

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ**  
**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ОРГАН ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ**  
**ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ ПО АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(АМУРСТАТ)**

# **Смертность населения Амурской области в трудоспособном возрасте**

Аналитическая записка

по каталогу №3.3

Благовещенск  
2014

**УДК 311(571.61)**  
**ББК 60.7-05**  
**С50**

Редакционная коллегия:

**М.А. Рябчинская, Н.А. Левченко, О.И. Царькова**

**С50    Смертность населения Амурской области в трудоспособном  
возрасте: Зап./Амурстат – Благовещенск, 2014. – 20с.**

В записке дан анализ смертности в трудоспособном возрасте в Амурской области. Анализ смертности проводится при помощи расчетов демографических потерь вследствие преждевременной смертности, а также их экономической оценки на региональном уровне.

Работа может представлять интерес для работников органов управления, аспирантов, студентов ВУЗов и других заинтересованных лиц.

**УДК 311(571.61)**  
**ББК 60.7-05**

© Территориальный орган Федеральной  
службы государственной статистики  
по Амурской области, 2014  
E-mail: P28\_mail@gks.ru  
<http://amurstat.gks.ru>

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Смертность и ожидаемая продолжительность жизни.....	4
Расчет демографических потерь вследствие преждевременной смертности .....	15
Заключение .....	19

## **Введение**

Социальные потери – это потери общества от смертности населения. В данной работе они выражаются с помощью показателя потерь жизненного потенциала, или ПППЖ («потерянные годы потенциальной жизни»), который характеризует масштабы преждевременной смертности населения и рассчитывается как сумма произведений числа умерших в каждой возрастной группе на количество лет, не дожитых ими до возраста ожидаемой продолжительности жизни.

В докладе Всемирного банка (ВБ), посвященном анализу демографической ситуации в России, говорится: «России необходимо приступить к разработке политики оздоровления населения и программы мер по снижению уровня смертности среди трудоспособного населения». «В настоящее время Россия переживает затяжной и ослабляющий ее демографический кризис, обусловленный низкой фертильностью (способностью зрелого организма производить потомство) и высокой смертностью населения», - констатируют аналитики ВБ.

Этот процесс начался с 60-х годов прошлого века и в 90-х годах усугубился в связи с бурными политическими и экономическими событиями переходного периода и не прекращающимся снижением уровня благосостояния населения.

Во Всемирном банке ожидают, что после 2025 года общий коэффициент фертильности в России по-прежнему будет ниже уровня воспроизводства, и в течение следующих 50 лет можно ожидать дальнейшего сокращения численности населения страны более чем на 30%.

«Если бы в России принимались действенные меры, улучшение состояния здоровья населения сыграло бы важную роль в обеспечении неуклонно высоких темпов экономического роста на макроэкономическом уровне», - считают в ВБ.

В докладе отмечается, что потенциальные экономические результаты осуществления программы, направленной на снижение предотвратимой смертности взрослого населения, могли продемонстрировать улучшения демографической ситуации.

## **Смертность и ожидаемая продолжительность жизни**

Важнейшей характеристикой здоровья населения является ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении. Большое аналитическое значение имеет показатель средней продолжительности жизни мужчин и женщин в интервале трудоспособного возраста, поскольку «цена» демографических потерь в рабочих возрастах выше. При этом важно дать количественную оценку ущерба от отдельных причин смерти для продолжительности жизни, чтобы определить возможное увеличение средней интервальной продолжительности жизни в случае устранения той или иной причины.

Эффект роста продолжительности жизни при гипотетическом устранении отдельной причины смерти может служить важнейшей характеристикой при формировании системы мер, направленных на увеличение продолжительности жизни населения.

