

Б.Т.Величковский

О путях "сбережения народа" и роли болезней органов дыхания в решении этой проблемы

Российский государственный медицинский университет, г. Москва

B.T. Velichkovsky

Ways to "keep the population" and the role of respiratory diseases for resolution of this problem



Социальная политика в стране сейчас направлена на снижение демографических потерь, на "сбережение народа". Президент России *В.В. Путин* в последнем послании Федеральному собранию подчеркнул: "Мы должны в первую очередь решить именно эту, ключевую для всей страны проблему".

Однако, несмотря на устойчивый экономический рост и политическую стабильность, справиться с демографическим кризисом в стране пока не удастся. По-видимому, прежде всего, это происходит из-за неэффективной борьбы с бедностью. Последние 5 лет в России наблюдается удивительный парадокс: бедных в стране из года в год становится меньше на 4–5 млн, но смертность населения не снижается [1] (рис. 1). Причина заключается в том, что в стране неправильно определены параметры бедности. К этой категории сейчас относят людей, у которых величина денежных доходов ниже прожиточного минимума, определяемого размером "потребительской корзины". По мысли законодателей потребительская корзина должна гарантировать рядовому россиянину "сохранение здоровья и обеспечение его жизнедеятельности". Однако в действительности

она неоправданно мала. Так, например, по данным ВОЗ трудоспособный человек должен потреблять 75–80 кг мясопродуктов в год, а по нормам российской "потребительской корзины", утвержденной 10 марта 2006 г., — в два раза меньше.

Оплата труда на уровне прожиточного минимума не решает ни экономических, ни демографических проблем. Поэтому чрезвычайно важно определить, существует ли иной, уже сегодня приемлемый для России уровень оплаты труда, способный привести к позитивным изменениям в состоянии здоровья населения.

Для ответа на этот вопрос был проведен анализ причин и механизмов, обусловивших в ходе социально-экономических преобразований развитие сверхвысокой и сверххранной смертности лиц трудоспособного возраста, ухудшение физического развития и здоровья детей и подростков и отрицательный естественный прирост населения. Совокупность патологических процессов, вызвавших указанные изменения, точнее всего может быть обозначена как социальный стресс. Специфическая причина возникновения социального стресса заключается в утрате населением эффективной трудовой мотивации, основанной на возможности честным трудом обеспечить достойное существование себе и своей семье. Чрезмерный хронический социальный стресс, как и любой экстремальный стресс, не мобилизует защитные силы организма. Напротив, он запускает патологические процессы, приводящие к наибольшим потерям здоровья у населения именно трудоспособного возраста: фазу истощения общего адаптационного синдрома, срыв динамического стереотипа высшей нервной деятельности, формирование феномена "запрограммированной смерти организма — фенотоза" и нарушение свободно-радикального равновесия в организме лиц, оказавшихся за чертой бедности, особенно резкое у индивидов с гетерозиготным генотипом [2].

Проблема трудовой мотивации существует во всех странах мира. Высокопроизводительный труд требует большого волевого усилия работника. Длительно

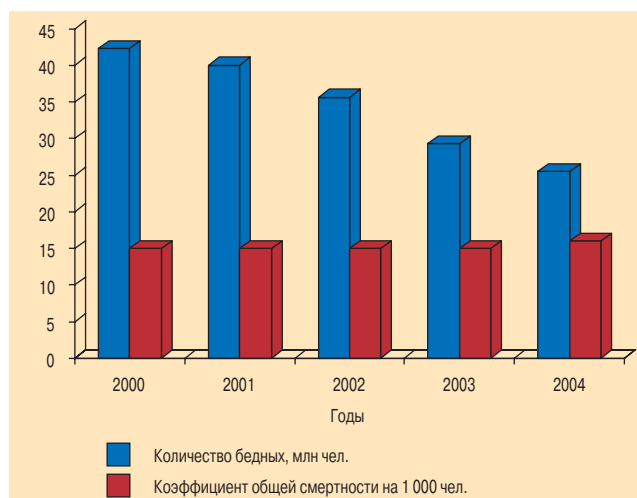


Рис. 1. Соотношение уровня смертности и числа людей с доходами ниже прожиточного минимума

