## ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени Б.Н. Ельцина

На правах рукописи УДК 314.316.344.347

Джолдошева Динара Сабатбековна

#### ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАВЕНСТВА И БЕДНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

08.00.07 – экономика труда и демография

Диссертация на соискание ученой степени доктора экономических наук

#### Научный консультант:

доктор экономических наук, профессор Кумсков Геннадий Владимирович

#### СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ4
ВВЕДЕНИЕ6
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЭКОНОМИЧЕСКИХ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, НЕРАВЕНСТВА И
БЕДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ14
1.1. Теории взаимосвязи между экономическим развитием,
демографическими процессами, бедностью и неравенством населения 14
1.2. Теории и классификации демографических переходов
1.3. Эпидемиологические переходы: теории и классификации
1.4. Демографические дивиденды как важнейшие факторы
экономического и социального развития государств
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ 64
2.1. Методология интегрированного обследования домохозяйств 64
2.2. Методологические основы исследования взаимосвязи неравенства и
экономического развития73
2.3. Сравнительный анализ взаимовлияния экономических и
демографических процессов, неравенства и бедности в Кыргызской
Республике и других странах
ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ
ЭКОНОМИЧЕСКИХ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ,
НЕРАВЕНСТВА И БЕДНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 86
3.1. Динамика взаимовлияния экономических и демографических
процессов, неравенства и бедности в Кыргызской Республике
3.2. Сравнительный анализ экономических и демографических
показателей, неравенства и бедности в Кыргызской Республике,
соседних государствах и Российской Федерации102

3.3. Демографические переходы и дивиденды, вклад миграции	
населения в экономическое и социальное развитие Кыргызской	
Республики	. 117
ГЛАВА 4. СТРАТЕГИЯ РАЗРАБОТКИ НАУЧНО-	
ОБОСНОВАННОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ	
ПОЛИТИКИ С УЧЕТОМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ	
ПРОЦЕССОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	. 138
4.1. Экономическая и демографическая составляющие	
самосохранительного поведения населения и их влияние на	
эпидемиологический переход в Кыргызской Республике	. 138
4.2. Научное обоснование критериев третьей стадии	
эпидемиологического перехода	. 158
4.3. Смешанная модель эпидемиологического перехода в Кыргызской	
Республики	. 177
ГЛАВА 5. ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕРАВЕНСТВА И БЕДНОСТИ С	
УЧЕТОМ ПОЛИТИЧЕСКИХ, ЭКОНОМИЧЕСКИХ,	
ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И МИГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В	
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	. 187
5.1. Обоснование научного тезиса об «эпидемиологическом дивиденде»	
как важнейшем факторе экономического развития и процветания	. 187
5.2. Пути преодоления неравенства и бедности с учетом экономических,	
демографических и миграционных процессов в Кыргызской Республике	. 203
5.3. Новая классификация политических систем государств с	
переходной экономикой и развивающихся стран	. 215
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	. 225
ЗАКЛЮЧЕНИЕ       22         ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ       23         СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ       24	

#### ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

БСК Болезни системы кровообращения

ВБ Всемирный банк

ВВП Валовый внутренний продукт

ВОЗ Всемирная организация здравоохранения

ДД Демографический дивиденд

ДП Демографический переход

ДТП Дорожно-транспортные происшествия

ЕС Европейский Союз

ЗОЖ Здоровый образ жизни

КР Кыргызская Республика

МВФ Международный валютный фонд

НИЗ Неинфекционные заболевания

НСК КР Национальный статистический комитет КР

ОБДХ Обследование бюджета домохозяйств

ОМС Обязательное медицинское страхование

ООН Организация Объединенных Наций

ОЭСР Организация экономического сотрудничества и развития

ПМСП Первичная медико-санитарная помощь

ПС Политические системы

РФ Российская Федерация

СВПС Стандартизированный по возрасту показатель смертности

СНГ Содружество Независимых Государств

СПЖ Средняя продолжительность жизни

ЦРТ Цели развития тысячелетия

ЦУР Цели устойчивого развития

ЭД Эпидемиологический дивиденд

ЭП Эпидемиологический переход

DALY Disabled-Adjusted Life Year

IHME Institute for Health Metrics and Evaluation

ILO International Labor Organization

IMF International Monetary Fund

IOM International Organization of Migration

IPCC Intergovernmental Panel on Climate Change

NCD Noncommunicable diseases

PAHO Pan-American Health Organization

PPP Purchasing Power Parities

UN United Nations

UNDP United Nations Development Program

WB World Bank

WHO World Health Organization

#### **ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность темы диссертации. Бедность – это многоликий феномен и центральным в нем являются не только низкие доходы, но и отсутствие доступа к образованию, здравоохранению, жилью, работе, персональной безопасности и т.д. На динамику бедности оказывают влияние экономические, так и демографические факторы. Неравенство также, как и бедность отражается на качестве человеческого потенциала. Инвестиции в людей виде улучшения питания, качественного здравоохранения, образования, социальной защиты, занятости и профессионального обучения способствуют развитию человеческого капитала, одного из ключевых факторов экономического роста. Сокращение рождаемости и фертильности приводит к увеличению доли трудоспособной части населения (15-54 лет) по отношению к иждивенцам (дети и пожилые лица), что благоприятно для получения демографического дивиденда и быстрого экономического развития страны. Рост численности молодых трудоспособных людей является мощным стимулом к трудовой миграции. При этом денежные переводы трудовых мигрантов способствуют снижению бедности и неравенства в странах-донорах.

Катализатором демографического перехода является государственная политика и программы, направленные на снижение младенческой материнской смертности. Демографические трансформации сопровождаются эпидемиологическими изменениями, то есть, взаимосвязь между демографией и эпидемиологией очевидна, поскольку такие демографические факторы, как возраст, пол, расово-этническая принадлежность и социально-экономический статус существенно влияют на распространение заболеваний и показатели здоровья населения. Например, взрослое население чаще страдает болезнями сердца и раком, а молодое – более подвержено инфекционным заболеваниям и травмам. Политические решения, основанные на эпидемиологических данных, могут внести существенный вклад в улучшение показателей здоровья и его экономического благополучия. Политические населения системы оказывают влияние на ключевые демографические процессы, включая рождаемость, смертность и миграцию. Политика в сферах здравоохранения, образования и социальной защиты влияет на динамику рождаемости и процессы старения населения. Следовательно, политические решения оказывают прямое воздействие на экономическое развитие страны, уровень бедности и социальное неравенство.

Пандемия COVID-19 повернула вспять прогресс, достигнутый в области сокращения бедности, в особенности в области здравоохранения и увеличения средней продолжительности жизни глобального населения за последние два десятилетия. Она усугубила неравенство как внутри стран, так и между ними, а мировые экономические потери составили 4,8-7,4 триллионов долларов США или 5,5-8,5% глобального ВВП.

В XX веке и в начале XXI века человечество столкнулось с беспрецедентной по масштабам международной миграцией населения и обусловленными ею демографическими трендами. Эти мировые тренды безусловно затронули и Кыргызскую Республику. В течение трех последних десятилетий в республике наблюдалась массовая трудовая миграция, прежде всего, в Российскую Федерацию, сопровождавшаяся огромными социально-экономическими и демографическими последствиями.

В связи с вышеизложенным, исследование неравенства и бедности населения Кыргызской Республики с учетом современных демографических, эпидемиологических процессов и политических трансформаций является весьма актуальным.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, государственными программами. Социально-экономические и демографические проблемы развития населения признаны одним из важнейших приоритетных направлений современной экономической науки. Демографические аспекты неравенства и бедности нашли отражение в государственных программах и являются неотъемлемой частью Национальной программы преодоления бедности «Аракет» (1998-2000 годы и 2001-2005

годы), Национальной стратегии сокращения бедности на 2003-2005 годы, Комплексной основы развития Кыргызской Республики до 2010 года, Национальной стратегии устойчивого развития Кыргызской Республики на период 2013-2017 годов, Национальной стратегия развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы.

**Целью исследования** является изучение демографических аспектов неравенства и бедности в Кыргызской Республике. Исходя из поставленной цели, в работе предусматривалось решение следующих задач:

- провести комплексную оценку и мониторинг взаимовлияния неравенства, бедности, экономических и демографических процессов;
- изучить позитивные и негативные факторы, влияющие на демографические и эпидемиологические тренды;
- оценить стадии демографического перехода и демографический дивиденд Кыргызской Республики;
- исследовать некоторые аспекты самосохранительного поведения населения, оказывающие существенное влияние на демографическую и эпидемиологическую ситуацию;
- обосновать научный тезис об «эпидемиологическом дивиденде»;
- теоретически обосновать концепцию политических систем с различными социальными и экономическими гарантиями, имеющей существенное значение для экономики труда и народонаселения.

#### Научная новизна полученных результатов

У Впервые проведен комплексный анализ и мониторинг взаимовлияния экономических и демографических процессов на неравенство и бедность в Кыргызской Республике. Тренды ВВП на душу населения в долларах США, показателей рождаемости, естественного прироста и фертильности с 1990 года по 2020 год в стране имели схожую U-образную кривую. Установлена положительная корреляционная связь между ВВП на душу населения, показателями рождаемости, естественного прироста и фертильностью, а показатели общей, младенческой и материнской смертности имели слабую

отрицательную корреляционную связь с ВВП на душу населения. Индекс Джини, составлявший в 1985 и 1990 годах соответственно 0,236 и 0,224, увеличился почти в 2 раза в 2000 и 2013 годах (соответственно 0,449 и 0,456), что свидетельствовало о росте неравенства в республике. В 2020 и 2022 годах индекс Джини сократился соответственно до 0,27 и 0,31, указывая на значительное снижение неравенства в стране. Уровень бедности в республике снизился от 57% в 1992 году до 25,4% в 2020 году, то есть, более чем в 2 раза.