Несмотря на снижение смертности в последние годы нынешнего столетия, до сих пор не преодолены последствия ее роста, происходившего с конца 1980-х годов. Современная Россия отстает по показателю ожидаемой продолжительности жизни не только от развитых, но и от развивающихся стран. Низкая продолжительность жизни населения в России формируется преимущественно за счет сверхсмертности в трудоспособном возрасте. Это подтверждается анализом темпов роста возрастных коэффициентов смертности в стране в течение двух последних десятилетий. В 2013 г. по сравнению с 1990 годом в наибольшей степени возрос уровень смертности населения рабочих возрастов. Максимум роста смертности у мужчин (до 2 раз) приходится на возраст 30-39 лет, у женщин (почти до 2,5 раз) приходится на возраст 25-39 лет. В детских возрастах, особенно младенческом (до года), уровень смертности существенно сократился (на 48,8%), что замедлило снижение ожидаемой продолжительности жизни, а в группах старше трудоспособного возраста - незначительно вырос. Таким образом, по динамике показателей смертности наиболее неблагоприятной оказалась ситуация со смертностью в трудоспособном возрасте.



В 2013 г. в Амурской области из числа достигших 15-летнего возраста не доживали до 60 лет 1,1% мужчин и 0,5% женщин.

В 2012 году в области умерло 4,1 тыс. чел. трудоспособного возраста. В прошедшем году этот показатель снизился более чем на 0,2 тыс. (на 6,0%), составив 3,9 тыс. чел., в том числе 3,0 тыс. мужчин и 0,9 тыс. женщин. В структуре причин смерти мужчин трудоспособного возраста в течение многих лет первое место занимают внешние причины (несчастные случаи, отравления, травмы), второе - болезни системы кровообращения, третье - злокачественные новообразования.

**Коэффициенты смертности населения трудоспособного возраста  
в Амурской области (на 100000 чел.) и доля основных причин  
в структуре смертности, %**

	Мужчины					Женщины				
	1990	2000	2005	2012	2013	1990	2000	2005	2012	2013
Коэффициент смертности в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. населения)	717,9	1139,4	1588,4	1229,6	1165,6	190,2	341,3	514,7	389,0	364,8
<b>Структура причин смертности (в %):</b>										
Болезни системы кровообращения	25,4	26,7	27,1	29,5	30,7	25,5	24,0	23,9	22,4	23,1
Внешние причины	47,5	45,4	41,8	38,4	38,0	32,4	35,6	34,8	31,8	30,5
Новообразования	16,6	8,6	7,2	9,3	10,1	26,4	17,2	13,9	16,1	19,9
Болезни органов дыхания	2,9	4,6	6,4	6,8	6,5	2,0	5,1	5,7	5,7	4,7
Болезни органов пищеварения	2,2	3,3	4,8	6,0	5,8	3,3	6,1	10,0	12,8	11,3
Инфекционные и паразитарные болезни	2,8	6,5	7,0	6,4	4,2	0,5	3,2	4,3	5,0	4,0

Первое место среди причин смерти женщин рабочих возрастов занимают внешние причины, второе - болезни системы кровообращения, третье - новообразования.

Снижение удельного веса смертей в период с 1990г. по 2010г. от новообразований преимущественно связано с ростом смертности от других причин. Однако в 2011 году смертность от этой причины увеличилась на 2,6 % у женщин и на 2,5% у мужчин. В 2012 году вновь наблюдалось снижение смертности от этой причины: у мужчин - на 4,0%, у женщин – на 2,4%. За прошедший год вновь наблюдается рост смертности от этой причины: у мужчин - на 2,7%, у женщин – на 11,8%.

Всего на эти три класса причин смертности приходится более 75% смертей в трудоспособном возрасте у обоих полов.

### Смертность мужчин и женщин трудоспособного возраста (на 100 тыс. населения) в 1990 году



Несмотря на существенное снижение смертности в последние годы 20 века, ее уровень в трудоспособном возрасте был значительно выше, чем в 1990 г., т. е. в начале реформ. А начиная с 2001 года, смертность вновь стала увеличиваться - в среднем около 1% ежегодно. Наиболее велики различия в уровнях смертности от болезней органов пищеварения - у мужчин в 2013 г. показатель был выше, чем в 1990 г. в 4,8 раза, у женщин - в 8 раз; инфекционных и паразитарных болезней - соответственно в 4 и 19 раз; болезней органов дыхания - в 3,9 и 5,9 раза. Уровень смертности от основных причин (болезней системы кровообращения и внешних причин) за этот период увеличился примерно в 2 раза как у мужчин, так и у женщин.