такое усилие может осуществляться только при сильной трудовой мотивации. Частная собственность обеспечивает личную экономическую независимость и свободу выбора, поэтому представляет собой высокий трудовой стимул. Именно в этом заключалось преимущество западных производителей перед Советским Союзом, в котором экстенсивный, затратный путь развития народного хозяйства обесценил заработную плату как действенный стимул к труду.

Необходимо учитывать особенности физиологического механизма формирования трудовой мотивации. Академик *П.К.Анохин* показал, что мотивационное возбуждение в коре головного мозга извлекает из памяти прошлый опыт [3, 4]. Это принципиально важный момент. Он объясняет, почему трудовая мотивация утрачивается при быстром и резком ухудшении традиционного качества жизни населения независимо от его исходного уровня. По этой же причине различное исходное качество жизни предопределяет неодинаковую критическую величину дохода на душу населения, приводящую к формированию эффективной трудовой мотивации или, наоборот, вызывающую ее утрату и последующие негативные изменения в состоянии здоровья. Для формирования эффективной трудовой мотивации ведущую роль играет прежнее качество жизни, а не тот уровень, на который "опустили" человека обстоятельства. Нищета определяет рост преступности, а не производительности труда [5].

Поскольку уровень жизни людей в различных административно-территориальных образованиях России не совпадает, должна быть неодинакова и величина дохода на душу населения, приводящая к утрате эффективной трудовой мотивации. В связи с этим была велика вероятность того, что критическая величина доходов может быть выявлена.

Для этого было проведено сравнение демографических показателей и покупательской способности населения. Чтобы сгладить различие региональных потребительских цен, покупательная способность населения определялась не в рублях, а в относительных единицах, указывающих, во сколько раз она превышает стоимость местной потребительской корзины (табл. 1).

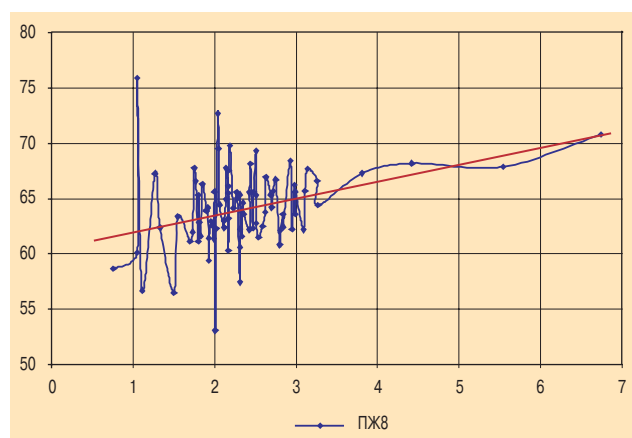


Рис. 2. Соотношение покупательной способности и ожидаемой продолжительности жизни населения в 2004 г.

Оказалось, что коэффициент смертности перестает ухудшаться только в тех административно-территориальных образованиях, где средняя оплата труда не менее чем в 2,5 раза превышает местный прожиточный минимум. Ожидаемая продолжительность жизни населения увеличивается также с ростом его доходов, но критическая величина покупательной способности для этого параметра оказалась более высокой, она составляет стоимость не 2,5, а 3,0 потребительских корзин. Только в таких административно-территориальных образованиях ожидаемая продолжительность жизни населения выше, чем в среднем по Российской Федерации (рис. 2)

Таким образом, принятая сегодня в России потребительская корзина не обеспечивает выживание населения.

Сохраняется ли влияние величины покупательной способности на демографические показатели не только населения в целом, но и людей трудоспособного возраста? Чтобы ответить на этот вопрос, был проведен анализ специально для трудоспособного населения (табл. 2).