✓ Доказано, что страна находится в третьей стадии демографического перехода, согласно классификации МВФ, на основании позитивной динамики доли лиц трудоспособного возраста (15-64 лет), достигшей 65,9% в 2015 году и 64,3% в 2020 году. На основе анализа трендов этнического состава и брачного поведения населения обоснован тезис о наличии критериев третьего и четвертого демографических переходов в Кыргызстане.

✓ Показано, что трудовая миграция из Кыргызской Республики в Россию имеет двойное позитивное значение, с одной стороны, она пополняет долю трудоспособной части населения Российской Федерации и, с другой стороны, приносит демографический дивиденд Кыргызстану. Объем денежных трансфертов от кыргызских трудовых мигрантов за 2007-2022 годы достигал 27-34% ВВП страны, что следует рассматривать как демографический дивиденд.

✓ Доказана ошибочность утверждения о нахождении Кыргызстана в третьей стадии эпидемиологического перехода в 1920-1960-х годах, обосновано научное положение о трансформации страны со второй в третью стадию эпидемиологического перехода в последние десятилетия и вступлении в третью стадию в 2011 году, а также о смешанной модели эпидемиологического перехода в республике.

✓ Установлен низкий уровень самосохранительного поведения населения страны, что диктует необходимость увеличения государственных расходов здравоохранения до 5% и более от ВВП с целью формирования здорового образа жизни населения и эффективной профилактики инфекционных и

неинфекционных заболеваний, травм и несчастных случаев в республике. Это позволит получить первый, второй и третий демографические дивиденды и снизить уровень неравенства и бедности в стране.

✓ Обоснован научный тезис об «эпидемиологическом дивиденде», под которым подразумевается получение экономической выгоды от перехода высокой смертности к низкой среди населения трудоспособного возраста, прежде всего, от болезней системы кровообращения (БСК). Предотвращение преждевременной смертности трудоспособного населения от БСК приведет к сохранению и/или увеличению соотношения трудоспособной части населения к иждивенцам, то есть, обеспечит условия для пожинания демографических дивидендов.

✓ Теоретически обоснована концепция политических систем различным уровнем социальных и экономических гарантий. Концепция разработана впервые на всеобъемлющей оценке политической, экономической и социальной ситуации страны на основе общепризнанных международных рейтингов. Концепция предоставляет направление социального экономического развития, которое позволит улучшить демографическую и эпидемиологическую ситуацию в стране, а именно, трансформацию от политической системы с низкими социальными и экономическими гарантиями политической системе с высокими социальными И экономическими гарантиями.

Практическая Разработанные значимость исследования. обоснованные теоретические методологические подходы, положения, методическая база изучения использованы в ряде стратегических документах Кыргызстана (Национальная программа преодоления бедности «Аракет», 1998-2005 годы, Национальная стратегия сокращения бедности на 2003-2005 годы, Комплексная основа развития Кыргызской Республики до 2010 года, Национальная стратегия устойчивого развития Кыргызской Республики на период 2013-2017 годов, Национальная стратегия развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы). Результаты исследования будут весьма полезны

при разработке новой экономической, демографической, социальной и миграционной политики страны.

Акт внедрения полученных научных результатов и практических рекомендаций был утвержден министром экономики и коммерции Кыргызской Республики от 11 ноября 2023 года.

Экономическая значимость полученных результатов заключается в разработке методологических подходов к получению демографических и эпидемиологических дивидендов, которые способствуют быстрому экономическому росту, сокращению бедности и неравенства.

#### Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

- впервые проведен комплексный анализ и мониторинг взаимовлияния экономических и демографических процессов, неравенства и бедности населения Кыргызской Республики;
- оценены демографические переходы и дивиденды, вклад миграции населения в экономическое и социальное развитие Кыргызской Республики;
- установлен низкий уровень самосохранительного поведения и его негативное влияние на демографические и эпидемиологические тренды в Кыргызской Республике;
- обоснован научный тезис об «эпидемиологическом дивиденде»;
- разработана концепция политических систем с различным уровнем социальных и экономических гарантий, имеющая существенное значение для экономики труда и демографии.

**Личный вклад соискателя.** Ценная научная информация была получена автором в ходе оценок бедности и неравенства на основе данных регулярных исследований домохозяйств Кыргызской Республики (1997-2018 годы). Автором установлена U-образная зависимость между ВВП на душу населения, рождаемостью, естественным приростом и фертильностью в Кыргызской Республике в последние десятилетия. Обоснован тезис о наличии критериев третьего и четвертого демографических переходов в Кыргызстане. Доказана ошибочность утверждения о нахождении Кыргызстана в третьей стадии

эпидемиологического перехода в 1920-1960-х годах и обосновано научное положение о трансформации страны со второй в третью стадию эпидемиологического перехода в последние десятилетия и вступлении в третью стадию лишь в 2011 году. Автором разработано научное положение об эпидемиологическом дивиденде и предложена новая концепция политических систем с различным уровнем социальных и экономических гарантий.

Апробация результатов исследования. Полученные на различных этапах исследования результаты и выводы получили положительную оценку на научных конференциях и семинарах международного, регионального и национального уровней, включая: Международную научно-практическую конференцию «Бедность, неравенство и экономический рост в регионе Восточная Европа и Центральная Азия» г. Москва, март 2014 год; Национальную конференцию «Экономический рост и снижение бедности в Кыргызской Республике» г. Бишкек, июнь 2014 год; Круглый стол «Взаимовлияние демографических и социально-экономических процессов в Кыргызской Республике» г. Бишкек, март 2015 год; Круглый стол «Развитие и население», г. Бишкек, Март 2015; Международную научно-практическую конференцию «Измерение и мониторинг бедности» г. Душанбе, Таджикистан, декабрь 2016 год; Международную конференцию «Роль государственного управления в сокращении бедности» г. Марракеш, Марокко, август 2017 год; Конференцию ПРООН Отчет по Человеческому развитию «Анализ бедности, демографические тенденции, человеческое развитие», Бишкек, 2017 год; Международную научно-практическую конференцию «Инвестиции человеческий капитал» Γ. Джакарта, Индонезия, октябрь 2018 год: Конференцию «Эффективное управление для экономического развития в Центральной Азии» г. Ташкент, Узбекистан, май 2022 год.

Успешная апробация диссертации проведена на заседании кафедры экономической теории Кыргызско-Российского Славянского Университета имени Б.Н. Ельцина 12 декабря 2023 года.

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. Основные положения диссертационного исследования опубликованы в 26 печатных работах, в том числе, в двух статьях в журналах Scopus Q2 и Web of Science, двух электронных журналах ВАК Российской Федерации, признанных НАК ПКР, и 4 монографиях.

Структура и объем диссертации определены исходя из поставленной цели и логики последовательно решаемых задач. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения и практических рекомендаций. Основной текст изложен на 239 стр. машинописного текста, иллюстрирован 25 рисунками и 62 таблицами. Список использованных источников включает 383 наименований.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКОНОМИЧЕСКИХ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, НЕРАВЕНСТВА И БЕДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

### 1.1. Теории взаимосвязи между экономическим развитием, демографическими процессами, бедностью и неравенством населения

Проблема бедности имеет длительную историю и связана собственно с возникновением человечества. Smith A. (1776) [313, p.1081], признанный как «отец» современной экономики, определил бедность как «неспособность предметы первой необходимости, требуемые природой или обычаями». При ЭТОМ обычаями социальные ОН понимал под психологические аспекты бедности, а под природой – материальные, а точнее, экономические условия. Следовательно, это отражает абсолютное (предметы первой необходимости материального характера) и относительное (предметы первой необходимости социального и психологического характера) измерение бедности. Rowntree B. (1902) [305, p.509], выделил два типа бедности на основе причин их возникновения. Первичная бедность характерна для семей с низкими доходами при рациональной трате доходов. Вторичная бедность обусловлена расточительством и асоциальным образом жизни членов семьи. Sen A. (1976) [309, р.285] под бедностью понимал отсутствие базовых возможностей нежели отсутствие постоянного дохода. Наиболее важными причинами бедности он считал низкое образование и плохое здоровье населения. В 1995 году на Всемирном совещании по социальному развитию в Копенгагене было принято следующее определение абсолютной бедности: **«...** ЭТО условие, характеризующееся серьезными лишениями в сфере базисных человеческих потребностей, включающих пищу, безопасную питьевую воду, санитарные условия, здоровье, образование и информацию. Она зависит не только от

доходов, но также и от доступа к услугам» (United Nations, 1995) [326, р.2]. Относительная бедность — это условие, когда доходы домохозяйства ниже среднего уровня доходов в стране

В последние годы обоснована идея о том, что бедность является многомерным (многогранным) феноменом. Несмотря на это, денежное измерение бедности играет центральную роль в мониторинге бедности как на национальном, так и международном уровнях (Decerf B., 2022) [169, р.19]. Davis E., Sanchez-Martinez M. (2014) [168, р.65] отмечают, что в большинстве исследований в мире используются такие определения, как абсолютная бедность, относительная бедность и порог бедности.