### Смертность мужчин и женщин трудоспособного возраста (на 100 тыс. населения) в 2013 году



В регионе вновь набирают силу причины смерти, характерные для населения с низким уровнем жизни и отсутствием развитых социальных институтов, ответственных за формирование и сохранение здоровья. Результатом этого регресса явилось увеличение в структуре смертности населения трудоспособного возраста совокупной доли смертей от болезней органов пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов дыхания - с 7,9% у мужчин и 5,8 у женщин в 1990 г. до 16,5% и 19,9 соответственно в 2013 г.

Обращают на себя внимание более высокие темпы роста смертности женщин трудоспособного возраста от перечисленных причин. Опережающий рост смертности от болезней социального неблагополучия свидетельствует о маскулинизации смертности женского населения, т. е. о том, что женская смертность приобретает черты мужской, которая в России чрезвычайно высока. Негативные последствия этого процесса усугубляются высокими темпами роста смертности в младшем трудоспособном возрасте (до 40 лет – 41,2%), что наносит существенный ущерб продолжительности жизни.

Значительная часть смертей населения в трудоспособном возрасте связана со злоупотреблением алкоголем. В 2012 г. от причин, непосредственно связан-

ных с употреблением алкоголя, умерло 539 человек. В 2013 г. этот показатель увеличился на 1,9%. Число умерших составило 549 человек, из них мужчины – 376 человек, в том числе в трудоспособном возрасте - 304 (80,9%), и женщин - 173 человека, в трудоспособном возрасте - 105 (60,7%). Среди причин смерти в рабочих возрастах почти 82,2% составляют алкогольная кардиомиопатия – 146 человек, случайные отравления алкоголем - 190.

В 2013 г. в классе внешних причин смерти мужчин первое место занимали самоубийства – 23,2% случаев смерти в трудоспособном возрасте, второе – случайные отравления алкоголем и его суррогатами - 12,01%, третье - убийства – 14,0%. К сожалению, смертность вследствие суицидов, которая превышает смертность от других внешних причин смерти, не привлекает пристального внимания общества и государства. Потери лет жизни вследствие самоубийств в регионе составляет в среднем около полугода в расчете на каждого мужчину трудоспособного возраста.

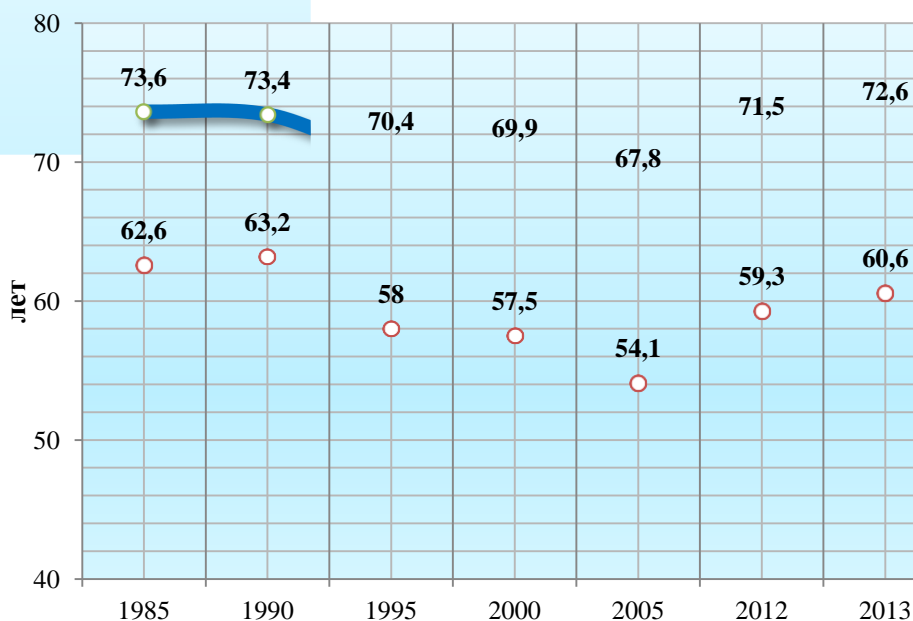
Вступившие в силу в 2006-2012гг. поправки (№ 102-ФЗ от 21.07.2005) к Федеральному закону, направленные на совершенствование правового регулирования отношений в сфере производства и оборота алкоголя, усиление государственного контроля и планомерное вытеснение из нее теневого сектора, способствовали значительному сокращению розничной продажи водки и ликероводочных изделий (на 9,7%). Первые шаги государства по контролю над алкогольным рынком способствовали существенному улучшению ситуации смертности от причин связанных с употреблением алкоголя, число умерших сократилось за этот период на 42,9%.

