

Институт экономической политики имени Е.Т. Гайдара

**Разработка мер демографической политики и системы соответствующих
целевых показателей, характеризующих достижение национальных целей
развития до 2030 года**

(Препринт научно-исследовательской работы)

**Москва
Институт Гайдара
2022**

Авторы: *Ефремов И.А.*, н.с. международной лаборатории демографии и человеческого капитала Института Гайдара; *Новиков К.Е.*, к.ф.н., н.с. международной лаборатории демографии и человеческого капитала Института Гайдара; *Пустовалов Д.Н.*, н.с. международной лаборатории демографии и человеческого капитала Института Гайдара.

Объектом исследования в работе являются рождаемость, смертность, связь между рождаемостью, смертностью, миграцией населения, целевыми показателями национальных проектов, с одной стороны, и мерами, предусмотренными национальными проектами, с другой стороны. Основная цель исследования: предложить обоснованные меры государственной демографической политики, способствующие достижению национальных целей – увеличению продолжительности жизни до 78 лет и устойчивому росту численности населения к 2030 г. Основные фундаментальные и прикладные задачи, решаемые в рамках исследования: анализ согласованности основных (демографических) национальных целей между собой и определение диапазонов значений их показателей, необходимых для достижения национальных целей; анализ показателей Единого плана по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2030 г.; представление предложений по мерам, направленным на достижение демографических целей национальных проектов в соответствии с текущими демографическими тенденциями в России. В работе применяются статистические методы демографического анализа, методы декомпозиции в демографическом анализе; методы медицинской статистики; перекрестные методы оценки интерференции демографических показателей. Результаты исследования: в работе проанализированы существующие индикаторы достижения национальных целей в части демографического развития страны. Определены несогласованные друг с другом и с конечными целями индикаторы. Предложены изменения параметров таких индикаторов, а также дополнительные индикаторы достижения ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2030 г. Предложены меры государственной политики, призванные ускорить снижение смертности, рост рождаемости и миграционного прироста населения России.

Development of measures of demographic policy and a system of relevant targets characterizing achievement of the 2030 national development goals

The object of the research is fertility, mortality, the relationship between fertility, mortality, population migration, targets of national projects on the one hand and measures provided for by national projects on the other. The main aim of the research is to propose reasonable measures of state demographic policy that contribute to the achievement of national goals – to increase life expectancy to 78 years and sustainable population growth by 2030. The main fundamental and applied problems solved in the research: analysis of the consistency of the main (demographic) national goals with each other and determination of ranges of values of their indicators necessary to achieve national goals; analysis of indicators of a Common plan to achieve national development goals of the Russian Federation for the period up to 2030, submission of proposals for measures aimed at achieving demographic goals of national projects in accordance with current demographic trends in Russia. The methods we use are statistical methods of demographic analysis, decomposition methods in demographic analysis; methods of medical statistics; cross-methods of assessing the interference of demographic indicators. Main results of the research: existing indicators of achieving national goals in terms of demographic development of the country are being analyzed. Indicators that are inconsistent with each other and the final goals are identified. Changes in the parameters of such indicators are proposed, as well as additional indicators for achieving life expectancy of 78 years by 2030. State policy measures designed to accelerate the reduction of mortality, the growth of the birth rate and the migration growth of the Russian population are proposed.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. Анализ динамики демографических показателей, предусмотренных национальными проектами и соответствующими федеральными проектами до 2021 г.	6
2. Анализ соответствия целевых показателей, определенных соответствующими федеральными проектами и Единым планом по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года и на плановый период до 2030 года, достигнутым значениям демографических показателей	8
3. Определение и оценка мер демографической политики, направленной на достижение целевых показателей национальной цели по увеличению продолжительности жизни	13
<i>3.1. Формирование целевых показателей смертности по классам причин смерти для достижения национальной цели увеличения продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году</i>	17
<i>3.2. Методика целевого прогноза стандартизованных коэффициентов смертности по классам причин смерти</i>	19
<i>3.3. Целевые значения стандартизованных коэффициентов смертности от всех классов причин смерти</i>	21
<i>3.4. Целевые значения показателей смертности от класса новообразований</i>	27
<i>3.5. Целевые значения показателей смертности от класса болезней системы кровообращения</i>	29
<i>3.6. Целевые значения показателей смертности от класса болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ</i>	31
<i>3.7. Целевые значения показателей смертности от класса болезней нервной системы</i>	33
<i>3.8. Целевые значения показателей смертности от класса болезней органов пищеварения</i>	34
<i>3.9. Целевые значения показателей смертности от класса болезней органов дыхания</i>	35
<i>3.10. Целевые значения показателей смертности от класса внешних причин смерти</i>	36
<i>3.11. Целевые значения показателей смертности от класса симптомов, признаков и отклонения от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках</i>	37
4. Определение и оценка мер демографической политики в части рождаемости, способствующих достижению национальных целей развития	39
5. Определение и оценка мер демографической политики в части миграции населения, способствующих достижению национальных целей развития	43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	48
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	53

ВВЕДЕНИЕ

Исследование посвящено связям между рождаемостью, смертностью, миграцией населения России, с одной стороны, и показателями демографического поведения (индикаторам) и мерами, предусмотренными национальными проектами и федеральными проектами, направленными на достижение целей национального развития, поставленных соответствующими указами президента России, с другой стороны.

В мае 2018 г. Президент России подписал Указ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», который предусматривает реализацию национальных проектов разной тематики, в том числе по демографии и здравоохранению, для достижения демографических целей – увеличения продолжительности жизни и достижения естественного роста населения страны. Национальные проекты «Демография» и «Здравоохранение» содержат целевые показатели, непосредственно относящиеся к смертности и рождаемости. За последующие годы выявилась необходимость корректировки части целевых показателей, а согласованность разных показателей между собой и с национальными целями подвергалась обоснованной критике. Также некоторое влияние на реализацию национальных целей оказала пандемия COVID-19, в результате чего национальные цели были скорректированы 21 июля 2020 г. Указом Президента о национальных целях развития до 2030 г. Основные изменения коснулись в том числе основных показателей сохранения населения, здоровья и благополучия населения, таких как обеспечение устойчивого роста численности населения Российской Федерации и ожидаемая продолжительность жизни, которые по сравнению с версией Указа 2018 г. отличаются не столь амбициозными показателями.

Основная цель исследования: выработка возможных мер демографической политики и системы целевых показателей, характеризующих достижение национальных демографических целей развития.

Основные фундаментальные и прикладные задачи, решаемые в рамках исследования:

- выработка мер демографической политики, контроль эффективности которых будет определяться достижением соответствующих целевых показателей;

- определение показателей, характеризующих критерии снижения смертности, в том числе по классам причин смерти;
- определение показателей, характеризующих критерии увеличения рождаемости;
- определение показателей, характеризующих критерии достижения и увеличения положительного сальдо миграции;
- определение причинно-следственной связи показателей и критериев достижения национальных целей по направлениям развития системы здравоохранения и демографии;
- представление демографического обоснования эффективности системы показателей, направленных на достижение национальных целей развития.

1. Анализ динамики демографических показателей, предусмотренных национальными проектами и соответствующими федеральными проектами до 2021 г.

Среди основных демографических процессов необходимо прежде всего назвать рождаемость, смертность и миграцию населения. Воздействие именно на эти процессы подразумевают национальные цели развития России, установленные Указом президента «о национальных целях развития России до 2030 г.» от 21 июля 2020 г., который фактически обновил предыдущий аналогичный Указ.

В частности, первая национальная цель – сохранение населения, здоровье и благополучие людей – имеет непосредственное отношение к демографическим процессам. Среди целевых показателей, установленных соответствующим Указом президента и характеризующих достижение национальных целей к 2030 г. в рамках национальной цели «Сохранение населения, здоровье и благополучие людей» присутствуют «обеспечение устойчивого роста численности населения Российской Федерации» и «повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет».

Эти основные целевые демографические показатели складываются из совокупности процессов рождаемости, смертности и миграции населения. Непосредственные меры государственной политики, направленные на достижение этих основных целевых показателей, определены Национальными проектами. Процессы рождаемости и смертности затронуты прежде всего Национальными проектами «Демография» и «Здравоохранение». Хотя не существует Национального проекта, посвященного миграции населения, этот демографический процесс в современных российских демографических условиях является одним из важнейших, так как только с помощью миграционного прироста населения возможно достичь прироста населения России.

Базовым годом, к показателям которого привязано изменение целевых показателей, Указ президента «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации» от 7 мая 2018 г. устанавливает 2017 г. Поэтому в данной работе мы рассматриваем динамику демографических показателей с указанного года.

Таблица 1.1.

Компоненты изменения численности населения России, 2017–2021 гг.

	2017	2018	2019	2020	2021
Численность населения, тыс. человек	146 880	146 781	146 749	146 171	145 558

Общий прирост численности населения, тыс. человек	76	-100	-32	-578	-613
в том числе:					
Естественный прирост, тыс. человек	-136	-225	-317	-702	-1043
Миграционный прирост, тыс. человек	212	125	285	124	429

Таблица 1.2.

Показатели рождаемости населения России, 2017–2021 гг.

	2017	2018	2019	2020	2021
Количество рождений, тыс. человек	1 690	1 604	1 481	1 436	1 403
Коэффициент суммарной рождаемости, детей на женщину (план, целевые показатели национального проекта)			1,63	1,65	1,66
Коэффициент суммарной рождаемости, детей на женщину (факт)	1,621	1,579	1,504	1,505	1,517

Таблица 1.3.

Показатели смертности населения России, 2017–2021 гг.

	2017	2018	2019	2020	2021
Количество смертей, тыс. человек	1 826	1 829	1 798	2 124	2 446
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, все население, лет	72,7	72,91	73,34	71,54	70,01
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины, лет	67,58	67,75	68,24	66,49	65,5
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины, лет	77,62	77,82	78,17	76,43	74,41

2. Анализ соответствия целевых показателей, определенных соответствующими федеральными проектами и Единым планом по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г. и на плановый период до 2030 г., достигнутым значениям демографических показателей

Несмотря на то, что национальный проект «Здравоохранение» и входящие в его состав федеральные проекты являются приоритетными для исполнения субъектами Российской Федерации и реализуются всеми регионами, основные заложенные в нем целевые показатели смертности не имели целевых значений в разрезе субъектов Российской Федерации и были представлены лишь в качестве целевых показателей для Российской Федерации в целом.

В части целевых показателей национального проекта «Здравоохранение» предусмотрены следующие:

– «Снижение смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения)»;

– «Снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения)»;

– «Снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения)»;

– «Снижение младенческой смертности (до 4,5 случаев на 1 тыс. родившихся детей)»;

– Больничная летальность от инфаркта миокарда;

– Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения.

При этом целевые значения показателей смертности на региональном уровне были приняты для некоторых целевых показателей федеральных проектов «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» (показатель младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет и 0–17 лет), а также «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями (смертность от инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения). Следует отметить, что на инфаркт миокарда и острые нарушения мозгового кровообращения приходится лишь небольшая часть умерших от болезней системы кровообращения, тогда как для большей части умерших, согласно данным статистики смертности, причиной смерти явилась хроническая ишемическая болезнь сердца.

В 2019 г. в 31 субъекте Российской Федерации целевые значения коэффициента младенческой смертности не были достигнуты, при этом наибольшее недостижение наблюдалось в Камчатском крае (8,7 вместо 5,4 на 1000 родившихся живыми), Магаданской области (6,1 вместо 3,7), а также в Республике Алтай (10,9 вместо 9,0). Столь значительные расхождения целевых и фактических показателей обусловлены малым числом смертей в данных регионах.

Вместе с тем в значительной части субъектов Российской Федерации наблюдается аномально быстрое снижение коэффициента младенческой смертности, что может указывать на искусственное занижение показателей. В частности, в Брянской области младенческая смертность в 2019 г. снизилась до 3,6 на 1000 родившихся живыми, при этом целевой показатель составлял 6,4. В Ярославской области младенческая смертность снизилась до 3,3 по итогам 2019 г., что значительно ниже целевого значения 5,4. В Белгородской области младенческая смертность опустилась ниже отметки 3 и составила 2,9, при этом целевое значение составляло 4,9. В большинстве других регионов резкое снижение показателей также обусловлено низким количеством событий, за счет чего показатели изменяются нестабильно.