Теории, объясняющие бедности, сущность И причины начали формироваться с развитием капитализма и индустриализации в XVIII – середине XIX веков, которые можно подразделить на три направления: экономическое, статистическое и социологическое. Видными представителями этих теорий были А. Смит, Т. Мальтус, Г. Спенсер, Д. Рикардо, К. Маркс, Ф. Энгельс, Э. Реклю и др. Г. Спенсер (1906) [91, с.425], Т. Мальтус (1908) [58, с.364], А. Смит (1962) [89, с.684] и Д. Рикардо (2008) [80, с.960] считали, что причина бедности находится в самом существовании человечества. Появление бедности неизбежно по мере развития общества, и, как следствие, бедность неискоренима. К. Маркс (1957) [59, с.577], Ф. Энгельс (1967) [100, с.533] и Э. Реклю (2011) [78, с.64] рост бедности связывали с развитием капитализма, эксплуатацией рабочих и заинтересованностью господствующего класса в сохранении бедности. Э. Реклю (2011) [78, с.64] полагал, что снижение бедности возможно благодаря более равномерному распределению промышленных и сельскохозяйственных продуктов между всеми слоями населения.

В конце XIX — начале XX веков была обоснована концепция прожиточного минимума, то есть, минимального набора товаров и услуг, необходимых для физического выживания и работоспособности, как критерия бедности. Значительная роль в разработке данной теории принадлежит Lewis O.

(1966) [243, p.1925]. Orshanski M. (1965) [285, p.29], впервые разработавшая критерии порогов бедности в США в 1963 году, отмечала, что бедность многранна и их нельзя свести только к деньгам.

В 1960-1980-х годах получили развитие теории культуры бедности и социального исключения. Lewis O. (1966) [243, p.1925] считал, что бедность – это определенная субкультура со своими ценностями, нормами и правилами, отличающаяся от доминирующей в обществе культуры, и которая передается из поколения в поколение. Представитель данного направления Townsend P. (1979) [320, р.1216] дал следующее определение бедности: «Индивиды, семьи и группы населения ... находятся в бедности, когда им не хватает ресурсов для получения тех типов питания, для участия в тех видах деятельности и для обладания теми условиями жизни и удовольствиями, которые являются или, крайней мере, широко привычными ПО поддерживаемыми одобряемыми в обществах, к которым они принадлежат. Их ресурсы настолько существенно ниже тех, которые диктуются средним индивидом или семьей, что они фактически исключены из обычных моделей жизни, обычаев и видов деятельности». Townsend P. (1979) [320, p.1216], развив идеи Rowntree B. (1902) [305, p.509] и Orshanski M. (1965) [285, p.29], обосновал необходимость нового понимания бедности и включения в её критерии не только расходов на питание общего семейного бюджета, ИЗ но и расходов на одежду, жилье, трудоустройство, а также социальных условий, основанных на стандартах, присущих для данного общества. Таким образом, стали учитываться не только физиологические потребности человека, но И социальные. Бедность превратилась в многоаспектную и многомерную проблему. В 1970-х годах было показано, что экономический рост в отдельности не может привести к сокращению крайней (абсолютной) бедности с приемлемой быстротой. Для этого необходимы следующие стратегии: повышение трудоустройства, доступ к жизненно важным услушам, снижение неравенства и рост продуктивности (производительности) бедных. Важным является также развитие человеческого

потенциала, которое включает образование и обучение, хорошее здоровье и питание, а также снижение фертильности (World Bank, 1980) [365, p.178].

На основе обзора современных теорий бедности А. Аддае-Коранки (Addae-Korankye А., 2019) [101, р.55] выделил следующие теории, объясняющие причины и модели развития бедности: теория индивидуальных недостатков; теория систем культурных убеждений; теория экономических, политических и социальных искажений; теория географического неравенства; теория кумулятивных и циклических взаимозависимостей.

Теория индивидуальных недостатков отражает американскую модель индивидуализма, которая возлагает на человека личную ответственность за факт его пребывания в бедности (Bradshaw T., 2007) [140, p.25].

Теория систем культурных убеждений исходит из того, что бедность – это ошибочных моделей поведения населения, результат которое воспроизводится через поколения. Данная теория обосновывает понятие «культура бедности» как совокупность ценностных и поведенческих установок, ведущих к сохранению бедности в отдельных социальных группах населения и географических зонах, что связывает эту теорию с теорией географического неравенства (Jordan G., 2004) [219, p.34]. Addae-Korankye A. (2019) [101, p.55] к причинам географического неравенства относит недостаток инвестиций, удаленность от источников природных ресурсов, низкую плотность населения и отсутствие инноваций.

Теория экономических, политических и социальных искажений признает, что политические, социально-экономические условия в обществе являются основным источником несправедливого распределения благ, что приводит к бедности.

Теория кумулятивных и циклических взаимозависимостей рассматривает бедность как циклический процесс, при котором внешние факторы (природные катаклизмы, экономические и политические шоки и т.д.) запускают цикл ухудшения социально-экономической ситуации, усугубляющей бедность в стране.

В большинстве современных теорий также подчеркивается важная роль низкого уровня образования, плохой доступности рынка труда и низкого качества жизни как причин бедности. Эти факторы бедности взаимосвязаны не только через индивидуальные поведенческие особенности, но и экономические механизмы. На основе исследования бедности в 91 странах мира Garcia G. et al. (2019) [191, р.19] пришли к заключению о том, что стратегии преодоления бедности должны включать повышение уровня образования населения и качества здравоохранения. Важно отметить, что современные теории бедности крайне политизированы и поэтому анализ конкретной ситуации в стране на основе отдельной теории может повлиять на выбор мер по преодолению бедности среди населения (Bradshaw T., 2007) [140, р.25].

Wietzke F-B. (2020) [361, p.65] указывает, что существует высокий риск развития бедности в группах населения с низким социально-экономическим статусом и большим количеством детей и других иждивенцев (пожилые лица, инвалиды). Данный вывод автора основывается на 500 обзорах литературы из 140 стран мира за весьма продолжительный период времени (1970-2016 годы). Были установлены следующие средние данные по вышеуказанным странам: при фертильности 8 детей на одну женщину уровень бедности равнялся 15%, достигнув пика в 32% при фертильности 5-5,5 детей на одну женщину и снизившись до менее 10% при фертильности менее 2 детей на одну женщину. Показано, что во многих развивающихся странах наблюдалось снижение бедности, обусловленное улучшением таких демографических показателей, как младенческая смертность и фертильность. Сокращение бедности будет более экономический рост сопровождается ускоренным, если уменьшением неравенства. Вместе с тем, взаимосвязь между бедностью и неравенством не до конца изучена (Wietzke F-B., 2020) [361, p.65].

Неравенство — это различия в статусе, доходах, образовании, власти и других социальных ресурсах между людьми и группами в обществе. Следовательно, неравенство может быть экономическим, политическим, социальным и культурным. Поэтому неравенство является фундаментальной

проблемой человеческого общества и огромной озабоченностью политиков и ученых.

Разработаны как классические, так и современные теории неравенства. К классическим теориям относятся теория функционального неравенства, теория конфликта, теория культурного капитала и теория человеческого капитала.

Теория функционального неравенства утверждает, что неравенство в обществе является неизбежным и необходимым условием для эффективного функционирования общества. Различные социальные классы выполняют разные функции в обществе и неравенство возникает в результате различий во вкладе каждого класса в общественное благосостояние.

Теория конфликта, разработанная К. Марксом [59, с.577], считает неравенство результатом борьбы за ресурсы и власть между различными социальными группами. Капитализм порождает неравенство.

Согласно теории культурного капитала Bourdieu P. (1977) [139, р.237], неравенство является следствием различий в культурных ресурсах, которые включают знания, навыки, образование и другие, влияющие на социальный статус и возможности человека. К данной теории близка теория человеческого капитала Becker G. (1976) [127, р.320] которая признает, что люди с более высоким человеческим капиталом (образование, навыки, здоровье) имеют больше возможностей и получают более высокий доход.

Современные теории неравенства представлены теорией капитала, теорией структурного неравенства и теорией гендерного неравенства.

Теория капитала Piketty T. (2015) [296, p.786] базируется на идее о том, что неравенство является порождением неравномерного распределения капитала в обществе. Для снижения неравенства необходимы внедрение прогрессивной налоговой системы и налогообложение капитала.

Теория структурного неравенства Wright E. (1996) [382, р.367] утверждает, что неравенство развивается вследствие таких факторов, как класс, раса, пол и возраст. К этой теории близка теория гендерного неравенства,

которая возникает из-за различий в социальных ролях мужчин и женщин. Они проявляются в разницах в оплате труда, возможностях и доступе к ресурсам.

В 1955 году Kuznets A. [233, p.28] впервые описал демографическую кривую, согласно которой рост неравенства отмечался на ранних стадиях демографического перехода, когда в группе населения с высоким социальноэкономическим статусом фертильность снижается быстрее по сравнению с бедными семьями. На поздних стадиях демографического перехода, когда новое репродуктивное поведение широко распространяется среди населения происходит выравнивание фертильности среди бедных И небедных. Следовательно, на ранних стадиях демографического перехода отмечается ухудшение неравенства и бедности, когда уровень фертильности существенно отличается между бедными и небедными группами населения, а на поздних стадиях демографического перехода неравенство и бедность снижаются в результате сходной фертильности среди бедных и небедных семей. То есть, наблюдалась обратная (перевернутая) **U-образная** взаимосвязь между фертильностью, неравенством и бедностью.