Оказалось, что для людей трудоспособного возраста размер дохода сохраняет свое влияние на демографические показатели. Так, в тех административно-территориальных образованиях, где покупательная способность населения самая низкая (мень-

Таблица 1
Соотношение покупательной способности, уровня смертности и ожидаемой продолжительности жизни населения в 2004 г.

Характеристика регионов по средней покупательной способности населения	Количество административно-территориальных образований	Средняя покупательная способность населения региона	Общий коэффициент смертности	Ожидаемая продолжительность жизни (лет)		
				Все население	Мужчины	Женщины
Регионы-лидеры (ПК > 3,0)	9	4,04	12,50	66,76	60,77	73,18
Регионы выше среднего (2,5 < ПК < 3,0)	20	2,75	15,20	64,46	57,66	71,16
Регионы-середняки (2,0 < ПК < 2,5)	32	2,23	16,18	64,26	57,98	71,37
Регионы-аутсайдеры (ПК < 2,0)	26	1,66	17,00	63,06	56,74	70,76
Российская Федерация	88	2,67	16,0	65,3	58,9	72,3

Примечание: ПК — потребительская корзина.

Таблица 2
Влияние величины покупательной способности на уровень смертности населения
трудоспособного возраста в регионах Российской Федерации в 2004 г.

Характеристика регионов по средней покупательной способности населения (по числу ПК)	Количество административно-территориальных образований	Средняя покупательная способность населения региона	Общий коэффициент смертности	Коэффициент смертности от внешних причин
Регионы-лидеры (ПК > 3,0)	9	4,04	6,97	2,42
Регионы выше среднего (2,5 < ПК < 3,0)	20	2,75	8,66	3,09
Регионы-середняки (2,0 < ПК < 2,5)	32	2,23	8,67	3,94
Регионы-аутсайдеры (ПК < 2,0)	26	1,66	9,50	3,80
Российская Федерация	2,67	8,01	2,75	

Примечание: ПК — потребительская корзина.

ше стоимости 2 потребительских корзин) коэффициент смертности наиболее высокий — 9,50. В административно-территориальных образованиях, где покупательная способность населения больше 2, но меньше 3 потребительских корзин, он снижается и составляет 8,67–8,66. И только там, где покупательная способность населения превышает стоимость 3 потребительских корзин, коэффициент смертности населения становится меньше, чем в целом по Российской Федерации (8,01) и сокращается до 6,97.

Таким образом, критический уровень необходимых доходов для трудоспособной когорты выше, чем в среднем для населения страны. Подобное отличие представляется вполне закономерным, так как семейные и родственные обязательства у трудоспособных лиц наибольшие, поэтому и величина дохода, достаточная для формирования у них эффективной трудовой мотивации, должна быть выше.

Необходимо также оценить роль алкоголя в смертности трудоспособного населения. В ходе реформ у населения трудоспособного возраста преобладающей стала смертность от насильственных действий, травм и отравлений при доминировании алкоголя среди ее непосредственных причин. Поэтому в последнее время снова начинает преобладать мнение, что главной причиной высокой смертности трудоспособного населения является алкоголизм. Так, в изданной в 2003 г. коллективной монографии "Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы" утверждается, что "доминирующая роль этого фактора несомненна" [6]. Однако алкоголизм, будучи, безусловно, значимой причиной повышения смертности населения, особенно трудоспособного возраста, сам требует выяснения причин широкого распространения.