Смертность детей в возрасте до 5 лет также имеет значительную региональную дифференциацию по достижению целевых показателей, в большой степени подверженную влиянию малого числа событий в регионах с низкой численностью населения. В 2019 г. в 19 регионах целевые показатели не были достигнуты, при этом наибольшие отклонения отмечены в Камчатском крае (10,3 вместо 6,5 на 1000 родившихся живыми), Республике Алтай (13,4 вместо 10,5), а также в Калининградской области (7,0 вместо 5,4).

В 27 субъектах Российской Федерации показатели были достигнуты со значительным отрывом (разница между целевым показателем и фактическим составляла более 1,0). В регионах с относительно малой численностью населения это объясняется значительной флуктуацией относительных показателей смертности даже при незначительных изменениях абсолютных значений. В частности, это отмечается в Ненецком автономном округе, Республике Калмыкия, Чеченской Республике. Значительное снижение наблюдается в Брянской и Ярославской областях.

Целевые показатели детской смертности в возрасте 0–17 лет в 2019 г. не были достигнуты лишь в 13 регионах, в том числе в ряде территорий с низкой численностью населения (Республика Алтай, Еврейская АО и др.).

Целевые показатели федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» имеют два индикатора по показателям смертности: смертность от инфаркта миокарда и смертность от острого нарушения мозгового кровообращения.

В 47 регионах показатели смертности от инфаркта миокарда в 2019 г. были выше целевых, при этом в Магаданской области, Еврейской автономной области и Костромской области наблюдались наибольшие отклонения.

В 53 регионах не были достигнуты целевые значения смертности от острого нарушения мозгового кровообращения, при этом в 13 из них разница между целевыми показателями и фактическими составляла более 10 на 100 тыс. населения.

Таким образом, целевые значения показателей смертности для регионов Российской Федерации были предусмотрены для небольшого перечня показателей, касающихся младенческой и детской смертности, а также смертности от острого инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения. На эти категории приходится лишь небольшое число смертей, не определяющее характер изменения смертности и продолжительности жизни в целом в регионах России, при этом данные показатели подвержены резким изменениям за счет малого числа событий в регионах с низкой численностью населения.

Так или иначе, в 2020 г. достижение национальных целей развития по смертности и продолжительности жизни было приостановлено ростом смертности в результате пандемии COVID-19. По оперативным данным Росстата, за январь-сентябрь в Российской Федерации отмечается рост числа умерших на 7,6%, или 103 414 человек по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. Рост числа умерших по данным за январь-сентябрь отмечался в 77 из 85 регионов Российской Федерации, наибольший прирост числа умерших был отмечен в Республиках Северного Кавказа (Чеченская Республика, Республика Ингушетия и Республика Дагестан – рост на 30% и более), Москве и Московской области, Санкт-Петербурге и Ленинградской области, регионах Приволжского федерального округа (Чувашия, Татарстан, Пензенская область), а также Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах (рост в этих регионах на 14–17%). Столь беспрецедентный рост смертности

в современной России, в условиях непрерывного снижения смертности с середины 2000-х годов, прерывает отмеченные выше для России тенденции.

Задача по снижению уровня смертности, содержащаяся в «майских указах», – вступление России к 2030 г. в «клуб стран» с ожидаемой продолжительностью жизни (далее – ОПЖ) выше 80 лет. Дополнительный интерес придает тот факт, что, как было отмечено выше, именно к такому значению ОПЖ нас приводит простая экстраполяция тенденций 2003–2018 гг. на период до 2030 г. Подобные темпы прироста, таким образом, выглядят вполне вероятными, как и новая цель по увеличению продолжительности жизни (78 лет к 2030 г.), если не учитывать необходимость преодоления пандемии COVID-19. В данный момент не известно, насколько может затянуться период избыточной смертности, связанный с распространением новой коронавирусной инфекции. Можно предположить, что после преодоления данной инфекции продолжительность жизни населения вернется к прежнему «доковидному» уровню и тенденциям изменения в течение 2–3 лет.

Отдельного упоминания заслуживает альтернативный вариант прогноза изменения ОПЖ в соответствии с Единым планом по достижению целей национальных целей развития¹. Оценки ожидаемой продолжительности жизни, приведенные в Едином плане, отличались от варианта прогноза Росстата, являющегося целевым, и предполагают значительно более высокие темпы прироста продолжительности жизни в последние два представленных года. В 2023 и 2024 гг. абсолютный прирост по факторной модели составляет по 1,2 года по сравнению с более низким приростом в предыдущие годы и равномерным приростом согласно высокому варианту прогноза Росстата. При этом среднегодовой прирост продолжительности жизни в России за период с 2010 по 2018 гг. составил 0,5 года, однако существенно различался в разные годы. Максимальный прирост отмечался в 2011 г. (0,89 года, что вероятнее всего является следствием компенсационного снижения смертности после ее роста в результате аномальной жары 2010 г. в некоторых регионах, в том числе в Москве), минимальный – в 2014 г. – 0,17 лет. Прирост продолжительности жизни 1,2 года за один год является крайне высоким показателем, который может наблюдаться в период компенсационного роста продолжительности жизни (например, в России сопоставимый уровень прироста

¹ Единый план по достижению целей национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г., утвержден Председателем Правительства Российской Федерации 7 мая 2019 г. № 4043п-П13.

наблюдался в 1996 и 2003 гг.), однако в годы, следующие после быстрого увеличения ОПЖ, как правило, наблюдается замедление темпов прироста.

3. Определение и оценка мер демографической политики, направленной на достижение целевых показателей национальной цели по увеличению продолжительности жизни

Национальный проект «Здравоохранение» содержит несколько целевых показателей смертности по причинам смерти, а именно – смертность от болезней системы кровообращения (далее – БСК), инфаркта миокарда, инсульта и новообразований. При этом целевые показатели приведены в виде общих коэффициентов смертности (см. табл. 3.1). С учетом стареющей структуры населения России, приводящей, в частности, к росту общего коэффициента смертности от новообразований, и общего качества данных по причинам смерти в России анализировать достижимость целевых показателей в терминах общих коэффициентов не представляется оправданным. Однако, помимо малозначимого вклада новообразований в рост продолжительности жизни, отметим также интересный выбор целевых показателей смертности федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». В частности, на инфаркт в России по состоянию на 2018 г. приходится всего лишь 6,6% всех умерших от БСК (3,1% умерших от всех причин). При этом почти 50% умерших от БСК, согласно данным статистики смертности, умерли от ишемической болезни сердца.

Таблица 3.1.

Целевые показатели национального проекта «Здравоохранение» и его федеральных проектов

	2017 (факт)	2018 (факт)	2018 (план)	2019 (план)	2020 (план)	2021 (план)	2022 (план)	2023 (план)	2024 (план)
<i>Национальный проект «Здравоохранение»</i>									
Смертность от болезней системы кровообращения, на 100 тыс. населения	587,6	583,1	565	545	525	505	485	465	450
Смертность от новообразований, на 100 тыс. населения	200,6	203,0	199,9	199,5	197,0	193,5	189,5	187	185
<i>Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»</i>									
Смертности от инфаркта миокарда, на 100 тыс. населения	40	38,8	–	37,1	35,7	34,4	33	31,6	30,6
Смертность от острого нарушения мозгового кровообращения, на 100 тыс. населения	92,9	91,1	–	86,2	83	79,8	76,7	73,5	71,1

Источник: Паспорт национального проекта «Здравоохранение»; утвержден Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протоколом от 24.12.2018.

Таблица 3.2.

Максимальные резервы снижения коэффициентов смертности половозрастных групп населения России, обеспечивающие достижение ОПЖ при рождении 78 лет к 2030 г.

Воз- раст	m(x), оба пола										%
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
0	0,00425	0,00400	0,00376	0,00354	0,00334	0,00315	0,00298	0,00282	0,00267	0,00344	-19,1
1	0,00022	0,00021	0,00020	0,00019	0,00018	0,00017	0,00016	0,00015	0,00014	0,00016	-27,2
5	0,00016	0,00015	0,00014	0,00013	0,00012	0,00012	0,00011	0,00011	0,00010	0,00012	-24,5
10	0,00022	0,00021	0,00020	0,00019	0,00018	0,00017	0,00016	0,00015	0,00015	0,00016	-25,6
15	0,00063	0,00060	0,00057	0,00054	0,00052	0,00049	0,00047	0,00045	0,00043	0,00045	-29,1
20	0,00117	0,00112	0,00106	0,00102	0,00097	0,00093	0,00089	0,00085	0,00081	0,00086	-26,7
25	0,00169	0,00161	0,00154	0,00148	0,00141	0,00136	0,00130	0,00125	0,00120	0,00123	-27,2
30	0,00317	0,00305	0,00293	0,00283	0,00273	0,00263	0,00255	0,00247	0,00239	0,00171	-46,3
35	0,00514	0,00493	0,00475	0,00457	0,00440	0,00425	0,00411	0,00398	0,00386	0,00260	-49,3
40	0,00718	0,00691	0,00666	0,00642	0,00619	0,00598	0,00578	0,00558	0,00540	0,00452	-37,1
45	0,00870	0,00839	0,00809	0,00781	0,00753	0,00727	0,00703	0,00678	0,00655	0,00660	-24,1
50	0,01215	0,01174	0,01136	0,01101	0,01066	0,01033	0,01001	0,00969	0,00939	0,00903	-25,6
55	0,01761	0,01706	0,01654	0,01605	0,01557	0,01512	0,01470	0,01428	0,01389	0,01240	-29,6
60	0,02675	0,02597	0,02525	0,02456	0,02390	0,02327	0,02268	0,02210	0,02155	0,01939	-27,5
65	0,03726	0,03620	0,03520	0,03423	0,03327	0,03239	0,03157	0,03077	0,03002	0,02925	-21,5
70	0,04996	0,04864	0,04739	0,04619	0,04503	0,04392	0,04286	0,04180	0,04079	0,04189	-16,2
75	0,07363	0,07177	0,07002	0,06834	0,06670	0,06516	0,06368	0,06224	0,06085	0,06490	-11,9
80	0,10212	0,09966	0,09734	0,09511	0,09293	0,09088	0,08892	0,08699	0,08514	0,09123	-10,7
85	0,14630	0,14293	0,13974	0,13667	0,13366	0,13083	0,12813	0,12546	0,12291	0,13308	-9,0
Воз- раст	m(x), мужчины										%
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
0	0,00349	0,00332	0,00315	0,00299	0,00285	0,00272	0,00259	0,00247	0,00236	0,00276	-20,9
1	0,00019	0,00018	0,00017	0,00016	0,00015	0,00015	0,00014	0,00013	0,00013	0,00013	-28,8
5	0,00011	0,00011	0,00010	0,00010	0,00009	0,00009	0,00008	0,00008	0,00008	0,00008	-26,0
10	0,00015	0,00014	0,00014	0,00013	0,00012	0,00012	0,00011	0,00011	0,00011	0,00011	-26,9
15	0,00032	0,00031	0,00029	0,00028	0,00027	0,00026	0,00025	0,00024	0,00023	0,00022	-30,3
20	0,00043	0,00042	0,00040	0,00038	0,00037	0,00035	0,00034	0,00033	0,00032	0,00031	-27,7
25	0,00060	0,00058	0,00056	0,00054	0,00052	0,00050	0,00048	0,00047	0,00045	0,00043	-28,1
30	0,00107	0,00104	0,00100	0,00097	0,00094	0,00092	0,00089	0,00087	0,00084	0,00057	-46,8
35	0,00184	0,00178	0,00172	0,00167	0,00162	0,00157	0,00152	0,00148	0,00145	0,00092	-49,8
40	0,00249	0,00241	0,00233	0,00226	0,00219	0,00213	0,00207	0,00201	0,00196	0,00155	-37,5
45	0,00321	0,00312	0,00302	0,00293	0,00285	0,00276	0,00268	0,00261	0,00253	0,00242	-24,6
50	0,00427	0,00415	0,00403	0,00392	0,00382	0,00372	0,00362	0,00353	0,00344	0,00316	-26,0
55	0,00628	0,00611	0,00595	0,00580	0,00566	0,00552	0,00539	0,00526	0,00514	0,00441	-29,8
60	0,00925	0,00903	0,00881	0,00861	0,00842	0,00823	0,00805	0,00788	0,00772	0,00670	-27,6
65	0,01451	0,01416	0,01382	0,01350	0,01319	0,01289	0,01261	0,01235	0,01210	0,01137	-21,6
70	0,02297	0,02246	0,02197	0,02149	0,02105	0,02060	0,02018	0,01977	0,01937	0,01926	-16,2
75	0,04227	0,04138	0,04051	0,03968	0,03889	0,03812	0,03739	0,03670	0,03601	0,03727	-11,8
80	0,07257	0,07111	0,06969	0,06832	0,06703	0,06576	0,06455	0,06341	0,06229	0,06491	-10,6
85	0,15386	0,15090	0,14800	0,14522	0,14259	0,14000	0,13754	0,13520	0,13290	0,14021	-8,9
Воз- раст	m(x), женщины										%
	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
0	0,00397	0,00375	0,00355	0,00337	0,00319	0,00303	0,00288	0,00274	0,00260	0,00317	-20,2
1	0,00021	0,00020	0,00019	0,00018	0,00017	0,00016	0,00015	0,00015	0,00014	0,00015	-28,1
5	0,00014	0,00013	0,00012	0,00012	0,00011	0,00011	0,00010	0,00010	0,00009	0,00010	-25,3
10	0,00020	0,00019	0,00018	0,00017	0,00016	0,00016	0,00015	0,00014	0,00014	0,00015	-26,2
15	0,00049	0,00047	0,00045	0,00043	0,00041	0,00039	0,00037	0,00036	0,00034	0,00035	-29,6
20	0,00082	0,00079	0,00075	0,00072	0,00069	0,00067	0,00064	0,00062	0,00059	0,00060	-27,0