В целях углубленного изучения теории Kuznets S. Cornia G. et al. (2004) [163, р.54] исследовали уровень неравенства в 34 развивающихся странах в 1950-х и середине 1990-х годах. Было обнаружено высокое неравенство на заключительном этапе экономического развития в 15 странах, одинаковое – в 14 и низкое – в 5 странах. Дальнейшее изучение динамики экономического развития и неравенства в 73 странах, охватывающих 80% мирового населения и 91% глобального ВВП в РРР, показало, что в 1980-1990-х годах всплеск неравенства наблюдался в две трети стран, сопровождаясь замедлением экономического роста и повышением бедности. Эти тенденции существенно отличались от продолжительности, времени и специфических причин первых 30 лет после Второй мировой войны, за исключением Латинской Америки и Африки ниже Сахары, что свидетельствует о роли дополнительных факторов в изменении неравенства и экономического роста. Таким образом, перевернутая U-образная кривая по Kuznets S. (1955) [233, р.28] не имеет универсального

значения и свидетельствует о важной роли других факторов, влияющих на экономический рост и неравенство, и их изменения с истечением определенного периода времени.

Banerjee A., Duflo E. (2003) [123, p.299], используя непараметрические методы, показали, что экономический рост и неравенство имеют перевернутую U-образную кривую. Изменения уровней неравенства в любом направлении ассоциировались со снижением экономического роста в последующие периоды. Barro R. (2000) [126, p.32] установил, что высокий уровень неравенства тормозит экономический рост в бедных странах и ускоряет его в богатых. Неравенство в доходах и благополучии может стимулировать социальную нестабильность, способствуя росту беспорядков, протестных движений и преступности среди менее обеспеченных слоев населения. Согласно оценкам Barro R. (2000) [126, p.32], индекс Джини возрастает при ВВП на душу населения менее 1636 долларов США в год и начинает снижаться при превышении этого уровня, хотя эта зависимость слабо выражена. При ВВП на душу населения ниже 2000 долларов в год наблюдается замедление экономического роста и увеличение неравенства, тогда как при превышении данного уровня экономическое развитие ускоряется. Исследования Berg A. и Ostry J. (2011) [128, p.15] на примере 15 развитых и развивающихся стран неравенства показали, что высокий уровень ассоциируется продолжительным экономическим ростом. Среди факторов, влияющих на продолжительность экономического роста, ключевым оказалось распределение доходов, а также важную роль играли открытость торговли, политические прямые иностранные инвестиции, конкурентность валютных институты, рынков и внешний долг. Снижение на 10% неравенства, например, индекса 40 Джини ДΟ 37, увеличивает ожидаемую продолжительность OTэкономического роста на 50%. Снижение неравенства способствует долговременному устойчивому экономическому росту, то есть, они являются двумя сторонами «одной медали» (Berg A., Ostry J., 2011; Berg A. et al., 2017) [128, p.15; 129, p.815].

Piketty T., Saez E. (2003) [295, p.41] и Brunori P. et al. (2013) [143, p.32] считают, теорию Kuznets S. следует пересмотреть, поскольку основывается на данных, отражавших экономическую ситуацию, сложившуюся в период двух мировых войн и Великой депрессии в США. Piketty T. (2014) [296, p.786] утверждает, что выбор предложенного Kuznets S. экономического механизма, связывающего рост экономики с неравенством, был не только научным, но и мотивированным. Этот механизм политически поддерживал усилия, направленные на удержание развивающихся стран в сфере влияния развитых капиталистических государств. Важно было **убедить** правительства развивающихся стран, что связь между экономическим ростом и снижением неравенства существует, и что в долгосрочной перспективе экономический рост приведет к снижению неравенства. Предполагалось, что развивающимся странам необходимо лишь достичь устойчивого роста и неравенство со временем сократится автоматически. Это способствовало бы легитимизации политических режимов в этих странах и повышению их стабильности. Развитые государства, в свою очередь, были готовы поддерживать такой рост, включая экспертную и финансовую помощь со стороны Всемирного банка, который в то время перенаправил свое внимание с послевоенного восстановления Западной Европы на поддержку развивающихся стран. Согласно Piketty Т., для снижения неравенства недостаточно лишь обеспечение устойчивого экономического роста, ключевую играет внедрение прогрессивного роль также налогообложения доходов и налогообложения недвижимого имущества.

Вместе с тем, как указывает Wietzke F-B. (2020) [361, p.65], с 2000 года исследования глобальной бедности и экономического развития проводились без учета демографических показателей стран, за исключением работ Birdsall N. et al., (2001) [130, p.147] и Ahlburg D., Cassen R., (2008) [104, p.316]. Лишь в последние годы эксперты Всемирного банка и ООН начали изучать роль демографических процессов в экономическом и социальном развитии стран (UNDP, 2016; World Bank, 2016) [333, p.307; 369, p.307]. Поэтому изучение трендов неравенства и бедности с учетом демографических показателей и

экономического развития, так называемый «треугольник бедность – рост – неравенство» представляется чрезвычайно актуальным.

Таким образом, как классические, так и современные теории бедности не предлагают единого всеобъемлюшего определения данного явления. Существуют три области противоречий в исследовании бедности. Во-первых, разногласия касаются того, может ли бедность быть верно охарактеризована исходя только из материального положения или определение должно быть более широким. Некоторые исследователи утверждают, что сущность бедности состоит в нехватке материальных ресурсов, в то время как другие рассматривают бедность как феномен множественных лишений. На наш взгляд, наиболее обоснованным представляется заключение Всемирного банка (2005) [23, с.253] о том, что общим методом, используемым для измерения уровня бедности, должны быть уровни доходов или потребления на душу населения. Тем менее. ДЛЯ комплексного определения бедности наряду экономическим факторами необходимо учитывать социальные, демографические факторы. Углубленные исследования, проведенные учеными в последние десятилетия, не подтвердили универсальность перевернутой Uобразной взаимосвязи между неравенством, бедностью и фертильностью, предложенной классической теорией Kuznets S. В этой связи, изучение бедности демографических неравенства учетом показателей экономического развития страны становится особенно актуальным, поскольку, на наш взгляд, эти аспекты тесно взаимосвязаны.

#### 1.2. Теории и классификации демографических переходов

Демографический переход (ДП) — это концепция, применяемая в современной демографии для объяснения смены типов воспроизводства населения. Разработка и совершенствование данной концепции, как отмечают

ДП Ионцев В.А., Прохорова Ю.А. (2014) [42, с.26], проходило через несколько ключевых этапов:

- начало 1800-х годов: начало разработок в области демографического перехода;
- 1830–1890-е годы: первые попытки объяснить снижение рождаемости, в первую очередь, на примере Франции (работы А. Дюмона, П. Леруа-Болье и других);
- 1929 год: Л. Рабинович в своей работе «Проблема населения во Франции» вводит термин «демографическая революция». У. Томпсон предпринимает первые попытки в англоязычной литературе объяснить изменения в населении западноевропейских стран;
- 1934 год: А. Ландри публикует книгу «Демографическая революция», в которой описывает три стадии изменений в структуре населения;
- 1945 год: К. Дэвис использует термин «демографический переход» в статье, а Ф. Ноутстайн предлагает модель демографического перехода из четырех стадий, через которые, по его мнению, проходят все страны, хотя продолжительность этих стадий может варьировать;
- 2-я половина 1960-х начало 1970-х годов: новые демографические тенденции в Европе приводят к переосмыслению теорий;
- 1971 год: А. Омран разрабатывает концепцию «эпидемиологического перехода», а В. Зелинский концепцию «мобильного перехода»;
- 1979 год: В. Зелинский включает миграцию в концепцию демографического перехода;
- 1986 год: Д. Ван де Каа и Р. Лестаг публикуют статью «Второй демографический переход?», в которой обосновывают существование первого и второго демографических переходов;
- 1987 год: Д. Ван де Каа в статье «Второй демографический переход в Европе» детально анализирует роль миграции в этом процессе;

- 1999 год: Д. Ван де Каа предлагает модель второго демографического перехода, в которой учитывается не только естественный прирост (убыль), но и показатель чистой миграции;
- 2006 год: Д. Коулмен разрабатывает сценарий демографического развития, обозначенный термином «третий демографический переход»;
- 2010 год: В.А. Ионцев предлагает новый сценарий демографического развития, называемый «четвертым демографическим переходом».

Вышеизложенные данные иллюстрируют постепенную эволюцию взглядов на демографические изменения и их взаимосвязь с социально-экономическими и миграционными процессами.