Группами с высоким риском смерти от этих причин являются безработные, мигранты, а также лица, занятые на тяжелых, вредных и малопрестижных работах, с низким уровнем образования и заработной платы, зачастую не обеспечивающим даже прожиточного минимума для семьи. Увеличивающийся разрыв в доходах населения ведет к росту доли малообеспеченных слоев, среди которых особенно велика распространенность алкоголизма и нездорового образа жизни. Это обуславливает «омоложение» смертности, усиление деградации структуры смертности с возрастанием доли экзогенных причин.

По данным переписей населения 2002 и 2010 годов, численность населения области с 1989 по 2002 снизилась на 147,4 тыс. человек, в том числе в трудоспособном возрасте на 46,5 тысячи. За период с 2002 по 2010 – число жителей сократилось на 81,3 тысячи, трудоспособного – на 56,5 тысячи соответственно.

Амурскую область относят к регионам с высоким уровнем смертности. Для нее характерен один из самых больших гендерных разрывов в показателе ожидаемой продолжительности жизни при рождении (12 лет в 2013г.), что является следствием высокой смертности мужчин в трудоспособном возрасте. Только в последние годы ситуация начала несколько улучшаться. Показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2013г. по сравнению с 2005г. вырос у мужчин на 6,5 лет, у женщин – на 4,8 лет. Рост продолжительности жизни у мужчин произошел в основном за счет снижения смертности в трудоспособном возрасте, у женщин – в трудоспособном и старше трудоспособного возраста.

## Ожидаемая продолжительность жизни за ряд лет



Главными проблемами демографического развития области остаются высокая смертность от внешних причин и болезней системы кровообращения.

Особенно велика смертность у мужчин, средняя продолжительность жизни которых 60,6 года. Продолжительность жизни женщин значительно выше - 72,6 года.

Среди всех умерших 34,2% приходится на лиц трудоспособных возрастов (3,9 тыс. человек в год), из них 77,8% - мужчины.

Анализируя динамику общего коэффициента смертности мужчин и женщин рабочих возрастов, заметен рост, начиная с начала 90-х годов. Ее уровень в среднем увеличивался на 3% у мужчин, и на 1% у женщин. Но с 2006 года смертность в трудоспособном возрасте стала снижаться и достигла уровня середины девяностых годов. Снижение смертности произошло за счет снижения числа умерших от болезней системы кровообращения и внешних причин.

**Динамика общего коэффициента смертности мужчин и женщин  
трудоспособного возраста с 1980 года (на 1000 человек) Амурской области**

Годы	Мужчины	Женщины
1980	8,9	2,6
1985	8,6	2,2
1990	7,3	1,9
1995	12,5	3,1
2000	12,8	3,6
2005	16,6	5,1
2006	14,2	4,4
2007	12,6	3,9
2008	13,3	4,2
2009	12,2	3,8
2010	12,7	3,9
2011	12,9	3,5
2012	12,3	3,9
2013	11,7	3,6

Слабое развитие медицины, особенно в части диагностики сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний из-за того, что соответствующие учреждения не создавались государственными органами в советское и постсоветское время, а спрос на эти медицинские услуги сдерживается низкими доходами населения, усиливали этот процесс.