25	0,00117	0,00112	0,00108	0,00103	0,00099	0,00096	0,00092	0,00089	0,00086	0,00085	-27,4
30	0,00215	0,00207	0,00200	0,00193	0,00187	0,00181	0,00176	0,00171	0,00166	0,00115	-46,3
35	0,00351	0,00339	0,00327	0,00316	0,00305	0,00296	0,00287	0,00279	0,00271	0,00178	-49,3
40	0,00481	0,00464	0,00449	0,00434	0,00420	0,00407	0,00394	0,00383	0,00371	0,00303	-36,9
45	0,00590	0,00571	0,00552	0,00535	0,00518	0,00501	0,00486	0,00471	0,00456	0,00449	-23,8
50	0,00803	0,00778	0,00755	0,00734	0,00713	0,00693	0,00673	0,00654	0,00635	0,00600	-25,3
55	0,01135	0,01103	0,01072	0,01043	0,01015	0,00988	0,00963	0,00939	0,00915	0,00804	-29,1
60	0,01650	0,01607	0,01565	0,01527	0,01490	0,01454	0,01420	0,01388	0,01356	0,01206	-26,9
65	0,02323	0,02263	0,02205	0,02150	0,02096	0,02045	0,01998	0,01953	0,01909	0,01839	-20,8
70	0,03275	0,03195	0,03120	0,03049	0,02980	0,02913	0,02848	0,02786	0,02724	0,02772	-15,3
75	0,05189	0,05070	0,04955	0,04849	0,04744	0,04643	0,04547	0,04455	0,04365	0,04622	-10,9
80	0,08080	0,07903	0,07733	0,07574	0,07418	0,07267	0,07124	0,06987	0,06852	0,07300	-9,7
85	0,15256	0,14935	0,14627	0,14339	0,14054	0,13781	0,13520	0,13271	0,13025	0,14042	-8,0

Источник: Расчеты ИЭП, 2022.

Расчеты максимальных резервов снижения коэффициентов смертности половозрастных групп населения России, обеспечивающие достижение ОПЖ при рождении 78 лет к 2030 г., показывают, что наибольшие резервы находятся в возрастных группах россиян от 25 до 45 лет, причем как для мужчин, так и для женщин (рис. 3.1). Таким образом, в этих возрастах есть максимальная потребность в мерах, стимулирующих догоняющее снижение смертности.

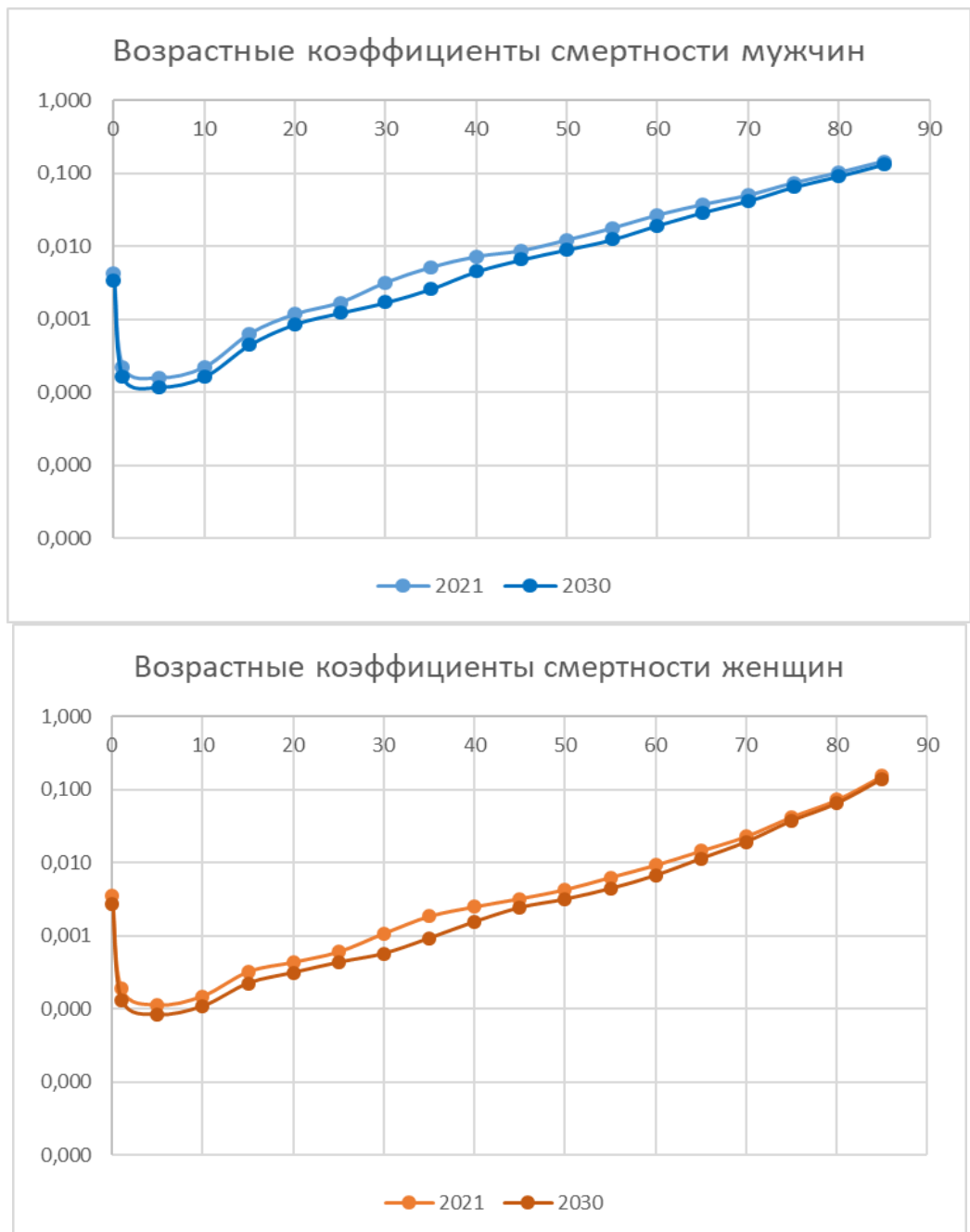


Рис. 3.1. Резервы снижения коэффициентов смертности половозрастных групп населения России, обеспечивающие достижение ОПЖ при рождении 78 лет к 2030 г., коэффициенты смертности, мужчины и женщины

3.1. Формирование целевых показателей смертности по классам причин смерти для достижения национальной цели увеличения продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г.

Достижение целевого показателя ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2030 г. может быть обеспечено за счет увеличения продолжительности жизни мужчин до 73,3 года и женщин до 81,5 года. При этом увеличение продолжительности жизни обусловлено снижением смертности, в том числе от различных классов причин смерти.

Необходимо отметить, что для достижения соответствующего уровня продолжительности жизни в 2019 г. были утверждены федеральные проекты, входящие в состав национального проекта «Здравоохранение», которые определяют целевые значения смертности от БСК до уровня 450 на 100 тыс. населения (в качестве результата реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями») и от новообразований до 185 на 100 тыс. населения (в качестве результата реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями») [14, 15]. При этом достижение целевых показателей смертности, предусмотренных соответствующими федеральными проектами, не обеспечивает увеличение продолжительности жизни до 78 лет, в том числе по причине использования общих коэффициентов смертности, которые зависят от изменения возрастной структуры населения и которые могут демонстрировать увеличение при увеличении продолжительности жизни и старении населения. Указ Президента России 2020 г. от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» не регламентирует снижение смертности от причин смерти [16]. Поэтому достижение плановых показателей по смертности от причин смерти перестало быть контролируемым в сфере здравоохранения, что может положительно сказаться на качестве статистики смертности по причинам смерти за счет снижения административного давления на сотрудников, устанавливающих причины смерти.

Учитывая, что данный Указ подразумевает реализацию национальной стратегии развития России до 2030 г., мы предполагаем, что к 2030 г. статистка смертности по причинам смерти будет более независимой от политической конъюнктуры, поэтому стоит ожидать изменения структуры причин смерти. При этом вероятно снижение веса класса болезней нервной системы международной классификации болезней 10 пересмотра (далее – МКБ-10) по причине завышения смертности от причин смерти в данном классе за счет перераспределения диагнозов из класса болезней системы кровообращения. Также будет наблюдаться снижение доли класса болезней эндокринной системы и класса симптомов,

признаков и отклонения от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках. Мы предполагаем, что структура причин смерти будет возвращаться к той, которая была до 2011 г., когда административные меры, используемые для формирования статистики смертности, были сведены к минимуму.

3.2. Методика целевого прогноза стандартизованных коэффициентов смертности по классам причин смерти

Для оценки целевых значений стандартизованных коэффициентов смертности по классам причин смертности в разбивке по полу, возрасту и субъектам Российской Федерации мы использовали метод компонент с передвижкой возрастов, используемый Росстатом при расчете различных вариантов демографических прогнозов. Данную методику мы приводить не будем по причине ее подробной публикации Росстатом [7]. Необходимо лишь отметить, что для каждого класса мы проводили отдельный последовательный прогноз, исходя из концепции эпидемиологического перехода и развития законов смертности в развитых странах [13]. Поэтому последовательность прогнозирования смертности по возрастным группам и по классам причин смертности была следующей:

- от внешних причин смерти;
- от класса болезней системы кровообращения;
- от болезней мочеполовой системы;
- от болезней органов пищеварения;
- от болезней нервной системы;
- от психиатрических болезней;
- от болезней эндокринной системы;
- от болезней органов дыхания;
- от новообразований;
- от болезней нервной системы;
- от симптомов и старости;
- от прочих причин смерти.

Необходимо отметить, что на первом этапе представления целевого прогноза стандартизованных коэффициентов смертности по классам причин смерти необходимо было провести анализ изменения структуры причин смерти на соответствие изменения структуры демографическим процессам. В случае если изменение структуры классов причин смерти вызвано изменениями демографических процессов, то мы предполагали сохранение соответствующих трендов смертности по классам причин в период до 2030 г. В случае если изменение структуры классов причин смерти вызвано изменением практики выбора первоначальной причины смерти, то на прогнозируемый период до 2030 г. формировалась структура классов причин смерти в соответствии с тем годом, когда не наблюдалось изменение практики выбора первоначальной причины смерти. В качестве

референтного года превалировал 2011 г. Для целевого прогнозирования необходимо было внести изменения, которые отвечают соответствующей причине формирования структуры классов причин смерти. Расчет коэффициентов смертности по полу, возрасту и классам причин смерти, по регионам производился согласно дополнениям в соответствующую методику Росстата:

Для возраста 0 лет, если

$$\overline{Death}(iA, t, isex, ireg, icause) > 0.1$$

и

$$\overline{Popul}(iA, isex, iY, ireg) > 0.1,$$

для других возрастов, если

$$\overline{Death}(iA, t, isex, ireg, icause) > 0$$

и

$$\overline{Popul}(iA, isex, iY, ireg) > 0.1,$$

то

$$mx(iA, t, isex, ireg, icause) = \frac{\overline{Death}(iA, t, isex, ireg, icause)}{\overline{Popul}(iA, t, isex, , ireg)} \cdot \frac{mx(iA, t-1, isex, ireg, icause)}{mx(iA, t-1, isex, ireg)}$$

, иначе

$$mx(iA, t, isex, ireg, icause) = 0.0000001$$

$$iA = 0, 1-4, 5-9, \dots, 80-84.$$

Если $iA = 85+$, то используется та же формула, но при этом, если

$$mx(iA, t, isex, ireg) < 0.294118,$$

то он принимается равным 0.294118.

