива и других слабоалкогольных напитков также являются оправданными, хотя и не окажут значимого влияния на демографическую ситуацию.

## Сценарии развития ситуации

В отношении ситуации с ключевым показателем здоровья населения – ожидаемой продолжительностью жизни – возможен как инерционный сценарий в случае сохранения низкого показателя долголетия на примерно нынешнем уровне к 2015 и к 2020 годам, так и оптимистический сценарий – рост продолжительности жизни хотя бы до уровня Средней Азии к 2015 году. При реализации жестких антиалкогольных мер к 2015 году может быть достигнут уровень продолжительности жизни, характерный для стран Балтии. К 2020 году при ограничении алкоголизации населения мерами, аналогичными внедренным в Скандинавии, а также внедрении современных подходов для контроля над табаком и ряда дешевых эффективных медицинских вмешательств, в частности, по контролю артериальной гипертензии, стимулированию бытовой физической активности и повышению доступности здорового питания, Россия может достичь уровня ожидаемой продолжительности жизни аналогичного нынешнему уровню в западноевропейских странах.

## Выводы и рекомендации

Меры, направленные на здоровье людей трудоспособного возраста, должны быть основным приоритетом политики здравоохранения России. В настоящий момент отчет об успехах реализации здравоохранительной и демографической политики

в России в значительной мере построен на демонстрации показателей количества людей, которым была оказана медицинская помощь и на росте расходов на эту деятельность. Эффективными же можно считать те программы, которые наоборот, при минимальных затратах дают максимальные результаты, а результаты эти должны измеряться в качестве жизни людей, в таких показателях здоровья, как, например, ожидаемая продолжительность жизни. Эскалация количества оказываемых услуг, а тем более расходов на них, не может считаться положительным достижением деятельности государственной структуры.

Смертность людей трудоспособного возраста в России, особенно мужская сверхсмертность, с середины 1960-х годов остаются нерешенными проблемами, требующими особого внимания государства. Российские мужчины в среднем живут на 5-10 лет меньше, чем мужчины в Центральной Азии, и почти на 20 лет меньше, чем в Западной Европе и этот разрыв пока если и не растёт, то и не сокращается. Меры политики по контролю над табаком, призванные минимизировать и долгосрочной перспективе устранить его присутствие на рынке, и над алкоголем по модели северных стран способны значительно снизить и даже устранить эти различия в показателях здоровья.

### Список литературы

1. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2008 г. / Под ред. А.Г.Вишневого и С.Н.Бобылева. — М.: Весь Мир, — 2008.
2. Щербакова Е., Демографические итоги 2008 года. // Демоскоп, — 2009. — № 367–368.
3. Zaridze D et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48 557 adult deaths // *Lancet*. — 2009. — №373. — P. 2201—2214.
4. European status report on road safety. — World Health Organization. — 2009.
5. Немцов А.В. Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // *Наркология*. — 2007. — №12. — с. 29—36.
6. Власов В., Данишевский К., Саверский А., Корнышева Е., Доклад о доступности медицинской помощи в России. — Общество специалистов доказательной медицины — 2007.
7. Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Heath C.Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics // *Lancet*. — 1992. — № 339. — P.1268-1278.
8. Zaridze D., Peto R., editors. Tobacco: A Major International Health Hazard — Lyon (France): International Agency for Research on Cancer. — 1986. — P. 87-101. (IARC Scientific Publication No. 74)
9. Немцов А.В. Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // *Наркология*. — 2007. — №12. — с. 29—36.
10. Internal report. Imperial Tobacco. — 1989.

11. Cutter H.S., Samaraweera A., Price B., Haskell D., Schaeffer C. Prediction of treatment effectiveness in a drug-free therapeutic community // *Int J Addict.* — 1977. — № 12. — P. 301—321.
12. Lewis D.C. Access to narcotic addiction treatment and medical care: prospects for the expansion of methadone maintenance treatment // *J Addict Dis.* — 1999. — № 18. — P. 5—21.
13. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. / US Dept. of Health and Human Services. — 1989.
14. Zaridze D.G., Safaev R.D., Belitsky G.A., Brunnemann K.D., Hoffmann D. Carcinogenic substances in Soviet tobacco products / *IARC Sci Publ.* — 1991. — P. 485—488.
15. Данишевский К.Д., Мониторинг ситуации с курением в России. Опрос проводится Левада-центром. Неопубликованные данные.
16. Халтурина Д. А., Коротаев А. В. Русский крест: Факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России. — Москва, УРСС. — 2006.

## What are Principal Russian Priorities in Improving Working Age Population Health?

**Danishvskiy K.**

*MD, Higher School of Economics, professor*

While demographic situation in Russia is improving the changes seen are minimal and most can be explained by longer term cohort effects and serendipities. Male life expectancy is still dragging 12 years behind female, almost 20 years behind western world and 5-10 years behind the Central Asian former USSR republics. National priority programs aimed at improving healthcare system so far had little effect on this grim picture. Measures to control tobacco and alcohol are key in improving working age population health.

**Key words:** Demographic situation, lifespan, working age, mortality, tobacco control, alcohol control