Как видно из табл. 2, коэффициент смертности от внешних причин, как и общий коэффициент смертности, оказался зависимым от доходов (покупательной способности) трудоспособного населения. В тех административно-территориальных образованиях, где покупательная способность населения трудоспособного возраста превышает стоимость трех потребительских корзин, коэффициент смертности от внеш-

них причин составляет 2,42 — это меньше, чем в целом по Российской Федерации (2,75). При этом уровень смертности от внешних причин более инертен, чем коэффициент общей смертности трудоспособного населения, так как значительно уменьшается только при повышении покупательной способности до 2,5 потребительских корзин, в то время как общая смертность трудоспособного населения достоверно сокращается уже при уровне его покупательной способности больше 2,0 потребительских корзин. Следовательно, смертность от внешних причин тем выше, чем ниже доходы населения, и, если считать ее косвенным показателем распространенности алкоголизма, то и он в большой мере обусловлен социальными причинами.

Таким образом, нельзя бороться с алкоголизмом отдельно от остальных социально-экономических проблем — резкого спада производства и сворачивания систем жизнеобеспечения, особенно на селе, неоправданно низкой оплаты труда, роста социального неравенства и экономической незащищенности. Массовый алкоголизм — показатель тяжелой болезни общества.

На ухудшение демографических показателей в стране, безусловно, влияет смертность от болезней органов дыхания, занимающая четвертое место среди причин смертности населения после заболеваний кровообращения, от внешних причин и от злокачественных новообразований. В связи с этим важно определить, в какой мере она зависит от величины доходов населения (табл. 3). Смертность населения от болезней органов дыхания, как и общая смертность, оказалась тем меньше, чем больше покупательная способность (доход) людей. В депрессивных регионах она достигает 79,7; в регионах-середняках колеблется от 72,3 до 65,4. Только в тех административно-территориальных образованиях, где покупательная способность населения превышала 3 потребительские корзины, она оказалась 45,5 — ниже средней по России (64,6). Поэтому необходима специальная программа снижения заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания, дифференцированная в зависимости от административно-территориальных образований с различной величиной доходов населения.

Таблица 3
Соотношение покупательной способности, коэффициента общей смертности и смертности от заболеваний органов дыхания

Характеристика регионов по средней покупательной способности населения	Количество административно-территориальных образований	Средняя покупательная способность населения региона*	Общий коэффициент смертности	Смертность от болезней органов дыхания
Регионы-лидеры (ПК > 3,0)	9	4,04	12,5	45,5
Регионы — выше среднего (2,5 < ПК < 3,0)	20	2,75	15,2	65,4
Регионы-средняки (2,0 < ПК < 2,5)	31	2,23	16,2	72,3
Регионы-аутсайдеры (ПК < 2,0)	26	1,66	17,0	79,7
Российская Федерация	2,67	16,0	64,6	

Примечание: ПК — потребительская корзина; * — по возможности приобрести определенное число местных потребительских корзин.

Так, в сложившихся условиях неоправданно признавать ведущим направлением сохранения здоровья населения пропаганду здорового образа жизни. Для основной массы лиц, работающих по найму, особенно в бюджетной сфере, рекомендации по повышению физической активности и оптимизации питания невыполнимы из-за отсутствия времени, сил и средств, так как по причине недопустимо низкой оплаты труда они вынуждены брать на себя полуторную, двойную трудовую нагрузку.

Как бы то ни было, состав потребительской корзины и соответствующая ему величина прожиточного минимума, принятые в настоящее время Государственной Думой, не могут быть признаны нормативами длительного пользования. В качестве официального научно обоснованного критерия бедности и минимальной оплаты труда может рассматриваться только величина, в 2,5 раза превышающая прожиточный минимум в данном административно-территориальном образовании. Указанный размер минимальной оплаты труда следует считать таким же обязательным и неустраняемым условием развития экономики соответствующей территории, как, например, длительность в ней зимнего отопительного периода.

Региональный подход не утопия. Так, Городская дума г. Санкт-Петербурга уже утвердила местные "Стандарты проживания", по которым средняя величина заработной платы к 2008 г. в 4 раза превысит уровень прожиточного минимума, а сам он увеличится до 4 тысяч рублей. Исходя из полученных данных, законодательная и исполнительная власть на местах получает возможность оценить социальное развитие своей территории и определить размер той минимальной оплаты труда, который необходим для скорейшего "сбережения народа".