Впервые термин «демографический переход» был предложен Davis K. [167, p.1] в 1945 году. В том же году Notestein F. [271, p.57] разработал модель демографического перехода, состоящую из четырех стадий: доиндустриальная, урбанизация/индустриализация, зрелая индустриальная и постиндустриальная. Все страны должны пройти эти стадии, однако длительность каждого этапа может варьироваться. Однако обоснование первой концепции 1909–1934 демографического перехода было осуществлено годах французским демографом Landry A. [235, p.276], который использовал термин «демографическая революция», поэтому в научной литературе эти два термина часто используются как синонимы (Вишневский А.Г., 2016) [16, с.6]. Demeny P. (1968) [172, p.502] и Hodgson D. (1983) [209, p.34] отмечают, что длительное время ученые Европы и США главным критерием демографического перехода признавали тренды рождаемости населения. Вместе с тем, американский демограф Thompson W. [318, p.959] в 1929 году выделил три группы стран, учитывая динамику не только показателя рождаемости, но и смертности Первая населения. группа стран характеризовалась высоким рождаемости и высоким, но снижающимся уровнем смертности, что приводило к росту численности населения. Во второй группе отмечалось снижение смертности и рождаемости в состоятельных слоях населения, смертность уменьшалась быстрее рождаемости, обусловливая рост численности населения, но медленнее по сравнению с первой группой. В третьей группе стран происходило быстрое снижение смертности, НО уменьшение рождаемости опережало, вследствие чего рост численности населения замедлялся. Данные Реэр Д. (2017) [79, с.41] убедительно свидетельствуют о том, что снижение смертности является первичным пусковым механизмом демографического перехода, приведшим в последующем к уменьшению рождаемости. Эти демографические процессы начались в Европе в начале XIX века. Дальнейшее развитие концепции демографического перехода нашло в трудах Notestein F. (1945) [271, p.57], который предложил выделить три типа воспроизводства населения: первый (до-переходный), второй (переходный) и третий (пост-переходный). В его классификации в качестве критерия демографического перехода учитывалась динамика показателей рождаемости и смертности населения. Автор считал, что большинству развивающихся стран характерен первый (до-переходный) тип воспроизводства населения, при котором смертность снижается, а рождаемость остается неизменной, в результате которых происходит рост численности населения. Второй (переходный) свойственен наблюдается ТИП странам, где снижение рождаемости, но оно не завершено (Япония, бывший СССР и южная часть Латинской Америки). Третий (пост-переходный) ТИП воспроизводства населения устанавливается в Западной Европе, Северной Америке и Австралии и характеризуется низкой смертностью и низкой рождаемостью населения. По данным Иванова С.Ф. (2013) [36, с.336], за последующие десятилетия постпереходный этап завершили Япония, бывший СССР, за исключением стран Средней Азии, включая Кыргызстан, а также Китай, Алжир, Иран и ряд других развивающихся государств. Ионцев В.А. (2007) [41, с.256] считает, что периодизация демографического перехода соответствует трем крупным (общество историческим этапам развития человечества присваивающей первобытное общество, аграрное И индустриальное). ЭКОНОМИКИ или Вишневский А.Г. (2014) [13, с.6] также, исходя из исторических трендов показателя рождаемости, предложил выделять три типа воспроизводства

населения: архетип, традиционный и современный. При первом типе высокая младенческая смертность восполнялась более высокой рождаемостью. Число выживших детей было небольшим, в среднем 2 на одну женщину. Это являлось основной причиной постоянства численности населения в примитивном обществе. Переход от одного к другому типу воспроизводства населения был обусловлен факторов возрастанием роли внутренних управления рождаемостью и снижением роли внешних факторов. Замена архетипа воспроизводства населения его новым историческим типом ознаменовала, по мнению Вишневского А.Г. (1982) [11, с.287], первую демографическую революцию. Состоялся переход от почти полной неизменности численности населения к её росту. Смена архетипа совпала с переходом от эпохи палеолита к неолиту, произошедшим примерно 10 тысяч лет назад. Традиционный тип воспроизводства населения существовал до конца XVIII века в Европе, а в значительной части мира он сохраняется до настоящего времени. Основные черты этого типа воспроизводства населения неразрывно связаны с аграрной экономикой и соответствующими общественными отношениями и культурой. Смена традиционного типа воспроизводства на современный считается второй демографической революцией, обусловленной началом капиталистического способа производства. В этот период произошли радикальные перемены в хозяйстве, промышленности, торговле и сельском утвердилась буржуазии. В XVIII-XIX веках социально-экономическое развитие, прежде всего, в Европе привело к коренным изменениям в структуре причин смертности и её резкому снижению, что нарушило демографическое равновесие. Устанавливалась свобода выбора человека не только экономическом отношении, но и во всех сферах жизни (религия, брак и др.) (Вишневский А.Г., 1982) [11, с.287]. Традиционное репродуктивное поведение было обусловлено потребностями обеспечить демографическое воспроизводство Эти потребности условиях высокой смертности. реализовывались через социальную поддержку высокой рождаемости, в том числе, через запрет на контрацепцию и аборты. Индустриализация государства

значительно сокращает уровень смертности, что подрывает общественную целесообразность многодетности и создает предпосылки для снижения рождаемости (Иванов С.Ф., 2017) [37, с.6].

Классификация демографического перехода, основанная на фазном развитии процесса, была разработана ООН (UN, 2009) [328, p.534]. Согласно данной классификации выделяются 4 фазы демографического перехода. Первая фаза демографического перехода, которая к середине XX века была завершена в развитых странах, сопровождалась уменьшением показателя смертности, которое опережало снижение показателя рождаемости, в результате чего естественный прирост населения увеличивался до наибольшего значения. Во второй фазе смертность продолжает снижаться и достигает наименьшего значения, но рождаемость уменьшается еще быстрее, поэтому прирост населения постепенно замедляется. Для третьей фазы характерно повышение смертности, обусловленное старением населения, и одновременное замедление снижения рождаемости. К концу третьей фазы рождаемость приближается к уровню простого воспроизводства населения, а смертность остается ниже этого уровня, так как возрастная структура еще не стабилизирована и имеется повышенная доля возрастных групп с низкой смертностью. Наконец, в четвертой фазе показатель смертности повышается, сближаясь с показателем рождаемости, и процесс демографической стабилизации завершается. По прогнозам ООН (UN, 2009) [328, p.534], стабилизация произойдет при средней в 74,8 продолжительности жизни (СПЖ) населения лет, фертильности – в 2,08 детей на одну женщину и при равных показателях рождаемости и смертности – 13,4 на 1000 населения. Исходя из предложенной ООН классификации о фазном течении демографического процесса, вполне логичным являются последующие 5-я, 6-я и т.д. фазы. Поэтому весьма обоснованно Rosset E. (1980) [303, p.61] считает, что после четвертой фазы наступит пятая фаза, характеризующаяся регрессом численности населения изза резкого падения рождаемости, что не совпадает с прогнозом ООН (2009) [328, р.534] о демографической стабилизации.

Международный валютный фонд (МВФ) (IMF, 2019) [215, p.35] предложил классификацию стадий демографического перехода в зависимости от уровня фертильности и смертности, а также доли работоспособного населения по отношению к детям и пожилым лицам. Первая – это стадия, предшествующая демографическому переходу, которая характеризуется высокими уровнями фертильности, смертности, демографической нагрузки детьми и небольшой долей работоспособного населения. В данной стадии находятся некоторые страны Африки ниже Сахары. Во второй (переходной) стадии начинается сокращение фертильности, но она относительно высока, а доля работоспособного населения может достигнуть пика в ближайшие десятилетия (Индия, Индонезия, Мексика, Саудовская Аравия, ЮАР). Третья – продвинутая стадия, при которой благодаря значительной работоспособного населения по отношению к детям и пожилым лицам страна начинает получать демографический дивиденд (Аргентина, Бразилия, Китай, Турция). Четвертая – это поздняя стадия демографического перехода. Она характеризуется снижением доли работоспособного населения, ускоренным старением населения и завершением первого демографического дивиденда (Австралия, Великобритания, Германия, Испания, Италия, Канада, РФ, США, Франция, Южная Корея, Япония).

Caldwell J. (1976) [145, p.321] развил и сформулировал концепцию демографического перехода, основанную на следующих тезисах: 1) тип рождаемости экономически рационален во всех обществах и определяется особенностями экономических отношений в семье; 2) аграрная экономика основана на многочисленной семье, представляющей собой группу близких родственников, объединенную совместной экономической деятельностью и общими обязанностями; в такой семье «чистые потоки благ» направлены от младших поколений К старшим, что обусловливает экономическую целесообразность максимизации рождаемости; 3) индустриальная экономика лишает семью функции основной экономической ячейки общества; семья становится «ядерной», а «чистые потоки благ» в ней меняют направление, что

экономическую целесообразность бездетности; 4) предопределяет традиционная большая семья со свойственной ей типом рождаемости в принципе может адаптироваться к условиям индустриальной организации общественного производства. По мнению данного автора, в традиционном аграрном обществе дети рассматривались как дополнительные рабочие руки в хозяйстве. Поэтому рождение детей имело экономический смысл. Кроме того, большое количество детей являлось гарантией продолжения рода в условиях относительно высокой детской смертности. Наличие значительного числа детей было также единственной надёжной гарантией благополучной старости родителей отсутствия В условиях системы социального страхования/пенсионного обеспечения. Урбанизация и труд индустриального типа разрушают этот тип поведения и приводят к снижению рождаемости причём, чем больше поколений прожило в городе после миграции из деревни, тем ниже рождаемость (Caldwell J., 1976) [145, р.321]. В развитом индустриальном обществе дети должны длительное время учиться, чтобы получить квалификацию, соответствующую современным требованиям. Это приводит к их выключению из хозяйственной жизни семьи. Дети из помощников превращаются в обузу для взрослых (Иванов С.Ф., 2017) [37, с.6]. Родители вынуждены тратить своё время и финансовые средства для образовательного достижения детьми высокого уровня. Поэтому предпочитают вырастить лишь одного-двух «высококачественных» детей, так как большое количество детей в семье, как правило, отрицательно сказывается на их образовательном уровне и дальнейшей карьере. Кроме того, длительный период обучения способствует повышению среднего возраста женщины, рожающей первого ребёнка с 16 лет до 25 лет и старше. Практически все страны с высоким образовательным уровнем имеют низкие показатели рождаемости (Иванов С.Ф., 2017) [37, с.6].