За первую половину девяностых годов смертность от отравлений спиртным возросла в 2-3 раза. За последнее десятилетие ежегодно в области в среднем от алкогольных отравлений умирает более 400 человек, в том числе в трудоспособном возрасте около 300 человек, или почти 75%. Однако главный вклад алкогольная смертность вносит не через алкогольные отравления, а через сердечно-сосудистые заболевания и через смертность от внешних причин. Здесь уже счёт идёт не на десятки и сотни, а на тысячи преждевременно умерших амурчан.

Уровень смертности от убийств входит в пятёрку «лидеров» по количеству случаев на 100 тыс. населения, в регионе этот показатель с начала 90-х годов колеблется от 36,5 до 27,6, причем 88% - это погибшие в трудоспособном возрасте. Некоторые демографы считают, что высокий уровень насилия (включая бытовое насилие) представляет собой одну из основных угроз для развития человеческого потенциала.

На дорогах области ежегодно погибают около 200 человек. Показатель смертности на 100 тысяч населения составляет 24,4 случая. В трудоспособном возрасте гибнут на дорогах 85,4% жителей области от всех дорожных случаев.

Выбросы промышленных отходов и автомобильных выхлопов повышают риск онкологических и респираторных заболеваний. За прошедший год от онко-

логических заболеваний скончалось 1580 человек, показатель смертности составил 194,1 умерших на 100 тысяч населения. Из них 30,1% умерших трудоспособного возраста.

В Амурской области наблюдается достаточно высокий уровень заболевания «социальными» инфекционными болезнями, в частности сифилисом и туберкулезом. Показатель заболеваемости туберкулезом в регионе превышает показатель по РФ почти на 80%, показатель заболеваемости сифилисом – почти в 4 раза. Особенно распространён туберкулез в тюрьмах (в среднем более 10% от всех заболевших). При этом особую опасность представляет форма туберкулёза, не поддающаяся лечению антибиотиками.

### Заболеваемость социально-значимыми болезнями

Годы	Число больных с впервые установленным диагнозом		На 100 тысяч населения	
	туберкулез	сифилис	туберкулез	сифилис
2000	1193	2172	128,4	265,7
2005	1303	1252	147,3	158,1
2010	1244	1225	149,8	151,1
2012	901	907	110,0	110,0
2013	701	740	86,1	90,9

Наибольшее число заболевших туберкулезом, приходится на рабочий возраст – 25-34 года, сифилисом – 18-29 лет.

За последние годы (начиная с 1990 года) уровень смертности от туберкулеза вырос более чем в 3 раза.

### Смертность населения от туберкулеза в динамике

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Число умерших от туберкулеза	78	289	300	418	342	327	277	171
- в том числе в трудоспособном возрасте	...	248	260	385	302	278	241	147
<b>На 100 тыс. населения</b>								
Число умерших от туберкулеза	7,3	23,0	29,9	47,3	41,2	39,6	33,8	21,0
- в том числе в трудоспособном возрасте	...	42,1	44,8	68,6	58,0	54,5	48,5	29,8

Качественное отличие сложившихся в Амурской области демографических тенденций от ситуации в других регионах страны, в особенности экономически развитых, состоит прежде всего в высоком уровне преждевременной смертности населения, то есть ухода из жизни людей, не достигших возраста окончания трудоспособности.

Высокий показатель преждевременной смертности стал определяющей причиной того, что в области значительно ниже, чем в экономически развитых регионах страны, уровень ожидаемой продолжительности жизни. Чем восточнее регион, тем меньше ожидаемая продолжительность жизни, так в 2013 г. она составила 66,4 года, тогда как в целом по России – 70,8, в ЦФО -71,9, С-ЗФО – 71,3, ЮФО – 71,8, СКФО – 74,0, ПФО – 70,1, УФО – 70,1, СФО – 68,6, в ДВФО – 67,8.