В нашем исследовании мы определили возрастные группы, снижение смертности в которых будет наиболее вероятным, в том числе в которых обеспечение этого снижения будет наиболее легким. Исходя из этого, мы определили предельные значения стандартизованных коэффициентов смертности по полу, в том числе по классам причин смерти. После определения возрастных коэффициентов смертности рассчитывались стандартизованные коэффициенты смертности с использованием европейского стандарта населения 1976 г. [6].

3.3. Целевые значения стандартизованных коэффициентов смертности от всех классов причин смерти

Стандартизованный коэффициент смертности¹ мужчин к 2030 г. должен быть не выше 965,7 на 100 тыс., что обеспечит значение ожидаемой продолжительности жизни на уровне 73,3 года. При этом по сравнению с 2019 г. снижение должно составить около 26%. Снижение смертности женского населения должно составить около 23% до уровня стандартизованного коэффициента смертности 516,6 на 100 тыс., что обеспечит значение ожидаемой продолжительности жизни на уровне 81,5 года. При этом эти показатели суммарно обеспечат увеличение продолжительности жизни до 78 лет для обоих полов.

Мы предполагаем, что наибольшее снижение смертности к 2030 г. будет наблюдаться в регионах, в которых уровень смертности в 2019 г. был наибольшим. Снижение смертности в таких регионах будет достижимо наиболее легкими способами, тогда как дальнейшее снижение смертности в регионах с более высокой продолжительностью жизни будет обеспечиваться более сложными способами. Наибольшее снижение смертности будет наблюдаться в Еврейской автономной области, Республике Тыве, Республике Алтай, Псковской и Амурской областях. В этих регионах снижение стандартизованного коэффициента смертности необходимо на уровне 30% к 2030 г. по сравнению с 2019 г. для достижения целевого значения ожидаемой продолжительности жизни.

При этом мы предполагаем, что в целом относительное снижение смертности у мужчин будет более интенсивным по сравнению с женщинами, но это в большей степени зависит от региональной дифференциации медико-демографических характеристик населения, в том числе структуры причин смерти. Поэтому в некоторых регионах снижение смертности у женщин будет более интенсивным, что в большей степени обусловлено большей приверженностью к лечению и использованию медицинских услуг по сравнению с мужчинами. В частности, мы предполагаем, что снижение смертности мужского населения г. Севастополя, Чеченской Республики, Магаданской области, Красноярского края, республик Тывы и Алтая, а также Еврейской автономной области будет происходить более низкими темпами по сравнению с темпами снижения смертности женского населения данных регионов прежде всего за счет постепенного снижения смертности от причин, ассоциированных с поведением таких внешних причин смерти, на которые система здравоохранения влияет наименьшим образом. При этом у женщин в

¹ Далее коэффициенты смертности представлены в виде стандартизованных коэффициентов, если иное не обозначено отдельно.

этих регионах в структуре причин смерти будут преобладать причины, ассоциированные с качеством и доступностью оказания медицинской помощи.

В остальных регионах снижение смертности ранжировано по уровню смертности женского населения ниже 23%, при этом чем выше уровень ожидаемой продолжительности жизни, тем ниже необходимо целевое снижение смертности. Единственный регион – Республика Ингушетия, у которой целевое значение смертности к 2030 г. предусмотрено с негативной динамикой увеличения именно за счет увеличения смертности женского населения на 7%. Это обусловлено статистическим артефактом искусственного занижения смертности за счет избыточной формальной численности населения. Вероятнее всего, после переписи, а также в целях улучшения демографической статистики численность населения будет изменена и приведена к более реальным данным. Также необходимо отметить, что г. Москва имеет высокую ожидаемую продолжительность жизни мужчин и женщин. Необходимое для достижения целевого показателя продолжительности жизни снижение стандартизованного коэффициента смертности должно составить не менее 12%, тогда как у мужчин это снижение составит около 9%. Исключительным в данном случае является Чукотский автономный округ по причине особенностей развития медико-демографических процессов. Сложности в росте оперативности и доступности медицинской помощи в регионе не способствуют снижению смертности от острых состояний, таких как острый коронарный синдром и инсульты различной этиологии. Также в данном регионе сохраняются низкая динамика снижения смертности от болезней органов пищеварения и высокая доля внешних причин смерти в структуре смертности. Поэтому необходимое снижение смертности у женщин составляет 13,6%, а у мужчин – 2,1% при целевой наименьшей продолжительности жизни в 76,5 и 69,1 года к 2030 г. для женщин и мужчин соответственно. Аналогичные причины менее интенсивного снижения смертности у мужчин по сравнению с женщинами будут превалировать в Республике Дагестан, Ненецком автономном округе и Кабардино-Балкарской Республике.

Общий стандартизованный коэффициент смертности формируется возрастными особенностями смертности по причинам смерти. Вместе с тем смертность от тех или иных причин смертности формируется не только естественными процессами смертности в результате роста продолжительности жизни. В Российской Федерации распространена практика формирования целевых показателей по некоторым причинам смерти, когда эти показатели подвергаются подгонке к тем значениям, которые были определены в качестве целевых значений государственными программами развития системы здравоохранения. В частности, Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании

государственной политики в сфере здравоохранения» [17] определял целевые показатели по снижению смертности: от болезней системы кровообращения – до 649,4 случаев на 100 тыс. населения, от новообразований (в том числе от злокачественных) – до 192,8 на 100 тыс. населения, а также от некоторых других причин смерти к 2018 г. Обозначение конкретных значений уровня общего коэффициента смертности по нескольким классам причин смерти и некоторым отдельным причинам смерти привело к изменению практики выбора первоначальной причины смерти для формального достижения показателей, что негативно сказалось на достоверности структуры причин смерти. С 2011 по 2019 гг. доля класса болезней системы кровообращения в России снизилась с 59 до 46% у мужчин и с 51 до 44% у женщин. При этом за данный период увеличился вес класса болезней нервной системы на 5 п.п. у мужчин и 3 п.п. женщин – до 6 и 4,4% соответственно. Аналогичная динамика наблюдалась у класса болезней эндокринной системы: рост на 2,6 п.п. у мужчин и на 1,2 п.п. у женщин – до 3,4 и 1,5% в структуре причин смерти соответственно. Значительный рост наблюдался у класса симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках; он увеличил долю класса в структуре причин смерти до 7,4% у мужчин и до 5,3% у женщин (рис. 3.2).

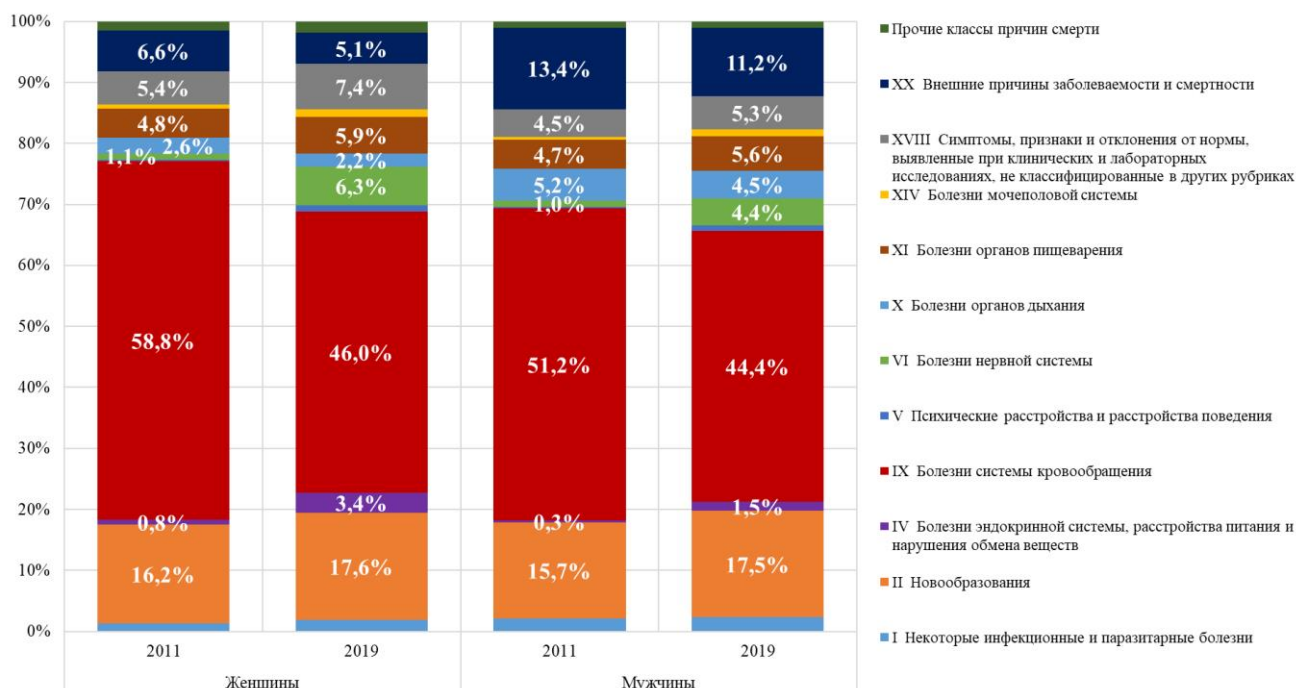


Рис. 3.2. Изменение структуры причин смерти в Российской Федерации с 2011 по 2019 гг. у мужчин и женщин, %

При определении предельных значений стандартизованных коэффициентов смертности по причинам смерти мы принимали допущение об улучшении качества статистики смертности по причинам смерти к 2030 г., а за базовую структуру причин смерти была взята та, которая наблюдалась в 2011 г. Для достижения целевого уровня продолжительности жизни к 2030 г. необходимо обеспечение предельных значений стандартизованных коэффициентов смертности по классам причин смерти. При этом необходимо обеспечить контроль динамики всех классов причин смерти для контроля снижения манипуляцией статистикой смертности.

3.4. Целевые значения показателей смертности от класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней

Несмотря на низкий вес класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней в структуре причин смерти, его доля постепенно увеличивается с одновременным изменением структуры причин смерти внутри самого класса. На протяжении более 10 лет туберкулез, парентеральные вирусные гепатиты, доминирующие ранее в данном классе причин смерти, уступили ВИЧ¹ – инфекции, которая к 2020 г. достигла уровня 70,5% в структуре класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней [9]. Поэтому снижение смертности в данном классе причин смерти в большей степени зависит от реализации мер, направленных на профилактику распространения и лечения ВИЧ-инфекции. Наиболее сложная ситуация со смертностью от ВИЧ-инфекции наблюдается в 12 субъектах Российской Федерации, в которых доля класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней составляет более 3%. Наибольшая доля смертности у женского и мужского населения соответственно от данного класса причин смерти наблюдается в структуре смертности в Кемеровской области – 5,6 и 6,2%, также в Иркутской области – 5,3% и 4,9%. При этом для достижения целевого увеличения продолжительности жизни в России до 78 лет к 2030 г. понадобится снижение смертности от данного класса причин смерти, но вместе с тем его доля в структуре причин смертности некоторых регионов будет увеличиваться за счет продолжения негативного тренда распространения ВИЧ-инфекции. Целевые показатели для регионов с наибольшей долей смертности от инфекционных заболеваний в структуре причин смерти к 2030 г. потребуются снизить более чем в 2 раза по сравнению с 2019 г.

В 43 субъектах Российской Федерации доля класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней составляет более 1%, но менее 3% в структуре причин смерти. В этих регионах, вероятнее всего, будет наблюдаться рост доли данного класса в структуре смертности, что в первую очередь обусловлено естественными процессами дожития ВИЧ-инфицированных. Вместе с тем мы предполагаем, что наименьшее снижение смертности будет наблюдаться в 6 субъектах Российской Федерации – Приморском крае, г. Санкт-Петербурге, Астраханской области, Ростовской области, Еврейском автономном округе и Амурской области, – входящих в данную группу. В представленных регионах наблюдалось интенсивное изменение в смертности от ВИЧ-инфекции у мужчин в период с 2012 г., что в большей степени обусловлено не столько фактическим снижением, сколько статистическим артефактом. Поэтому в последующие годы ожидается рост

¹ ВИЧ – здесь и далее вирус иммунодефицита человека.