В Трудовом кодексе России значится, что минимальный размер оплаты труда (МРОТ) не может быть ниже уровня прожиточного минимума трудоспособного человека. Но в примечании указано, что порядок и сроки введения этой нормы должны определяться специальным федеральным законом. Ни законодательная, ни исполнительная власть не дают четкого ответа на вопрос, когда этот разрыв будет преодолен.

Для построения оптимальной стратегии сбережения народа принципиально важно, что базовой ценностью для дееспособного человека является заработок, а не пособие. Поэтому социальная политика государства, направленная на снижение демографических потерь, должна опираться не столько на бюджетные дотации ("национальные проекты"), сколько на формирование у населения эффективной трудовой мотивации — важнейшего стимула подъема жизнеспособности нации. Необходимо дать людям шанс самим выбраться из нищеты.

В настоящее время господствует мнение, что повышение заработной платы не может опережать рост производительности труда из-за угрозы инфляции. Однако указанный постулат оправдан при соблюдении трех условий. Во-первых, его применение обосновано только тогда, когда у большинства населения, работающего по найму, минимальная оплата труда (потребительская корзина) достаточна для выживания и формирования эффективной трудовой мотивации. В противном случае возникает сверхвысокая смертность людей трудоспособного возраста, сокращается численность населения, подрывается жизнеспособность нации и в итоге не только ухудшаются условия развития экономики, но появляется угроза безопасности государства. Во-вторых, производительность труда и качество продукции в наши дни зависят в основном не от усилий работника, а от внедрения в производство современных наукоемких технологий, то есть от работодателей, которые должны быть в этом заинтересованы, чего в настоящее время нет. В-третьих, конкуренция для работодателей сейчас является лишь опосредованным стимулом к модернизации производства — прямой причиной ее немедленного проведения может стать лишь законодательство, определяющее непреодолимые требования как для внедрения наукоемких технологий, так и для развития конкуренции, подобно тому, как происходит в США. Сегодня российские монополии не инвестируют в производство, тем более что заботу о снижении инфляции, обусловленной тарифами, которые устанавливают монополии, взяло на себя правительство.

Таким образом, причина снижения жизнеспособности нации в России заключается не в социально-

экономических преобразованиях как таковых, а в том, каким образом они претворяются в жизнь.

Литература

1. Демографический ежегодник России. Официальное изд. М.: Росстат; 2005.
2. Величковский Б.Т. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов улучшения здоровья населения России. Успехи соврем. биол. 2004; 124 (2): 99–108.
3. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина; 1975.
4. Анохин П.К. Кибернетика функциональных систем. М.: Медицина; 1998.
5. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения (Пути преодоления негативных последствий). М.; Воронеж: ВГУ; 2002.
6. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Здоровье населения России в социальном аспекте 90-х годов: проблемы и перспективы. М.: Медицина; 2003.

Поступила 23.01.07
© Величковский Б.Т., 2007
УДК 616.2



XVII Национальный конгресс по болезням органов дыхания

2–5 октября 2007 г.
г. Казань



УЧАСТИЕ В НАУЧНОЙ ПРОГРАММЕ:

Российское респираторное общество

Тел.: +7 (495) 465-52-08, 465-53-64. E-mail: pulmo2007@mail.ru

УЧАСТИЕ В ВЫСТАВКЕ:

Центр выставок и дизайна «ПроффГруп»

Тел.: +7 (495) 255-94-13, 255-95-94, 205-34-46. E-mail: exporprof@ru.ru

РЕГИСТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ, БРОНИРОВАНИЕ ОТЕЛЕЙ В КАЗАНИ:

ООО «Сафари Клуб»

Тел.: +7 (843) 266-58-88, тел./факс: +7 (843) 526-54-15. E-mail: farida-78@mail.ru