В структуре смертности населения 2013 года в трудоспособном возрасте наибольшая доля, равная 36,5%, принадлежит группе травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин. По вкладу в общую сумму демографических потерь в рамках рассматриваемой социальной группы внешние причины смертности значительно превосходят болезни системы кровообращения (29,0%), вместе с ними составляя более двух третей в общей структуре преждевременной смертности. Именно в доминировании внешних причин состоит основное отличие картины смертности населения трудоспособного возраста от общей структуры смертности всего населения, в которой удельный вес внешних причин значительно меньше (15,3%).

### Структура смертности населения Амурской области в 2013 году для населения в трудоспособном возрасте и для всего населения, в %





Данные годовых разработок по смертности населения региона являются убедительным доказательством того, что уровень преждевременной смертности по основным причинам высок.

### **Преждевременная смертность трудоспособного населения по основным причинам смерти (случаев на 100 тыс. населения) в 2013 году<sup>1</sup>**

	Болезни органов кровообращения	Травмы и отравления	Новообразования
Российская Федерация	170,3	158,3	81,9
ДФО	220,4	216,9	86,8
Амурская область	230,3	289,0	97,5

При анализе преждевременной смертности трудоспособного населения по основным причинам смерти в Амурской области видно, что их показатели значительно превышают общероссийские. Так, уровень смертности от болезней системы кровообращения превышает российский на 35,2%, от внешних причин - на 82,6 и от новообразований - на 19,0%.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, в период 2005 - 2013гг. смертность трудоспособного населения в Амурской области снизилась на 38,7%. Начиная с 2010 года, ежегодно в среднем примерно на 5,5% сокращается число умерших в этих возрастах. Так в 2013 году это снижение составило 6%.

<sup>1</sup> предварительный расчет по РФ

## Смертность населения трудоспособного возраста в городской и сельской местности (на 100 тысяч населения в трудоспособном возрасте)<sup>2</sup>

	2000	2005	2010	2011	2012	2013	Прирост (снижение) за 2000-2013гг., в %
<b>Российская Федерация</b>							
<b>Всего</b>	<b>725,0</b>	<b>826,5</b>	<b>630,0</b>	<b>600,9</b>	<b>575,7</b>	<b>560,9</b>	<b>77,4</b>
Городская местность	707,0	783,7	590,0	565,1	542,2	...	...
Сельская местность	781,5	943,0	760,0	707,8	676,4	...	...
<b>Амурская область</b>							
<b>Всего</b>	<b>834,8</b>	<b>1096,5</b>	<b>896,7</b>	<b>807,7</b>	<b>828,6</b>	<b>794,6</b>	<b>95,2</b>
Городская местность	807,2	1046,7	814,1	749,4	759,8	726,6	90,0
Сельская местность	894,1	1198,5	1069,9	930,0	975,5	906,5	101,4

Смертность трудоспособного населения в Амурской области почти на 41,7% превышает общероссийский показатель.

Обращает на себя внимание и ситуация со смертностью среди сельского населения в трудоспособном возрасте, существенно превышающей соответствующие показатели для жителей городов. Более того, в течение рассматриваемого десятилетия наблюдается обострение указанной дихотомии: если в 2000г. превышение показателя смертности среди людей, живущих в сельской местности, над уровнем смертности городского населения составило 10,8%, то в 2013г. этот разрыв увеличился до 19,8%.

### Расчет демографических потерь вследствие преждевременной смертности

Неоднородность социально-экономического пространства России отражается и на различиях в уровне преждевременной смертности населения. Уровень смертности населения трудоспособного возраста Амурской области выше, чем в целом по России: в среднем за 10 лет – на 25%, а в 2012 г. – на 51,9%. В области, как и в целом по РФ, в последние годы отмечается улучшение ситуации, однако смертность пока сохраняется на высоком уровне.

Высокий уровень смертности населения в трудоспособном возрасте фактически является естественным следствием и отражением целого комплекса со-

<sup>2</sup> предварительный расчет данных 2012гг. по РФ, данные по городской и сельской местности за 2012г. по РФ отсутствуют

циальных проблем, остро стоящих в современной России, включая низкий уровень жизни людей, алкоголизм, несоответствующее утвержденным нормативам качество условий труда и, как один из результатов влияния данной группы факторов, производственный травматизм.