качества статистики смертности от ВИЧ-инфекции в данных регионах, что вызовет также некоторые изменения в структуре причин смерти. Необходимо отметить, что основная гипотеза, в рамках которой происходило прогнозирование смертности от класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней, заключалась в предпосылке отсутствия эффективной реализации мер по распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, предусмотренной соответствующей государственной стратегии противодействию распространению ВИЧ-инфекции [18]. Мы предполагаем, что представленные меры, а также целевые показатели в государственной стратегии недостижимы без соответствующих изменений в целевом бюджетном финансировании здравоохранения, что не предусмотрено в бюджете на 2023 г. и плановые периоды 2024 и 2025 гг.

В субъектах Российской Федерации, в которых доля причин смерти класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней занимает менее 1% в структуре смертности, это является негативным фактором оценки качества статистики смертности. Поэтому вероятнее всего фактическая смертность от ВИЧ-инфекции будет снижаться меньшими темпами, что вызовет рост доли данного класса причин смерти в общей смертности. При этом в регионах Северного Кавказа скорее всего сохранится негативная тенденция минимизации случаев выставления ВИЧ-инфекции в качестве первоначальной причины смерти. Аналогичные тенденции будут сохраняться в других регионах, в которых требуется дополнительное финансирование на здравоохранение по другим направлениям. Это станет поводом минимизации акцентирования внимания на смертность от ВИЧ-инфекции за счет причисления этих случаев смертности к другим классам причин смерти, в которых остается высокий спрос на медицинские услуги. К 2030 г. наибольший прогнозируемый уровень смертности от инфекционных и паразитарных болезней, который позволит достичь национальную цель по увеличению продолжительности жизни в 78 лет к 2030 г. среди данной группы субъектов Российской Федерации, будет наблюдаться у мужского населения Республики Адыгея и у женщин Республики Алтай – 26,0 и 8,2 случая на 100 тыс. населения соответственно.

3.5. Целевые значения показателей смертности от класса новообразований

Основные меры снижения смертности для достижения национальной цели увеличения продолжительности жизни сконцентрированы в борьбе со злокачественными новообразованиями, которые обозначены в соответствующем федеральном проекте национального проекта «Здравоохранение». Уровень продолжительности жизни женщины выше, чем мужчин, что определяет в том числе особенности структуры причин смерти. В частности, за счет дожития до более старшего возраста вес класса новообразований (в том числе злокачественных) в общей структуре смертности у женщин выше, чем у мужчин. Также необходимо отметить, что лишь в 5 субъектах Российской Федерации доля новообразований в структуре смертности превышает 20%: Челябинская область, г. Москва, г. Севастополь, г. Санкт-Петербург и Красноярский край. При этом структура причин смерти зависит от качества статистики смертности и практики выбора первоначальной причины смерти. Смертность от новообразований также была занижена за счет перераспределения в другие классы причин смерти. Поэтому мы предполагаем увеличение доли данного класса в структуре причин смерти как вследствие улучшения статистики смертности, так и за счет увеличения продолжительности жизни, особенно у женского населения. В среднем доля класса новообразований в структуре смертности увеличится в России на 7,7 п.п. к 2030 г. по сравнению с показателем 2019 г. При этом наибольший прирост будет наблюдаться не столько в тех регионах, в которых предполагается наибольшее увеличение продолжительности жизни, сколько там, где наибольшее влияние окажет изменение практики выбора первоначальной причины смерти в целях повышения достоверности статистики смертности.

В субъектах Российской Федерации, в которых произойдет увеличение доли класса новообразований в структуре смертности менее, чем в среднем по России (7,7 п.п.), это увеличение произойдет в большей степени за счет роста продолжительности жизни. Увеличение веса данного класса причин смерти, как правило, сопровождается одновременным снижением смертности. Наибольшая доля смертности от новообразований будет наблюдаться в г. Москве и г. Санкт-Петербурге. Вместе с тем регионы, в которых ожидаемая продолжительность жизни низкая, доля новообразований в структуре смертности будет иметь минимальный прирост, также как и в тех регионах, в которых наблюдалось высокое качество статистики смертности. Необходимо отметить, что мы допускали отсутствие изменений в структуре причин смерти внутри класса злокачественных новообразований по той причине, что на 8-летнюю перспективу вероятность фактических изменений в методах лечения и охвате пациентов с наиболее

распространенными видами злокачественных новообразований крайне мала. Мы также аргументируем свою гипотезу тем, что в последующие годы фактический уровень смертности от злокачественных новообразований будет снижаться низкими темпами, в том числе за счет выявления случаев заболевания на поздней стадии, и их лечение будет продлевать жизнь на гораздо меньший срок по сравнению с теми значениями, которые могут быть достигнуты при раннем выявлении.

3.6. Целевые значения показателей смертности от класса болезней системы кровообращения

На класс болезней системы кровообращения приходится основная доля смертности, в том числе по причине достигнутого уровня продолжительности жизни, который требует для его дальнейшего увеличения использования новых методов и подходов к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Стратегическое развитие системы здравоохранения выделяет борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями в приоритетные задачи. Данное направление лидирует в том числе по количеству реализуемых мер, направленных на снижение смертности от класса болезней системы кровообращения. До начала реализации действующего национального проекта «Здравоохранение» в Российской Федерации организованы региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения, работа которых направлена на снижение смертности от острых состояний, главным образом инфаркта миокарда. Действующий федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в рамках национального проекта «Здравоохранение» также предусматривает мероприятия, направленные на совершенствование кардиологической медицинской помощи, в том числе переоснащение современным медицинским оборудованием региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений [15].

Вместе с тем для контроля реализуемых мер используются целевые показатели смертности от болезней системы кровообращения в виде общих коэффициентов смертности, которые не учитывают возрастной состав населения, в результате чего эти показатели не могут сопоставляться по территории и по времени [10]. В результате применения необъективных целевых показателей для административного контроля достижения целей распространилась практика формирования статистики смертности исходя из административных потребностей, а не их медицинских фактов. В итоге наблюдалась аномальная динамика снижения смертности от болезней системы кровообращения с одновременным увеличением смертности от классов болезней нервной системы, болезней эндокринной системы, а также симптомов [5]. В связи со снижением качества статистики смертности качество планирования ресурсов исходя из потребностей населения снижается, что негативно сказывается на эффективности использования ограниченных финансовых ресурсов в сфере здравоохранения. При моделировании данных, мы исходили из предпосылки улучшения качества статистики смертности в последующие годы, поэтому в некоторых субъектах Российской Федерации целевые стандартизованные коэффициенты смерти от болезней системы кровообращения к 2030 г. будут демонстрировать прирост относительно уровня 2019 г. При этом необходимо

отметить, что практика выбора первоначальной причины смерти по отношению к выбору причины из других классов вместо причины из класса болезней системы кровообращения сопоставима с аналогичной практикой по причине смерти из класса новообразований. Поэтому интенсивное увеличение доли класса болезней системы кровообращения в структуре смертности к 2030 г. наблюдается в тех же регионах, что и аналогичные процессы в классе новообразований. Наибольшее увеличение доли смертности от класса болезней системы кровообращения предусмотрено в Чеченской Республике, Тамбовской области и Карачаево-Черкесской Республике до 21, 18 и 17% соответственно.

Необходимо отметить, что увеличение веса данного класса в смертности за счет увеличения смертности (пусть даже формального увеличения) будет наблюдаться лишь в 4 субъектах Российской Федерации для мужчин (Чеченская Республика, Республика Мордовия, Сахалинская область, Республика Ингушетия) и в 9 – у женщин (Чеченская Республика, Республика Мордовия, Сахалинская область, Республика Ингушетия, Тамбовская область, Карачаево-Черкесская Республика, Московская область, Краснодарский край и Рязанская область).

При этом в 25 субъектах Российской Федерации, вероятнее всего, будет наблюдаться снижение доли класса болезней системы кровообращения в структуре смертности как за счет увеличения веса класса новообразований, так и за счет снижения гипердиагностики смертности от причин смерти класса болезней системы кровообращения. В представленных регионах смертность от данного класса составляет около 50% в общей структуре смертности, с наибольшими значениями в Псковской и Еврейской автономной области: соответственно 61,2 и 60,2% у женского населения и 57,8 и 52,8% у мужского. Практически не изменится вес класса болезней системы кровообращения в 5 регионах: Орловская область, Забайкальский край, Ивановская область, Ямало-Ненецкий автономный округ и Костромская область.

3.7. Целевые значения показателей смертности от класса болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ

Как было сказано выше, снижение смертности от целевых классов причин смерти – новообразований и болезней системы кровообращения – сопровождалось ростом смертности, в том числе интенсивным увеличением смертности от класса болезней эндокринной системы. С 2011 по 2019 гг. смертность от данного класса у мужского населения выросла в 3,9 раза – до 19,7 случаев на 100 тыс. населения, у женщин за этот же период рост составил 3,6 раза – до 22,5 случаев на 100 тыс. населения.

Необходимо отметить, что некоторые российские исследователи объясняют это улучшением качества статистики смертности от сахарного диабета, аргументируя это тем, что уровень заболеваемости высокий, а такой низкий уровень, который наблюдался до 2012 г., не сопоставим с уровнем заболеваемости [8]. Но данная позиция является спорной по той причине, что существующие методы лечения и поддержания стабильного состояния пациентов значительно продлевают жизнь пациентов. В результате чего увеличение заболеваемости, а также ее выявляемости растет более быстрыми темпами по сравнению с динамикой смертности. В случае, когда происходит параллельный рост показателей заболеваемости и смертности, это может быть свидетельством либо изменения в практике выбора первоначальной причины смерти (в том числе по политическим причинам), либо являться индикатором низкой доступности медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, у которых наступает острое состояния заболевания без соответствующего лечения. Поэтому, вероятнее всего, рост смертности от данного класса причин смерти обусловлен административными причинами, а не фактическим ростом смертности.

Обращает на себя внимание особенность, которая является редкостью для закономерностей смертности, – уровень смертности от данного класса причин смерти у женщин выше, чем у мужчин. Около 90% смертности от класса болезней эндокринной системы составляет сахарный диабет. В некоторых субъектах Российской Федерации доля класса эндокринных болезней в смертности увеличилась до 10% в 2019 г. у женщин – в Амурской области, Республике Мордовия, Ивановской и Тульской областях. У мужчин эта доля практически в 2 раза ниже и также различается по максимальной доле за аналогичный период по субъектам Российской Федерации: 5,8% – в Республике Ингушетии, 4,7% – в Республике Мордовии и 4,3% – в Тульской области. Наибольшее снижение доли класса болезней эндокринной системы в общей смертности к 2030 г. может составить до 9,5% в Амурской области, 9,0% в Республике Мордовии, 8,7% в Ивановской области и 7,4% в Сахалинской области. Лишь в 6 субъектах Российской

Федерации к 2030 г. доля класса болезней эндокринной системы в общей смертности практически не изменится и останется на уровне 2019 г. – в Еврейской автономной области, Республике Тыве, Ненецком автономном округе, Оренбургской области, Чеченской Республике и Псковской области.