Повышение независимости и образованности женщин является дополнительным фактором снижения рождаемости (UNFPA, 2015) [335, p.60]. Поскольку главная нагрузка по выхаживанию и воспитанию детей ложится на

женщин, они объективно не заинтересованы в многодетности. Система пенсионного обеспечения также способствует снижению рождаемости, так как люди перестают быть столь кровно заинтересованы в наличии большого количества потомков, помогающих в старости. Карлсон А. (2003) [45, с.247] считает, что система социального обеспечения, страхования и социальной поддержки возникла и распространилась в капиталистических странах как заменитель семьи. Поглощение семейных функций, прежде всего, образования и воспитания подрастающих поколений государственными институтами стало причиной не только упадка семьи, но и самой системы социального государства. Все разновидности существующей семейно-демографической политики в Европе имеют общие корни в основах государственности, представляющих собой смесь либерализма, социализма и капитализма (Cliquet R., 2004; Cheal D., 2008) [156, p.40; 151, p.192]. Во всех типах семейнодемографической политики нет стратегии рождаемости, направленной на рост и увеличение доли семей с тремя и более детьми (Антонов А.И., 2010) [5, с.134]. В социально-демократической или эгалитарной модели (скандинавские страны) провозглашается принцип равных возможностей для участия женщин на рынке труда и достижения ими своего максимального потенциала. В традиционной модели (Германия, Франция и некоторые другие страны) в отличии от эгалитарной модели обеспечивается финансовая поддержка семьи, а не участие на рынке труда. В этой модели один из родителей остается дома, заботясь о детях. В России в 1990-е годы отказ от советского протекционизма и патернализма под видом перехода к капитализму и рынку был взят курс на вариант либеральной политики, приведший к игнорированию какой-либо семейной политики. По мнению Антонова А.И. (2010) [5, с.134], в России эклектически сочетаются вышеуказанные модели демографической политики.

Разработаны также классификации демографического перехода без выделения его стадий (фаз) (Van de Kaa D., 1987; Lesthaeghe R., 1986, 2010; Ионцев В.А., 2007) [339, p.59; 240, p.9; 241, p.211; 41, c.256]. По мнению van de Kaa D. (2002) [340, p.34], в течение первого демографического перехода

происходила перестройка структуры смертности: большинство случаев смерти переместилось из детских в старшие возрастные группы, увеличилась СПЖ населения и стала повышаться экономичность воспроизводства населения. демографический Второй переход характеризовался изменением типа фертильности рождаемости И снижением ниже уровня простого воспроизводства. Van de Kaa (1987) [339, p.59] рассматривает второй ДП как результат общественного консерватизма движения сознания OT прогрессивности, при этом прогрессивность им понимается как толерантность и восприимчивость к новым ценностям и моделям поведения. Автор выделил четыре основных черты этого перехода: 1) от «золотого века» брака к его закату, широкое распространение юридически неоформленных совместной жизни и альтернативных форм семьи; 2) от ориентированной на детей модели семьи к индивидуалистической «зрелой» паре партнёров с одним ребёнком; 3) OT превентивной контрацепции, предназначенной ДЛЯ предотвращения рождений ранних детей, к сознательному планированию рождения каждого ребёнка; 4) от унифицированной модели семьи к её плюралистическим моделям.

Третий демографический переход основан на тенденциях изменения этнического состава населения, прежде всего, государств Западной Европы, путем замещения коренного населения, которое сокращается за счет сверхнизкой рождаемости, пришлым населением (Коулмен Д., 2007) [51, c.12].

Четвертый демографический переход базируется на учете таких процессов, как международная миграция и внебрачная рождаемость (Ионцев В.А., 2007) [41, с.256]. По данным Ионцева В.А. (2007) [41, с.256], в развитых странах, В числе, России, индустриально TOM демографический переход завершился в 1960-х годах, где основной стала модель простого воспроизводства населения. По мнению автора, постсоветские республики переживают третий и четвертый демографические переходы. Третий характерен для стран Центральной Азии, а четвертый – для России, Беларуси, Украины, стран Прибалтики, Армении и Грузии. Реэр Д. (2017) [79, с.41]

предложил подразделять демографический переход лишь на два этапа: поздний. При (ранний) и исторический этом автор вопреки распространенному мнению о том, что демографический переход является прямым следствием социальных и экономических перемен, считает, что именно демографический переход – ключевой фактор этих трансформаций. По мнению Реэр Д. (2017) [79, с.41], ранний демографический переход ознаменовался снижением смертности населения, начавшимся в середине-конце XVIII века в Западной Европе, затем в странах с европейскими корнями (США, Канада, Австралия, Новая Зеландия, Аргентина, Уругвай), что привело к увеличению численности населения. Несомненно также то, что спад смертности, сначала детской, затем младенческой, предшествовал снижению рождаемости. Ранний демографический переход в большинстве вышеуказанных стран стал ведущей причиной небывалой экономической и социальной модернизации. Однако демографический переход, охвативший развивающиеся страны, сопровождается экономическими трудностями, массовой миграцией населения, социальной и политической нестабильностью.

Вишневский А.Г. (1976, 1982) [10, с.7; 11, с.287] считает, что понятие «демографическая революция» шире нежели «демографический переход», поскольку этот процесс не просто увеличение или уменьшение тех или иных показателей, а возникновение нового качества, скачкообразный переход от старого качества к новому. Согласно точке зрения автора, демографическая революция является единством трех революций: в смертности, рождаемости и миграции. По прогнозам ООН (UN, 2009) [328, p.534], значительный прирост мирового населения до 2050 года произойдет численности развивающихся стран. К этому времени демографическая революция пройдет через вторую фазу во всех регионах мира, а в большинстве из них, за исключением Южной Азии и Африки, и через третью фазу и демографический взрыв завершится (Вишневский А.Г., 2014) [13, с.6]. По данным ООН (UN, 2009) [328, р.534], рождаемость стабилизируется на уровне, необходимом для простого воспроизводства населения (2,05-2,15 детей на одну женщину). Таким

образом, понятие «демографический взрыв» означает быстрый количественный рост численности населения Земли, начавшегося с 1950-х годов (Вишневский А.Г., 1976, 1982) [10, с.7; 11, с.287].

Все регионы мира проходят изменения от высоких уровней смертности и фертильности к низким их значениям. Однако существуют значительные различия по регионам и странам во временном и пространственном отношении. Вместе с тем, имеются общие закономерности, определяемые наукой, технологиями, экономикой, культурой, социальными и политическими процессами. Человеческая мечта о долгой и полноценной жизни является движущей силой демографических трендов. Наука и технологии обеспечивают инструментами по контролю демографических процессов, но их использование зависит от экономических и культурных условий.

В фундаментальном труде «Демографическая модернизация России, 1900-2000», изданного под редакцией А.Г. Вишневского [12, с.608] в 2006 году, указывается, что демографическая модернизация России является неотъемлемой частью всемирной демографической модернизации, глобального демографического перехода, начавшегося в Европе в конце XVIII века и в мировых масштабах не завершившегося до настоящего времени. До бывшего СССР теория демографического перехода дошла с большим опозданием только в 1970-х годах.

Снижение фертильности — ещё один важный аспект демографической ситуации в мире. Как отмечают Willekens F. (2014) [362, р.32], ключевой составляющей демографического перехода является изменение фертильности, которая признана универсальным феноменом, приводящим к прогрессу и экономическому развитию страны. К 2000 году в мире возросло число стран, в которых правительства считают необходимым влиять на темпы роста населения. В основном это произошло за счет развивающихся стран, в которых правительства высказываются в пользу снижения темпов демографического роста (Lee R., 2010) [237, р.159]. За последние 300 лет (1700-2000 годы) в результате более чем двукратного снижения фертильности (соответственно от 6

до 2,7 детей на одну женщину) произошло значительное увеличение СПЖ населения (соответственно от 27 лет до 65 лет) (табл. 1.1).

Таблица 1.1 – Глобальные тренды населения: оценки, расчеты и прогнозы

Годы	1700	1800	1900	1950	2000	2050	2100
Показатели							
СПЖ, лет	27	27	30	47	65	74	81
Фертильность, количество детей на 1 женщину	6	6	5,2	5	2,7	2	2
Количество населения, млрд. чел.	0,68	0,98	1,65	2,52	6,07	8,92	9,46
Прирост, %	0,5	0,51	0,56	1,8	1,22	0,33	0,04
Количество населения до 15 лет, %	36	36	35	34	30	20	18
Количество населения старше 65 лет, %	4	4	4	5	7	16	21

Источник: Lee R., 2010 [237, p.159]

К 2100 году, согласно прогнозам, данный показатель возрастет до 81 лет, а численность населения составит 9,46 млрд. человек. К этому времени количество населения в возрасте до 15 лет сократится до 18%, а численность населения в возрасте 65 лет и старше возрастет до 21%, при этом доля трудоспособного населения составит 61% (Lee R., 2010) [237, p.159].

Приблизительно половина населения мира живет в странах, в которых фертильность ниже уровня простого воспроизводства, равного 2,1 ребенка на одну женщину. Фертильность сокращается с повышением уровня образования и доходов, что, в свою очередь, способствует выживанию детей благодаря как улучшению здоровья матерей, так и возможности выделять больше семейных ресурсов на каждого ребенка. Снижение фертильности также объясняется доступом к контрацептивам (Клум Д., 2016) [46, с.6]. Главная особенность демографического воспроизводства России 1990-х годов состоит в возникновении феномена естественной убыли населения, прогнозируемой на длительный период. В результате данного процесса РФ потеряла 11 млн.

человек и продолжает терять ежегодно около 700 тыс. человек. Этот негативный процесс сопровождается снижением и качественных характеристик населения, включающих, как минимум, три компонента: здоровье, образовательный и интеллектуальный ресурс и социокультурную активность. В связи с падением рождаемости и ростом смертности, в стране интенсивно снижается численность детей. «Поле детства», его человеческий и социальный потенциал сжимаются как «шагреневая кожа» (Римашевская Н.М., 2007) [81, с.1]. Новация российской демографической политики – материнский капитал – стала частью всей системы мер семейной политики. Это – типичная форма бонуса/премии. В России от нее ожидают высокой единовременного демографической отдачи, но, с точки зрения долгосрочного влияния на рождаемость, подобные меры относятся международным экспертным сообществом к числу наименее эффективных (Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008) [33, с.208]. Действительно, согласно прогнозам Росстат (2024) [82, с.2], количество родившихся детей в стране сократится от 1,94 млн. в 2015 году до 1,24 млн. в 2023 году и до 1,14 млн. в 2026 году.