Помимо этого, преждевременная смертность оборачивается и значительным экономическим ущербом, приводя к потерям трудоспособного населения, что в условиях региона и страны в целом выступает в качестве фактора снижения производительности труда, наряду с недостаточным инновационно-технологическим развитием.

В связи с этим несомненна актуальность расчетов демографических потерь вследствие преждевременной смертности, а также их экономической оценки, в том числе и на региональном уровне.

В качестве методологической базы оценки экономического ущерба, наносимого региону преждевременной смертностью, принята система вычислений потерь жизненного потенциала населения с последующим выражением их в стоимостных показателях.

Интегральной характеристикой социальных потерь общества от преждевременной смертности населения является показатель потенциальной демографии «потерянные годы потенциальной жизни» (ППЖ), рассчитываемый по следующей формуле:

$$ППЖ = \sum_i d_i \times a_i,$$

где  $d_i$ - число случаев смерти в  $i$ -й возрастной группе;

$a_i$  – количество недожитых лет;

$$a_i = T - x_i,$$

где  $T$  – базовое значение продолжительности жизни – возраст, все смерти ранее достижения которого считаются преждевременными;

$x_i$  – середина  $i$ -го возрастного интервала.

Для оценки социальных потерь от преждевременной смертности трудоспособного населения региона используется значение базового показателя  $T$ , равное 60 для мужчин и 55 для женского населения, а расчеты размера ППЖ производятся на основе данных по смертности в рамках соответствующих пяти-летних половозрастных групп, начиная с 16 лет.

На основе данных по преждевременной смертности производится расчет **стоимости потерянных лет потенциальной жизни** в результате преждевременной смертности трудоспособного населения в данном году. Для этого используется следующая формула:

$$П_2 = ППЖ_2 \times C_2,$$

где  $П_2$  – стоимость потерянных лет потенциальной жизни в результате смертности населения в году ;

$ППЖ_2$  – количество человеко-лет, потерянных вследствие преждевременной смертности населения в году;

$C_2$  – стоимость одного года статистической жизни в году.

При этом в качестве меры стоимостного выражения социальных потерь ( $C_2$ ) чаще всего используется либо величина среднегодовой заработной платы, либо подушевой размер ВРП, рассчитанный исходя из численности населения, занятого в экономике в данном году. В контексте настоящего исследования последний подход более целесообразен, поскольку позволяет определить размер экономического ущерба, или упущенной выгоды, понесенной регионом вследствие смертности населения, находящегося в трудоспособном возрасте, при допущении, что все оно является экономически активным.

Размер упущенной выгоды в производстве ВРП области, согласно проведенным вычислениям, в 2013г. составил в среднем 10468 рублей на одного занятого в экономике и 34,3% в общем объеме ВРП в данном году.

### **Размер упущенной выгоды в производстве ВРП Амурской области в результате преждевременной смертности населения трудоспособного возраста в 2005 - 2013<sup>3</sup> гг.**

	2005	2010	2011	2012	2013
ПППЖ, человеко-лет	203752,8	145256,4	139447,0	134246,8	135872,1
Размер ВРП на одного занятого в экономике, тыс.руб.	86,9	214,8	271,1	26,8	30,5
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, млн. руб.	17708,8	31201,1	37804,1	3597,8	4454,8
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, руб., на одного занятого в экономике	41742,6	71250,7	86247,9	8364,8	10468,5
Доля от ВРП, %	48,0	33,2	31,8	31,2	34,3

Пропорциональное соотношение показателей преждевременной смертности жителей региона от ключевых причин достаточно устойчиво во времени и складывается следующим образом. Наибольший вклад в сумму социальных потерь в рамках региона вносят травмы, отравления и другие последствия воздействий внешних факторов, определяя более 116 чел.-лет общей суммы ПППЖ (на 1000 населения). Существенную часть социальных потерь от преждевременной смертности составляют заболевания сердечно-сосудистой системы (более 92 чел.-лет), новообразования (более 39 чел.-лет), органов пищеварения (более 22 чел.-лет) и дыхания (более 19 чел.-лет), инфекционные и паразитарные заболевания (13 чел.-лет).