3.8. Целевые значения показателей смертности от класса болезней нервной системы

Аналогично классу болезней эндокринной системы смертность от класса болезней нервной системы демонстрирует интенсивный рост. С 2011 по 2019 гг. смертность от класса болезней нервной системы увеличилась у женщин в 5 раз и у мужчин в 3,5 раза. В 28 субъектах Российской Федерации показатели роста смертности выше, чем в среднем по России, при этом максимальные значения увеличения смертности от причин смерти класса болезней нервной системы к 2019 г. по сравнению с 2011 г. наблюдаются в 6 регионах: в Республике Мордовии – в 27 раз до 105,7 и 177,3 случаев на 100 тыс. населения у женщин и мужчин соответственно; в Московской области – в среднем в 17 раз (в 22 раза до 119,5 и в 13 раз до 137,4 случаев); в Ярославской области – в среднем в 13,3 раза (в 16,3 раза до 99,1 и в 10,4 раза до 154,9 случаев); в Тамбовской области в среднем – в 12,5 раза (в 12,6 раз до 68,1 и в 12,5 раз до 117,5 случаев); в Нижегородской области в среднем – в 12,2 раза (в 16,1 раза до 60,4 и в 8,2 раза до 98,3 случаев); в Воронежской области в среднем – в 12 раз (в 15 раз до 62,7 и в 9,1 раза до 87,6 случаев). Столь значительное увеличение смертности от класса болезней нервной системы сопряжено с административными мерами снижения смертности от болезней системы кровообращения. Эти меры выражены в снижении смертности от конкретных причин смерти в классе болезней системы кровообращения с одновременным и пропорциональным ростом смертности от причин смерти в классе болезней нервной системы. В частности, интенсивное снижение смертности от инсультов различной этиологии, которые входят в состав класса болезней системы кровообращения, компенсировалось пропорциональным ростом от причин смерти класса болезней нервной, в том числе в соответствующих возрастах. В целом это свидетельствует об однозначном искусственном занижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за счет перекидывания этих заболеваний в класс болезней нервной системы. При формировании целевых показателей смертности от болезней нервной системы для обеспечения необходимого уровня продолжительности жизни к 2030 г. мы предполагаем снижение смертности и снижение веса болезней нервной системы в структуре причин смерти за счет улучшения качества статистики по причинам смерти. Вместе с тем мы предполагаем увеличение доли класса болезней нервной системы по сравнению с 2019 г. в 10 субъектах Российской Федерации в связи со стабильным трендом динамики смертности от данного класса причин смерти, а также развитием демографических процессов (старение населения и увеличение продолжительности жизни), которые будут способствовать

естественному росту заболеваемости и смертности от болезней нервной системы **Ошибка!**

Источник ссылки не найден..

3.9. Целевые значения показателей смертности от класса болезней органов пищеварения

На класс болезней органов пищеварения в Российской Федерации приходится около 5,5% общей смертности, и его доля отличается стабильностью. Вместе с тем в 3 регионах эта доля превышает 10%: в Ненецком автономном округе – 12,9% у женщин и 12,5% у мужчин; в Сахалинской области – 11,3% у женщин и 10,4% у мужчин; в Магаданской области – 10,1% у женщин и 6,1% у мужчин. Основные причины смерти данного класса разделяются на 2 группы: вызванные острыми состояниями и связанные с различными видами кровотечений; связанные с хроническим пагубным употреблением алкоголя. Необходимо отметить, что, несмотря на различные государственные программы стратегического развития здравоохранения, болезни органов пищеварения не находятся в приоритетном перечне мер по снижению смертности и наступлению осложнений. Поэтому существует вероятность наличия дефицита высокотехнологичной хирургической медицинской помощи, направленной на снижение смертности от острых состояний. Также отсутствуют регламентированные порядки, в том числе по таймингу маршрутизации пациентов для оказания экстренной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара для соответствующих пациентов. Эти причины не способствуют снижению смертности от данного класса причин смерти уже на протяжении нескольких десятилетий. Смертность от болезней органов пищеварения чаще всего имеет более молодой возрастной профиль по сравнению со смертностью от болезней системы кровообращения, что обусловлено высокой смертностью при наступлении острого состояния, а также особенностью распространения пагубного употребления алкоголя. При этом мы предполагаем, что для достижения национальной цели по увеличению продолжительности жизни к 2030 г. необходимо реализовывать меры по снижению смертности, а также веса данного класса в структуре смертности. Необходимо отметить, что в 8 субъектах Российской Федерации предусмотрено незначительное увеличение веса болезней органов пищеварения в смертности за счет пессимистического прогноза смертности от причин смерти, ассоциированных с употреблением алкоголя.

3.10. Целевые значения показателей смертности от класса болезней органов дыхания

Класс болезней органов дыхания входит в перечень основных классов причин смерти, его доля в структуре смертности России составляет около 3%. При этом региональная дифференциация небольшая и варьируется от 9,4% в Республике Дагестане до 1,2% в Республике Ингушетии. На основную долю смертности в классе болезней органов дыхания приходятся причины смерти от пневмонии и хронических заболеваний нижних дыхательных путей. При этом, как в России, так и в мире, формируется тренд роста смертности от гриппа, что, как правило, ассоциируется со старением населения за счет увеличения доли пожилого населения, которое более подвержено заболеваемости респираторными заболеваниями. Именно поэтому особенно важным направлением развития и внедрения мер, направленных на снижение смертности и заболеваемости болезнями органами дыхания, является период эпидемий ОРЗ и ОРВИ [11]. В частности, необходимо увеличивать охват и регулярность вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции. Вместе с тем мы предполагаем, что в субъектах Российской Федерации с наиболее значительным вкладом болезней органов дыхания в смертность будут более интенсивно реализовываться меры по ее снижению и профилактике соответствующих заболеваний. Для достижения целевых показателей необходимо снижение доли класса болезней органов дыхания в смертности: в Магаданской области – на 3,4 п.п., в Ненецком автономном округе – на 2,8 п.п. и в Камчатском крае – на 2,3 п.п. При этом в большинстве регионов мы предполагаем увеличение веса данного класса в смертности в результате низкой выявляемости и интенсивного старения в некоторых регионах в последующие годы.

3.11. Целевые значения показателей смертности от класса внешних причин смерти

Смертность от внешних причин смерти входит в тройку основных классов причин смерти в Российской Федерации, уступая болезням системы кровообращениям и новообразованиям. В то же время этот класс причин смерти занимает 1-е место в молодых и трудоспособных возрастах. Структура причин смерти в классе внешних причин распределяется на основные следующим образом: около 30% внешних причин приходится на повреждения с неопределенными намерениями; около 13% – на все виды транспортных несчастных случаев; около 13% – на самоубийства; около 7,6% – на случайные отравления алкоголем; около 6% – на убийства [12]. Необходимо учитывать, что динамика смертности от внешних причин смерти сопоставима с динамикой смерти от алкогольных отравлений. Это обусловлено тем, что наступление смерти от внешних причин смерти в основном происходит в состоянии алкогольного и/или наркотического опьянения. Вместе с тем система здравоохранения практически не оказывает влияния на формирование смертности от внешних причин смерти, так как спасательные возможности после происшествия ограничены не только временем оказания медицинской помощи, но и технологическими возможностями, когда обеспечение физиологической жизни не представляется возможным по причине травм, не совместимых с жизнью.

Также в Российской Федерации наблюдается высокая региональная дифференциация по весу класса внешних причин смерти в общей структуре смертности региона. Наибольшая доля внешних причин смерти приходится на Республику Тыву со значением 18%, тогда как наименьшее значение наблюдается в Чеченской Республике – 2%. При этом в 19 субъектах Российской Федерации доля внешних причин смерти в общей смертности составляет более 10%. В 47 субъектах Российской Федерации доля внешних причин смерти – от 7 до 10%, в этом диапазоне также находится значение показателя по России – 8,2%.

Мы предполагаем, что в целом доля смертности от внешних причин будет расти, причем в первую очередь это будет обусловлено увеличением потребления алкоголя, как негативным фактором, развитие которого будет наблюдаться в будущем.

3.12. Целевые значения показателей смертности от класса симптомов, признаков и отклонения от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках

Класс симптомов, признаков и отклонения от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках, по данным за 2019 г. составляет 6,4% в структуре смертности и занимает 3-е место в структуре причин смертности женщин и 5-е место – у мужчин. При этом в России высокая региональная дифференциация смертности и веса данного класса причин смерти в структуре смертности. Наименьшая доля класса симптомов в смертности наблюдается в Еврейской автономной области и составляет менее 1%, а наибольшая доля – 37% – в Чеченской Республике. В структуре класса симптомов преобладают 2 причины смерти: другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти R99 – код МКБ-10, а также старость R54 – код МКБ-10.

Возможность использования данного класса причин смерти при выборе первоначальной причины смерти представляет возможность манипулирования статистикой смертности за счет занижения смертности в других классах и перераспределения ее в класс симптомов, несмотря на то, что использование причин смерти данного класса в качестве первоначальной причины смерти имеет ограничения: в частности, основными критериями для использования диагноза старость: «возраст старше 80 лет с отсутствием в медицинской документации указаний на хронические заболевания, травмы и их последствия, способные вызвать смерть, отсутствие подозрений на насильственную смерть» [19].

Распространение данного класса в статистике смертности в России реализуется с момента введения целевых показателей смертности программами стратегического развития здравоохранения. В результате чего формально достигались показатели уровня смертности, в частности, от болезней системы кровообращения и новообразований [3]. Перекидывание причин смерти для формирования формального снижения смертности – отличительная черта Российской Федерации по сравнению с другими странами, сформировавшаяся и реализуемая на протяжении более 10 лет [4]. Около половины – 42 субъекта Российской Федерации – имеют вес класса симптомов в общей смертности больше, чем среднероссийский показатель, а у 11 из них – доля класса симптомов более 10%. Несмотря на высокие показатели смертности от класса симптомов в регионах России

по данным за 2019 г., мы предполагаем, что в 30 субъектах Российской Федерации в дальнейшем продолжится увеличение доли данного класса причин смерти в структуре смертности прежде всего в результате необходимости достижения целевых показателей снижения смертности от болезней системы кровообращения и новообразований. При этом меры, которые направлены на данные цели, не смогут обеспечить фактического снижения смертности от целевых классов причин смерти. Необходимо отметить, что в некоторых регионах, в которых наиболее молодая структура причин смерти, основная причина смерти класса симптомов – другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти R99 (код МКБ-10). Это связано с тем, что часть причин смерти не могла быть установлена в результате проведения дополнительных исследований на момент выдачи медицинского свидетельства о смерти. Также эта причина смерти наиболее часто указывается при наступлении смерти трудоспособного населения в результате внешних причин смерти.

4. Определение и оценка мер демографической политики в части рождаемости, способствующих достижению национальных целей развития

Рождаемость в России, достигнув локального максимума в 2016–2017 гг., стала затем снижаться, причем как в абсолютном количестве, так согласно коэффициенту суммарной рождаемости (КСР). Факторами снижения стали одновременно как снижение КСР, так и сокращение численности женщин в детородных возрастах.

Таблица 4.1.

Компоненты изменения численности населения России, 2017–2021 гг.

	2017	2018	2019	2020	2021
Численность населения, тыс. человек	146 880	146 781	146 749	146 171	145 558
Общий прирост численности населения, тыс. человек	76	-100	-32	-578	-613
в том числе:					
Естественный прирост, тыс. человек	-136	-225	-317	-702	-1 043
Миграционный прирост, тыс. человек	212	125	285	124	429

Таблица 4.2.

Показатели рождаемости населения России, 2017–2021 гг.

	2017	2018	2019	2020	2021
Количество рождений, тыс. человек	1 690	1 604	1 481	1 436	1 403
Коэффициент суммарной рождаемости, детей на женщину (план, целевые показатели национального проекта)			1,63	1,65	1,66
Коэффициент суммарной рождаемости, детей на женщину (факт)	1,621	1,579	1,504	1,505	1,505

Таблица 4.3.

Индикаторы показателя национальных целей «устойчивый рост численности населения» до 2030 г.

	2022	2023	2024	2030
Общий прирост численности населения, тыс. человек	-533,4	-302,5	-256,7	78,3
Общий коэффициент рождаемости	9,4	9,6	9,7	9,3
Смертность населения, на 1000 человек	14,6	13,3	13,1	11,5
Коэффициент миграционного прироста, на 10 тыс.	14,6	16,2	16,3	27,4
Численность населения, тыс. человек	145 635,5	145 102,1	144 799,6	144 542,9
Количество рождений, тыс.	1 369,0	1 393,0	1 404,6	1 344,2
Количество смертей, тыс.	2 126,3	1 929,9	1 896,9	1 662,2

Миграционный прирост, тыс. человек	212,6	235,1	236,0	396,0
------------------------------------	-------	-------	-------	-------

Сама проблематика пронаталистских мер государственной политики часто ставится под сомнение с морально-этической точки зрения. Мы приходим к выводу, что существует потребность в активизации пронаталистских мер политики как с точки зрения достижения формальных показателей национальных целей, так и с точки зрения персональных потребностей россиян на микроуровне. Достижение национальной цели – устойчивого роста населения России – в существующих условиях возможно лишь в том случае, если одновременно увеличится миграционный прирост населения, снизится смертность и вырастет рождаемость.

Выборочные исследования репродуктивных планов и поведения населения России показывают, что желаемое количество детей в семьях россиян устойчиво больше 2-х¹, а рождаемость (как КСР, так и итоговая когортная) устойчиво ниже 2-х детей на женщину.