Демографическое поведение — это система взаимосвязанных действий или поступков, направленных на изменение или сохранение демографического статуса. Оно включает действия, связанные с воспроизводством населения (брачное и репродуктивное поведение), миграцией населения (миграционное поведение) и отношением к своему здоровью (самосохранительное поведение) (Ионцев В.А., 2007) [41, с.256]. По мнению Вишневского А.Г. (2006) [12, с.608], первые признаки кардинальных изменений в брачном и репродуктивном поведении, в последующем приведших к сокращению фертильности, стали отмечаться во второй половине 1960-х годов в США, Канаде и странах Скандинавии. В 1970-х годах к ним присоединились вся Западная Европа, Австралия, Новая Зеландия, Япония, Венгрия, Чехословакия и Югославия. В 1980-х годах процесс охватывает Испанию, Грецию, Португалию, ГДР, Польшу и Болгарию. Лишь в первой половине 1990-х годов в данный процесс

вовлекаются РФ, Украина, Белоруссия, Молдавия, Закавказские республики и страны Балтии.

В начале XX века уровень рождаемости в России был одним из самых высоких среди крупных стран мира. Через 100 лет РФ оказалась в числе стран с самой низкой рождаемостью (Вишневский А.Г., 2006) [12, с.608]. Митрофанова Е.С. (2011) [63, с.519] отмечает, что с изменением экономического и политического режимов в России после 1991 года значительно ускорилось видоизменение института брака и семьи, формирование новых моделей репродуктивного, брачного и сексуального поведения. Нынешняя молодежь, родившаяся и получившая социализацию в новой России, имеет иную ценностную базу по сравнению с поколениями советского периода. К концу ХХ века в России ослабело государственное регулирование личной и семейной жизни, постепенно ушло в прошлое влияние факторов, обязывавших официальную регистрацию брака и его расторжение. По мнению Вишневского А.Г. (2006) [12, с.608], отход от традиционной модели брака в России, начавшийся в 1990-е годы, свидетельствует о том, что внебрачные сожительства стали приемлемой социальной нормой. Демографическая драма, которая наблюдается в России, по мнению Аганбегяна А.Г. (2017) [2, с.4], проявляется сокращением численности женщин фертильного возраста. В 2017-2030 годах их число снизится с 17 до 11 млн. человек, что приведет к резкому сокращению рождаемости. Это, в свою очередь, станет причиной депопуляции, вновь начавшейся в России в 2017 году. Резко меняется возрастной состав, проявляющийся снижением численности трудоспособного населения (до 5-10 млн. человек), что негативно отразится на экономической ситуации в стране. Некоторое улучшение демографических показателей в России сменилось неустойчивостью их динамики в период стагнации и рецессии. Из-за неясности социально-экономического развития многие откладывают рождение детей.

Таким образом, к настоящему времени разработаны классификации демографического перехода с выделением стадий и без таковых. Поэтому, на наш взгляд, при анализе этапов (стадий) демографического перехода в том или

ином регионе (государстве) важно учитывать классификацию, которую используют авторы исследования. Мы придерживаемся демографического перехода с выделением и без выделения стадий. В частности, на наш взгляд, важна классификация Международного валютного фонда с выделением стадий, поскольку она включает долю трудоспособного прогнозировать населения, которая позволяет возможность получения демографического дивиденда. Демографические переходы без выделения стадий также важны, потому что они показывают влияние миграционных процессов и изменения этнического состава населения, что весьма ценно при разработке демографической политики в стране.

Демографические переходы такие, как тренды в рождаемости и смертности, напрямую влияют на эпидемиологические переходы, изменяя распространение и структуру заболеваний населения. Поэтому, наряду с демографическими трансформациями происходит эпидемиологический переход.

## 1.3. Эпидемиологические переходы: теории и классификации

Теория эпидемиологического перехода, впервые разработанная Omran A. [282, р.509] в 1971 году, основана на изменениях показателей рождаемости, смертности от различных причин (инфекций, недостаточности питания, неинфекционных заболеваний) и СПЖ населения, произошедших в процессе модернизации в таких странах, как Англия и Уэльс, Швеция, Цейлон, Чили, Япония. На основе динамики этих показателей автор выделил три последовательные стадии эпидемиологического перехода. Первую стадию Omran A. охарактеризовал как эру мора и голода, когда СПЖ людей составляла 20-40 лет. Основными причинами смертности были эпидемии инфекций и недоедание. Вторая стадия — это отступление пандемий, приведшее к

увеличению СПЖ населения до 50 лет. Третья стадия — это рост дегенеративных и «рукотворных» заболеваний таких, как болезни системы кровообращения и рак, а также внешних причин (ДТП, несчастные случаи и др.). На этой стадии продолжается снижение смертности от инфекций, налаживается эффективный контроль неинфекционных заболеваний (НИЗ), что сопровождается увеличением СПЖ населения до 70 лет.

Эпидемиологический переход, наблюдавшийся в Англии и Уэльсе с 1790 года по 1970 год, Omran A. (1971) [282, р.509] назвал классической или западной моделью. В течение почти двух столетий показатель рождаемости (около 40 на 1000 населения в 1790 году и около 25 на 1000 населения в 1970 году) в Англии и Уэльсе превышал показатель смертности (около 30 на 1000 населения в 1790 году и 20 на 1000 населения в 1970 году). Это привело к существенному росту численности населения от менее 10 млн. человек до более 40 млн. за анализируемый период. Динамику вышеуказанных показателей в Японии автор охарактеризовал как ускоренную модель эпидемиологического перехода. С 1870 года по 1950 год показатель рождаемости в Японии находился на высоком уровне (более 30 на 1000 населения) и к 1960-1970 годам упал до 15-18 на 1000 населения. Показатель смертности был высоким (более 20 на 1000 населения) в 1870-1930 годы, резко снизившись до менее 10 на 1000 населения к 1970 году. Эти изменения сопровождались ростом численности населения Японии от 40 млн. человек в 1900 году до 100 млн. в 1970 году. Современная или отсроченная модель эпидемиологического перехода, по данным Omran A. (1971) [282, p.509], была свойственна таким развивающимся странам, как Цейлон (ныне Шри-Ланка) и Чили. Показатель рождаемости в Цейлоне сохранялся на высоком уровне (40 на 1000 населения) длительное время с 1900 года по 1950 год, сократившись до 30 на 1000 населения в 1970 году. Смертность в стране снизилась от более 30 на 1000 населения в 1900 году до менее 10 в 1970 году. Эти тренды привели к увеличению численности населения Цейлона от 4 млн. человек в 1920 году до почти 12 млн. в 1970 году. Примерно сходная динамика указанных показателей отмечалась в Чили. Omran

А. (1971) [282, р.509] на основе своих фундаментальных исследований выделил детерминантов три категории эпидемиологического перехода: экобиологические, 2) социально-экономические, политические и культурные и 3) успехи медицины и здравоохранения. По мнению Omran A., взаимосвязь между эпидемиологическими и социально-экономическими трансформациями является комплексным. Эпидемиологический переход происходит главным образом за счет улучшения экобиологических и социально-экономических факторов как в развитых странах или внедрения современных программ здравоохранения в развивающихся государствах. Снижение смертности от инфекций и улучшение выживаемости детей в последующем сопровождается ростом доли трудоспособной части населения, приводящего в свою очередь к экономическому процветанию. Olshansky S., Ault A. (1986) [280, p.355] на базе статистических данных в США с 1980-х годов и прогнозам по динамике СПЖ населения до 2020 года выделили четвертую стадию эпидемиологического перехода, назвав её как стадию отсроченных дегенеративных заболеваний, то есть, когда благодаря новым медицинским технологиям и улучшенным программам здравоохранения смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) старческие Пятая смещается В пожилые И годы. стадия эпидемиологического перехода связана с достижением желанного качества жизни, равенством, развитием и социальной справедливостью для всех. Но данная стадия также характеризоваться парадоксальной может хронической заболеваемостью, продолжительностью жизни, нетрудоспособностью, изоляцией и снижением социального статуса (Defo B., 2014) [170, p.10]. Olshansky S. et al. (2005) [281, p.1138] предложили назвать пятую стадию эпидемиологического перехода как стадию новых и возвратных инфекций, эпидемии ВИЧ/СПИД, Horiuchi S. (1999) [210, p.54] – как замедление старения населения, а Gaziano J. (2005) [192, р.7] – как эру физической гиподинамии и ожирения.

Таким образом, суть эпидемиологического перехода состоит в том, что по достижении тем или иным обществом определенного, достаточно высокого

уровня развития начинается быстрая, по историческим меркам, смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим её типом, одной структуры заболеваемости и причин смертности – другой (Вишневский А.Г., 2006) [12, с.608].