<sup>3</sup> Итоги ВРП по Амурской области за 2012г., 2013 не утверждены, поэтому расчет произведен на среднегодовую заработную плату; данные за 2008-2011гг. пересчитаны от ВПН 2010.

**Структура социальных потерь в ППЖ Амурской области в 2013 году  
(чел.-лет на 1000 населения)**



## Заключение

Резюмируя изложенное, отметим, что приведенные результаты исследований свидетельствуют о высоком уровне потерь человеческого капитала и экономического ущерба от преждевременной смертности среди населения Амурской области в целом.

Выявленные факты еще раз подтверждают актуальность проблем сохранения и поддержания человеческого капитала как существенного фактора социального и экономического развития региона и страны в целом. Очевидно, что решение задач повышения производительности труда в современных условиях должно строиться не только на основе интенсификации трудовой деятельности, но и путем сбережения, в самом широком его понимании, человеческих ресурсов.

Необходимой мерой представляется реализация инициатив по сокращению преждевременной смертности и поддержанию общественного здоровья населения. Частными векторами в рамках данных направлений деятельности должны стать мероприятия по совершенствованию практики медицинского обслуживания трудящихся, повышению технической оснащенности предприятий и приведение показателей условий труда и трудовой гигиены к существующим стандартам. Немаловажное значение в сохранении человеческих ресурсов региона имеет принятие и реализация инициатив по борьбе с преступностью, алкоголизмом, дорожно-транспортной аварийностью, последствия которых составляют основу преждевременной смертности Амурской области.

В проекте «Концепции развития системы здравоохранения РФ до 2020 года» и национального проекта "Здоровье" (2009-2012 годы), говорится, что совершенствование медицинской помощи населению возможно лишь при условии *инновационного развития* здравоохранения на основе достижений фундаментальной науки, создания и внедрения новых эффективных лечебно-диагностических технологий и лекарственных средств в медицинскую практику. При этом непрерывный поступательный процесс обновления медицинских технологий и лечебных субстанций, обеспечивающий повышение эффективности лечения и профилактики, требует формирования и адекватного финансового обеспечения целевых научных программ по приоритетным направлениям развития медицины и здравоохранения.

В «Концепции социально-экономического развития РФ до 2020 года» также заложены основные приоритеты по развитию медицинской науки как основы обеспечения улучшения здоровья населения и демографических показателей, являющиеся национальной стратегической целью.

Возрастает роль человеческого капитала как основного фактора экономического развития, и от того, как будет развиваться медицина, зависит наше будущее. Система здравоохранения пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество. В последние годы государством сделаны существенные инвестиции в здравоохранение. Однако они не позволили значительно улучшить ситуацию, поскольку не сопровождались масштабными и высокоэффективными организационными и финансово-экономическими мероприятиями. Отставание уровня развития

здравоохранения от уровня развитых стран значительно сильнее, чем во многих других ключевых отраслях экономики.

Чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая восстановительное), эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

При сохранении негативных тенденций численность населения может снизиться к 2031 году до 775,4 тыс. человек (т. е. снизится на 85 тысяч человек), в том числе трудоспособного – до 547,9.

Решение указанных задач позволит улучшить здоровье и качество жизни населения, тем самым стабилизировать численность населения и создать условия для ее роста, а также увеличения ожидаемой продолжительности жизни.

# **Смертность населения Амурской области в трудоспособном возрасте**

Аналитическая записка

Ответственные за выпуск:

О.И. Царькова

Е.В. Абоймова

Тел.: (84162) 42-54-79

Подписано в печать \_\_\_\_\_

Формат \_\_\_\_\_

**РАСПРОСТРАНЕНИЕ  
ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ  
ИНФОРМАЦИИ**

**г.Благовещенск, ул.Кузнечная, 23**

**51-87-01**

**<http://amurstat.gks.ru>**