На рождаемость негативно влияют одновременно:

- структурный фактор (неизбежное сокращение числа женщин в основных детородных возрастах из-за динамики возрастной структуры);
- снижение интенсивности рождаемости (КСР, рождений на женщину репродуктивного возраста в среднем).

Рост интенсивности рождаемости не гарантирует роста количества рождений: поскольку возрастная структура женщин детородного возраста быстро смещается в старшие возрасты, даже рост КСР может происходить при сокращении абсолютного количества рождений.

Причины сокращения КСР: ошибки демографической политики, динамика доходов, потенциальный темпо-эффект (для первенцев), военно-политические.

Влиять на возрастную структуру населения государство практически не может. Поэтому для развития мер поддержки рождаемости остается лишь ориентироваться на коэффициент суммарной рождаемости. Его сокращение в последние годы вызвано переносом с 2020 г. основной части выплаты семейного (материнского) капитала со второго на первого ребенка. Хотя первые два года значительная часть рождений приходилась на женщин, которые не успели получить

¹ Распределение по желаемому и ожидаемому числу детей. Выборочное наблюдение репродуктивных планов населения в 2017 году. Росстат. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/RPN17/index.html

материнский капитал на прежде рожденных первенцев, этот «запас» быстро иссяк. Перенос материнского капитала на первого ребенка (основной части) стал фактическим дестимулированием рождения вторых детей. Причиной такого неэффективного переноса материнского капитала на первого ребенка стало быстрое падение рождаемости первых детей, с одной стороны, из-за стремительного сокращения количества женщин в возрастах, в которых в России преимущественно рожают первого ребенка, а с другой, из-за сокращения КСР первых детей. Пока рано делать выводы о том, почему снижается КСР первенцев. Это может быть вызвано совокупностью факторов: снижением доступности приобретения жилья из-за того, что цены на недвижимость растут быстрее роста доходов; ростом осознанной окончательной бездетности; а также, возможно, мы становимся свидетелями очередной «ступеньки» в росте среднего года материнского дебюта во всех развитых странах мира. При постоянно растущей ожидаемой продолжительности жизни, в том числе здоровой жизни, у современных молодых людей, все чаще люди этих возрастных групп не отказываются от рождения детей, а лишь осознанно откладывают его до более старшего возраста, понимая, что успеют полностью реализовать репродуктивные намерения (в идеальных условиях), даже если родят первого ребенка после 30 лет. Крупнейшим фактором, который снизит рождаемость в 2023 г., стал военно-политический: специальная военная операция, ведущаяся на Украине с февраля 2022 г., и особенно мобилизация мужского населения России для участия в этих военных действиях с сентября 2022 г. Как физическое изъятие потенциальных отцов из семей на длительный срок, так и риск мобилизации еще немобилизованных мужчин драматически сократили горизонт планирования семей, из-за чего, очевидно, многие из них в 2022 г. решили отложить запланированное зачатие.

Для решения возникших препятствий для рождаемости, снижения барьеров рождаемости, требуются ряд мер. В том числе:

- исправление ошибок в мерах поддержки рождаемости. Возвращение материнского капитала в полном размере с первого на второго ребенка, а также введение такой же меры при рождении третьего ребенка с расширением возможностей использования средств материнского капитала, в том числе за счет вторичного рынка недвижимости;

- увеличение суммы материнского капитала до 1 млн руб. (сумма рассчитана исходя из того, что наиболее часто используемое направление траты средств материнского капитала – улучшение жилищных условий, и разницы в средней стоимости квартир с количеством комнат на одну больше);
- введение регионального софинансирования (дополнительной суммы сверх федеральной) семейного (материнского) капитала в субъектах РФ с ценой недвижимости, значительно опережающей среднероссийский уровень;
- расширение мер поддержки семей, позволяющих совмещать родительство и работу. В частности, помогающих вернуться к рынку труда как можно раньше после рождения ребенка, мер гендерной эгалитаризации родительства (недели отпуска по уходу за ребенком для отца, не передаваемые матери) и изменения трудового законодательства, способствующие расширению вовлеченного отцовства;
- восстановление доходов населения. Поскольку рождаемость вторых и третьих детей сильно коррелирует с динамикой душевых доходов, рост доходов приведет к частичному восстановлению рождаемости. Причем опыт предыдущих кризисов (2009 г.) показывает, что обеспечение роста доходов даже за счет бюджетных средств (социальные трансферты) также имеет такой положительный эффект;
- демобилизация мобилизованных граждан, возвращение мужчин в семьи и наличие относительных гарантий отсутствия возобновления мобилизации (переход конфликта на Украине в «замороженное» состояние либо его полное разрешение).

5. Определение и оценка мер демографической политики в части миграции населения, способствующих достижению национальных целей развития

При анализе миграции населения мы использовали годовую статистику Росстата. В связи с этим возникает серьезная проблема качества и полноты охвата этой статистикой реальных миграционных процессов. Следует учитывать, что российская статистика миграции, по сути, показывает не количество мигрантов, а лишь факты регистрации, постоянной или временной, и снятия с регистрации. Поэтому в такой статистике присутствует неизвестная часть перемещений, совершенных одним человеком несколько раз за год. Кроме того, действующие в России правила учета постоянной миграции подразумевают включение в эту статистику всех постоянных регистраций (так называемая «прописка») и временных регистраций на срок 9 месяцев и более. До 2011 г. в нее попадали регистрации со сроком от 1 года. Но, поскольку для большинства иностранных граждан, приезжающих в Россию, на регистрацию отводилось 3 месяца, с 2011 г. Росстат стал учитывать как постоянных (длительных) мигрантов людей с регистрацией сроком 9 месяцев и более. Из-за этого с 2011 г. количество учтенных статистикой Росстата мигрантов резко выросло, причем основная часть прироста произошла за счет иностранных граждан, которые регистрировались в России на 9–11 месяцев в году. Очевидно, что речь идет преимущественно о временных трудовых мигрантах, что снижает качество такой статистики, хотя и повышает ее охват. Количество мигрантов с любыми сроками регистрации учитывает Министерство внутренних дел России, в чью структуру входит Федеральная миграционная служба. Однако объем публикуемой МВД статистики настолько мал, что совсем не годен для демографических расчетов и анализа.

Таблица 5.1.

Компоненты изменения численности населения России, 2017–2021 гг.

	2017	2018	2019	2020	2021
Численность населения, тыс. человек	146 880	146 781	146 749	146 171	145 558
Общий прирост численности населения, тыс. человек	76	-100	-32	-578	-613
в том числе:					
Естественный прирост, тыс. человек	-136	-225	-317	-702	-1 043
Миграционный прирост, тыс. человек	212	125	285	124	429

В 2022 г. произошли события, которые очень сильно повлияли на миграционные потоки.

После начала специальной военной операции на Украине в феврале 2022 г. из России уехало большое количество жителей, причем делало это в спешке. По сообщениям СМИ, многие позже вернулись. Среди россиян давно существует практика при выезде из России на постоянной основе не сниматься с регистрационного учета в России. Из-за этого россияне, «прописанные» в России, не попадают в миграционную статистику и учитываются как жители России. Приблизительно оценить масштабы таких потоков можно по статистике принимающих стран, поскольку для легального пребывания в других странах так или иначе необходимо получить соответствующие документы в местных органах власти. Существующие исследования на таких данных показывают, что недоучет российской статистикой выезда россиян достигает 2–5 раз в зависимости от страны дальнего зарубежья¹. Таким образом, основная масса стремительно выбывших россиян в феврале-апреле 2022 г. не учтены российской статистикой. В то же время часть из них уже вернулись. Оценивать количество остающихся за границей крайне сложно, но, исходя из косвенных данных, мы полагаем, что речь идет приблизительно о 150 тыс. россиян. В качестве косвенных данных используются сведения пограничных служб России и принимающих стран о пересечениях границ гражданами России, динамике таких пересечений по сравнению с предыдущими неделями и месяцами и соответствующими периодами прошлых лет, в том числе доковидных. Также используются сведения из публикаций органов власти принимающих стран о количестве выданных документов учета иностранцев и открытых сетах в банках принимающих стран. Хотя мы осознаем, что все эти данные не имеют прямого отношения к миграции и не могут использоваться как подходящие и достоверные источники данных, в ситуации отсутствия других данных эти могут приниматься как основание для приблизительных косвенных оценок. Более достоверные данные о миграции населения, в том числе об иммиграции россиян, принимающие государства начнут публиковать с 2023 г., тогда появится возможность более точных оценок.

¹ А. Вишневский и др. Вызовы эмиграции. Демоскоп. № 753-754. 2017. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0753/tema03.php>

В сентябре 2022 г. в России началась мобилизация мужчин для участия в специальной военной операции на Украине. Это привело к новому всплеску незапланированных выбытий россиян из страны. По нашим таким же косвенным оценкам, этот поток стал примерно в 2 раза больше весеннего. Следует учитывать, что эти граждане России даже после возвращения в Россию не будут учтены в статистике миграции населения (подавляющее большинство из них) и все это время российская статистика будет считать их постоянными жителями России.

Помимо массовых выбытий, военные действия, как это уже бывало в 2014–2015 гг., привели к большому потоку беженцев на территорию России. Украинские беженцы в России получают разные юридические статусы, но, судя по статистике МВД и Росстата о количестве лиц под защитой, временно перемещенных и беженцев, основная масса украинских беженцев воспользовались действующими для них упрощенными схемами нахождения и легализации в России как временные мигранты. Около 100 тыс. человек учтены как перемещенные лица либо лица под защитой. Но это не означает, что все эти люди попали в статистику миграции населения. Основная масса украинских беженцев получают временную регистрацию в России на срок 90 суток, по истечении которых регистрация продлевается еще на 90 суток и т.д. Таким образом, многие беженцы не попали в статистику миграции, как и большинство временных иностранных трудовых мигрантов, имеющих регистрации сроком менее 9 месяцев. Как показывает практика 2014–2015 гг., не менее половины беженцев стараются вернуться на родину в течение нескольких месяцев – года после переезда в Россию, при этом до половины всех беженцев со временем оседают в России, укореняются и постепенно получают постоянную регистрацию, попадая как в число постоянных жителей России, так и в статистику миграции населения.

Таким образом, в настоящее время существует два больших потока людей, как в Россию, так и из России, связанных с военными действиями в Украине, и не попадающие в статистику миграции населения РФ из-за несовершенства методики ее учета. По нашим приблизительным оценкам, два этих потока имеют близкую численность, в значительной степени уравновешивая друг друга.

Важнейшей тенденцией, определяющей перспективы миграционного прироста населения России в обозримые годы, становится сокращение привлекательности России для потенциальных иностранных мигрантов. Причем как

для постоянных иммигрантов, так и для временных трудовых мигрантов. Это будет происходить, с одной стороны, из-за постепенного исчерпания пула русскоязычного населения в постсоветских странах, которые составляют подавляющее большинство постоянных иммигрантов в России в последние 30 лет, а с другой стороны, из-за снижения относительной ценности зарплат в России в валютном эквиваленте, роста возможностей достойного трудоустройства на родине потенциальных трудовых мигрантов, роста конкуренции за труд мигрантов со стороны других крупных экономик, в которых в ближайшие годы либо усилятся, либо появится большой дефицит трудовых ресурсов (Китай, Турция, Восточная Европа, страны Персидского залива).

Для минимизации негативного влияния существующих тенденций на миграционный прирост населения и его дальнейшего роста требуется ряд мер, в том числе:

- переориентация с временной трудовой миграции на постоянную семейную иммиграцию (в том числе в отношении временных трудовых мигрантов, находящихся в России). Подразумевает проактивную адаптацию и интеграцию мигрантов, создание равных условий и возможностей для временных трудовых мигрантов, стимуляция их желания осесть в России, расширение программ обучения русскому языку за рубежом;
- облегчение и расширение программы переселения соотечественников. Эта программа стала главным путем иммиграции русскоязычного населения стран СНГ в Россию в последние годы. Однако к ней применяется ряд избыточных требований, снижающих ее эффективность и ограничивающих ее масштаб. Необходимо убрать любые избыточные требования и критерии к потенциальным участникам программы, превратить ее исключительно в репатриационную безусловную программу (сняв с нее нынешние функции решения региональных проблем рынка труда в России);
- дерегуляция пребывания иностранных граждан в России (существующее бюрократическое давление на иностранных граждан создает дополнительные издержки, нивелирующие выгоду от более высоких российских зарплат; вынуждает иностранцев тратить много личного и трудового времени на «бумажную работу»; подвергает иностранцев риску стать нарушителем

закона). Дерегуляция, ликвидация ненужных медицинских осмотров, экзаменов и пр.;

- «миграционная амнистия» для иностранцев, которым въезд в Россию был запрещен только из-за нарушения сроков и правил оформления документов учета миграции, а также помощь таким иностранцам в юридически грамотном оформлении документов;
- создание новых миграционных коридоров (мостов) со странами, имеющими большие резервы потенциальных мигрантов (прежде всего страны Южной Азии).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ соответствия целевых показателей национальных целей достигнутым значениям в части снижения смертности и роста ожидаемой продолжительности жизни показывает, что среди целевых показателей национального проекта «Здравоохранение» предусмотрены:

- «снижение смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения)»;
- «снижение смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения)»;
- «снижение смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения)»;
- «снижение младенческой смертности (до 4,5 случаев на 1 тыс. родившихся детей)»;
- больничная летальность от инфаркта миокарда;
- больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения.

В регионах РФ, где целевые значения коэффициента младенческой смертности не были достигнуты, расхождение целевых и фактических показателей обусловлено малым числом смертей в данных регионах.

В значительной части субъектов РФ наблюдается аномально быстрое снижение коэффициента младенческой смертности, что может указывать на искусственное занижение показателей.

В большинстве регионов с малочисленным населением резкое снижение показателей также обусловлено незначительным количеством событий.

Целевые значения показателей смертности для регионов РФ были разработаны «единым планом» для небольшого перечня показателей, касающихся младенческой и детской смертности, а также смертности от острого инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения.

На эти категории приходится относительно небольшое число смертей, не определяющее характер изменения смертности и продолжительности жизни в целом в регионах России.

Стратегическое планирование сети учреждений здравоохранения не взаимосвязано на разных уровнях. Например: ключевой целевой показатель по

достижению ОПЖ не увязан математически с индикаторами федеральных целевых проектов, а те, в свою очередь, не увязаны с показателями региональных программ конкретными мероприятиями по их достижению.

Существующие целевые показатели федерального проекта по снижению смертности не увязаны с целью и могут быть скомпрометированы путем административного ресурса. Например: снижение показателя «больничная летальность от инфаркта миокарда, %» может быть осуществлено за счет снижения госпитализаций.

Финансовые возможности большинства регионов не позволяют осуществлять крупные инвестиции в развитие сети учреждений. Сеть учреждений здравоохранения региона не может существовать и развиваться автономно, развитие сети должно учитывать возможности межрегионального взаимодействия и деятельность федеральных центров. При этом все регионы имеют специфику – дорожная карта развития в каждом регионе должна быть уникальной. Отсутствует эффективная взаимосвязь региональных и федеральных учреждений – объемы медицинской помощи в последних формируются по заявительному характеру и не встроены в единую систему целевого планирования регионов.

Использование общих коэффициентов в индикаторах отдельных показателей, предусмотренных федеральными проектами в части снижения смертности, неоправданно. Они зависят в значительной степени от динамики возрастной структуры населения. Учитывая быстрое старение населения России, общие коэффициенты индикаторов, характерных для старших возрастов, обречены на недостижение.

В то же время, индикаторы «Борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями» отражают лишь считанные проценты от общего количества смертей – достичь их будет легко за счет манипуляции с кодировкой причин смерти

Набор индикаторов, как на федеральном, так и на региональном уровне, должен содержать все классы причин смерти, чтобы сократить возможности для манипуляций с кодировкой причин смерти.

На региональном уровне индикаторы смертности по конкретным причинам излишни, так как малое количество событий в большинстве регионов делает такие индикаторы слишком волатильными. Региональная дифференциация смертности требует учета особенностей потребности в оказании медицинской помощи. Что для

одного региона будет актуально (например, развитие сети онкологических диспансеров), для другого – нет. Необходимо также добавление показателей, отражающих доступность оказания медицинской помощи, из данных статистики здравоохранения.

Национальная цель увеличения ожидаемой продолжительности жизни к 2030 г. до уровня 78 лет, что на данный момент ассоциировано с общими показателями смертности, достижение которых не гарантирует достижения целевого уровня ОПЖ по причине значительных недостатков общих коэффициентов смертности и ограниченности мониторинга динамики смертности по причинам смерти. Для достижения необходимого уровня ОПЖ мы сформировали целевые значения стандартизованных коэффициентов смертности по основным классам причин смерти, в том числе по полу и каждому региону.

В целом, для достижения продолжительности жизни в 78 лет к 2030 г. в Российской Федерации необходимо достижение продолжительности жизни мужчин до уровня 73,3 года и у женщин – до 81,5 года. Этому уровню продолжительности жизни соответствуют следующие стандартизованные коэффициенты смертности (табл. 6.1).

Таблица 6.1.

Целевые стандартизованные коэффициенты смертности в Российской Федерации к 2030 г. по сравнению с 2019 г. в разбивке по полу, человек, на 100 тыс. населения

Класс причин смерти	Женщины		Мужчины	
	2019	2030	2019	2030
I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	12,4	6,7	29,7	20,7
II Новообразования	117,5	130,3	227,4	209,8
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	22,5	4,1	19,7	3,0
IX Болезни системы кровообращения	307,7	257,1	577,5	436,4
V Психические расстройства и расстройства поведения	7,5	1,1	12,1	3,0
VI Болезни нервной системы	42,0	5,5	57,8	9,7
X Болезни органов дыхания	14,8	13,5	59,1	49,9
XI Болезни органов пищеварения	39,6	24,8	73,5	45,6
XIV Болезни мочеполовой системы	8,8	3,6	15,5	5,3
XVIII Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	49,4	28,1	69,6	43,6
XX Внешние причины заболеваемости и смертности	34,2	34,0	146,0	129,2
Прочие классы причин смерти	12,4	7,9	14,1	9,6
Все классы причин смерти	668,8	516,6	1301,8	965,7

Необходимо отметить, что результаты исследования также представлены в региональном разрезе. Показатели субъектов Российской Федерации формируют показатели по России в целом. Поэтому, в случае если фактические значения одного субъекта имеют показатели смертности меньше, чем целевые значения, формируется компенсационный запас снижения смертности для других регионов. Аналогично относительно целевых стандартизованных коэффициентов смертности по классам причинам смерти. Более интенсивное снижение смертности от одной причины смерти, чем обозначенные целевые значения, могут быть частично компенсированы соответствующим ростом других причин смерти, что скажется на изменении структуры причин смерти, но при этом не вызовет изменения продолжительности жизни. Поэтому для обеспечения увеличения ОПЖ в приоритете необходимо обеспечение достижения соответствующих стандартизованных коэффициентов смертности от всех классов причин смерти.

В рамках нашего исследования мы обнаружили вызовы, которые могут серьезно исказить демографическую статистику и сделать несопоставимыми показатели прогресса по указанным индикаторам целей национальных и федеральных проектов. К таким вызовам мы отнесли следующие:

- неясная ситуация с расширением территории России и наличным населением новых территорий (слом временных рядов и качества демографической статистики, увеличение естественной убыли). Пока что демографические события этих территорий не включены в общероссийскую статистику. Такие действия не должны предприниматься в короткие сроки. В подобных ситуациях требуется сначала завершение военных действий и установление надежного мира, затем возврат беженцев, проведение переписи населения, налаживание текущего учета и регистрации событий на общероссийской методологической основе и лишь с января года, следующего за этими событиями, допустимо включение статистики этих территорий в общероссийскую. При этом для целей анализа достижения национальных целей и их индикаторов следует продолжать вести все расчеты и статистику в параллельных рядах, чтобы не допустить ее искажения и обеспечить хронологическую

сопоставимость;

переход демографической статистики на результаты переписи населения 2020 г. (2021 г.) с низким качеством (приведет к формальному статистическому падению рождаемости и смертности, искажению возрастных показателей). Перепись населения России, запланированная на 2020 г., была перенесена на 2021 г. из-за пандемии новой коронавирусной инфекции. При этом она все-таки была проведена в 2021 г. в разгар одной из самых смертоносных волн COVID-19. Это привело к крайне низкому доверию населения к переписи и низкому охвату населения переписью. По правилам ведения текущего учета населения, Росстат должен произвести переход расчетов демографической статистики на демографические структуры населения (половозрастной состав, численность и размещение населения), а также произвести ретроспективный пересчет показателей миграции населения вплоть до даты предыдущей переписи населения (2010 г.). Первые опубликованные результаты переписи 2020 г. показали, что в ней, как и в предыдущей переписи, большая доля переписных листов заполнены по административным источникам – в них заполнены лишь основные сведения и нет ответов на вопросы, которые может дать только респондент лично. Это сильно ухудшает качество переписи, но не делает ее негодной для пересчетов на ее основе текущего учета населения с помощью некоторых оценок, исправления и экстраполяций. Основная проблема новой переписи заключается в сильнейшей возрастной аккумуляции – всплесках численности населения в возрастах, оканчивающихся на 5 или 0. Такая аккумуляция характерна лишь для обществ с преобладанием неграмотного населения, которое не знает свой точный возраст или точный год рождения. В России, безусловно, такой проблемы нет, даже среди самых пожилых жителей. Кроме того, количество переписанных детей, в том числе младенцев, значительно меньше их количества, учтенного текущей переписью. Существующие оценки миграции, в том числе по данным принимающих стран, а также данные о детской смертности показывают, что в этом случае данные переписи недостоверны. Все это говорит о высокой вероятности того, что многие переписные листы заполнялись выдуманными данными. В указанной ситуации переход текущего учета на данные переписи населения 2020 г. сделает качество такого учета неприемлемо низким.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Харькова Т.Л., Никитина С.Ю., Андреев Е.М. Зависимость продолжительности жизни от уровня образования в России // Вопросы статистики. – 2017. № 8.
2. Piore M. Birds of passage. Migrant labour and industrial societies. / New York: Cambridge University Press. – 1979.
3. Вангородская С.А. Смерть от старости: результат демографической политики или инструмент имитационной деятельности органов власти? // Власть. 2016. (5). С. 94–102.
4. Данилова И.А. Проблемы качества российской статистики причин смерти в старческом возрасте // Успехи геронтологии. 2015. № 3 (28). С. 409–414.
5. Елизаров В. В. Целевые показатели демографического развития России на 2024 год: поможет ли опыт недавнего прошлого в их достижении? // Научные труды Вольного экономического общества России. 2018. С. 322–350.
6. Методологические положения по статистике (выпуск 1 2, 3, 4, 5). Методы стандартизации общих показателей естественного движения населения [Электронный ресурс]. URL: https://www.gks.ru/bgd/free/B99_10/IssWWW.exe/Stg/d000/i000050r.htm (дата обращения: 12.12.2022).
7. Росстат Методика прогноза [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 12.12.2022).
8. Рощин Д. О., Сабгайда Т. П., Евдокушкина Г. Н. Проблема учета наличия сахарного диабета при диагностике причин смерти // Социальные аспекты здоровья населения. 2012.
9. Стерликов С. А. [и др.]. Смертность от основных инфекционных и паразитарных заболеваний: болезни, вызванное ВИЧ, туберкулеза и парентеральных вирусных гепатитов в Российской Федерации и ее динамика в 2015–2020 гг. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. № 3. С. 40–65.
10. Тимонин С.А. П. Е. К. , П. Д. Н. Использование стандартизованных показателей смертности для оценки эффективности целевых программ в сфере здравоохранения // Лабораторная служба. 2018. № S2 (7). С. 90–99.
11. Хасанова Р.Р. Динамика смертности населения от болезней органов дыхания и гриппа в современной России // Проблемы анализа риска. 2017. № 5 (14). С. 72–81.
12. Щербакова Е. Предварительные демографические итоги 2019 года в России (часть II) // Демоскоп [Электронный ресурс]. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0849/barom05.php> (дата обращения: 12.12.2022).
13. Omran A. R. The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change // The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1971. № 4 (49). С. 509–538.

14. Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» [Электронный ресурс]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/onko> (дата обращения: 12.12.2022).
15. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [Электронный ресурс]. URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/bssz> (дата обращения: 04.12.2022).
16. Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» [Электронный ресурс]. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202007210012> (дата обращения: 12.12.2022).
17. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
18. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года // Распоряжение Правительства Российской Федерации от 21 декабря 2020 г. № 3468-р.
19. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2014 № 13-2/1750 // Гарант. Информационно-правовой портал. [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/71003718> (дата обращения: 12.12.2022).