Согласно недавним сведениям Blacher J. et al. (2016) [131, p.530], эпидемиологический переход начался около 10000 лет назад и продолжался до XVIII-XIX веков, характеризуясь постепенным снижением смертности населения от голода и пандемий. В середине XIX и начале XX веков основными причинами смертности населения Европы являлись инфекционные заболевания (чума, холера, туберкулез, тифы). Число умерших мужчин на 1000 родившихся в Англии и Уэльсе от инфекционных и паразитарных болезней в 1821 и 1901 годах достигало соответственно 229,7 и 165,8, а от туберкулеза – соответственно 109,5 и 77,4. В то же время смертность от рака в 1861 году была очень низкой (14,0 на 1000 родившихся), также как и от болезней системы кровообращения (БСК) (124,3/1000), но очень высоким было число умерших от прочих и неустановленных причин (450,4/1000) за счет плохой диагностики заболеваний (Preston S., Nelson V., 1974) [299, p.145]. К 1964 году эпидемиологическая ситуация радикальным образом изменилась. Смертность от инфекционных/паразитарных заболеваний и туберкулеза в Англии и Уэльсе снизилась до минимума соответственно до 9,8 и 5,9 на 1000 родившихся, а смертность от БСК и рака резко возросла соответственно до 497,4 и 201,1. За счет улучшения диагностики заболеваний в 4 раза снизилась смертность от прочих и неустановленных причин (от 450,4 в 1861 году до 113,4 на1000 населения в 1964 году) (Preston S., Nelson V., 1974) [299, p.145].

В США и некоторых западноевропейских странах первая стадия эпидемиологического перехода отмечалась до 1870-1874 годах, вторая стадия этого процесса наступила в Великобритании, Исландии, Нидерландах, Финляндии и Швеции в 1910-1914 годах, в Германии – в 1930-1934 годах. Эти страны вошли в третью стадию эпидемиологического перехода в 1950-1954 годы. Япония находилась в первой стадии до 1935-1939 годах и вступила во

вторую стадию в 1950-1954 годы. Перечисленные страны находятся в четвертой стадии эпидемиологического перехода с 1990-1994 годов, Бразилия – с 2000-2004 годов, Вьетнам и Мексика – с 2005-2009 годов (Burnley I., Rintoul D., 2002; Coste J. et al., 2006; Mansur P. et al., 2009; Moraes S. et al., 2009) [144, p.545; 164, p.945; 250, p.506; 266, p.589].

Что касается республик бывшего СССР, то они не вошли в четвертую эпидемиологического перехода, есть, TO стадию отсроченных дегенеративных заболеваний и потеряли годы продолжительности жизни в результате социального и экономического кризиса (Defo B., 2014) [170, p.10]. С 1960 года эпидемиологический переход в разной степени наблюдался в различных этнических группах населения и республиках бывшего СССР. В целом этот процесс характеризовался снижением смертности от инфекционных заболеваний и ростом смертности от НИЗ, то есть, переходом со второй в третью стадию эпидемиологического перехода. СПЖ населения бывшего СССР в 1960-1970-х годах оставалась стабильной, а с 1990 года началось её резкое снижение (Tulchinsky T., Varavikova E., 1996) [323, р.313]. Поэтому в большинстве постсоветских республик была констатирована незавершенность эпидемиологического перехода, а также обратный эпидемиологический переход (Вишневский А.Г., 2006; Семенова В.Г., 2005) [12, с.608; 87, с.235].

Как и в классификациях демографических переходов, описаны эпидемиологические переходы без подразделения на стадии. Так, Barrett R.et al. (1998) [125, р.247] дополнили первый и второй эпидемиологические переходы, третьим, подразумевая под ним появление новых и возврат «старых» инфекций, формирование резистентности к антибиотикам. Вишневский А.Г. (2015) [14, с.6] отмечает, что при первом эпидемиологическом переходе или первой эпидемиологической революции был установлен эффективный контроль над инфекционными заболеваниями и, что, тоже самое может быть достигнуто в отношении НИЗ, несчастных случаев и других предотвратимых состояний в ходе второго эпидемиологического перехода (второй эпидемиологической революции). В большинстве развитых странах вторая эпидемиологическая

революция стала реальностью (Milton T.,1976) [263, p.1155]. Вместе с тем, в этих странах БСК постепенно замещаются онкологическими и психическими заболеваниями, которые становятся доминирующей причиной смертности населения (Meslé F., Vallin J., 2011) [261, p.9].

Frenk J. et al. (1991), Caldwell J., Caldwell P. (1991) [188, p.21; 146, p.3] предложили понятие «переход в здравоохранении» (health transition) как более широкое определение, охватывающее организованный ответ системы здравоохранения на долговременные изменения в здоровье населения. Первую стадию перехода в здравоохранении Vallin J., Mesle F. (2004) [338, p.11] рассматривают как эпидемиологический переход по Omran A. (1971) [282, р.509], «кардиоваскулярную революцию» – как вторую стадию, а замедление старения населения – как третью стадию этого процесса. «Кардиоваскулярная революция» началась в 1970-х годах в Западной Европе, Северной Америке и Японии в результате внедрения эффективных методов лечения и профилактики факторов риска и привела к существенному снижению смертности от БСК. Например, если в 1980 году 40% больных инфарктом миокарда умирали в течение года, то в последующие годы данный показатель снизился до 5% (Weisfeldt M., Zieman S., 2007) [345, p.25]. Физическая активность, прекращение курения и здоровая диета способствовали снижению риска смерти от БСК (Olshansky S. et al., 2005) [281, p.1138].

Значительный рост СПЖ населения на глобальном уровне в XX веке основаниями ОНЖОМ co всеми рассматривать как триумф систем здравоохранения (Вишневский А.Г., 2015) [14, с.6]. На протяжении всей человеческой истории этот показатель почти никогда не превышал 35 лет, а в современных условиях в некоторых странах с высоким доходом он повысился до 80 лет и более (ОЕСО, 2017) [275, р.1]. Эпидемиологический переход, как было изложено выше, начался в странах Западной Европы, а во второй половине XX века он превратился в глобальный процесс и распространился практически на все страны мира (Иванов С.Ф., 2017) [37, с.6]. Прежде всего, резко снизилась младенческая смертность. В середине XIX века в европейских

странах на первом году жизни умирало 150, 200, а иногда и 300 из 1000 родившихся детей (Сови А., 1977) [90, с.497]. К концу ХХ века в большинстве европейских стран этот показатель упал ниже 10, а в некоторых государствах даже ниже 5 на 1000 живорожденных детей (ОЕСД, 2015) [274, р.1]. В России в 1901 году младенческая смертность составляла 299 на 1000 живорожденных детей (Новосельский С.А., 1916) [74, с.243]. В 2014 году данный показатель упал 7,4 1000 живорожденных детей (Федеральная служба государственной статистики, 2016) [94, с.1]. По данным ВОЗ (2014) [19, с.16], известно, что, чем выше расходы здравоохранения, тем ниже показатель младенческой смертности. Это, особенно, показательно на примере Турции, которая, увеличив финансирование системы здравоохранения в 3 раза за 10 лет (2002-2012 годы), добилась сокращения показателя младенческой смертности в 4 раза. Общие расходы здравоохранения в Турции увеличились от 190 долларов США на душу населения в 2002 году до 568 в 2012 году. В результате младенческая смертность сократилась от 40 на 1000 живорожденных детей в 2002 году до 10 в 2012 году (OECD Health Statistics, 2015) [275, р.1].

В бывшем СССР и странах Восточной Европы отмечался длительный период стагнации и даже ухудшение эпидемиологической ситуации. И лишь в 1990-х годах в Восточной Европе началось снижение смертности от БСК (Willekens F., 2014) [362, р.32]. По мнению Meslé, F., Vallin J. (2011) [261, р.9], это отставание в уменьшении показателя смертности было обусловлено поздним внедрением новых технологий в лечении и профилактике БСК. Leon D. (2011) [239, р.1] отмечает, что некоторые страны очень быстро принимают новые технологии и более активно внедряют программы профилактики БСК и формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) (кампании по прекращению курения, здоровому питанию и т.д). Значительное увеличение национальных расходов здравоохранения в середине 1990-х годов позволило улучшить контроль гипертонии, снизить частоту курения и потребления алкоголя, что привело к уменьшению смертности от БСК в Дании, Нидерландах и Швеции (Savedoff W., 2007; Mackenbach J., Garssen J., 2010) [308, р.962; 247, р.369].

Несомненно важная роль в трансформации эпидемиологической ситуации, в частности, динамике СПЖ населения, принадлежит социально-экономическим факторам (образование, доходы домохозяйств). Так, в Нидерландах мужчины и женщины, получавшие на одного члена семьи менее 14000 евро (низкий доход) в 2006 году, имели продолжительность жизни на 7 лет короче по сравнению с домохозяйствами с доходом на одного члена семьи более 28000 евро (высокий доход) (Knoops K., van den Brakel M., 2010) [228, p.17]. Снижение социальноэкономического неравенства имеет критически важное значение ДЛЯ уменьшения смертности от БСК и других причин смертности среди бедного населения (Willekens F., 2014) [362, p.32]. По данным Kibele E. et al. (2013) [224, р.453], в Германии мужчины в возрасте 65 лет и старше с высоким уровнем пенсии могут прожить дополнительные 20 лет, в то время как мужчины этого же возраста с небольшой пенсией менее 15 лет. В стране СПЖ увеличивается во всех социальных классах, но очень медленно среди мужчин с небольшой пенсией.

Доля государственных расходов здравоохранения в странах Запада составляет 6-8% от ВВП (ОЕСD, 2017) [275, р.1]. К этому уровню финансирования приближаются государства Восточной Европы: Венгрия, Польша, Словакия, Словения, Чехия и Хорватия — 5-7% ВВП. Политические лидеры в этих странах завоевывают или теряют свои позиции во многом в зависимости от способности сформулировать ясную стратегию развития здравоохранения и обеспечить его приоритетное финансирование. В 2021 году государственные расходы здравоохранения превысили 9% ВВП в Австрии, Великобритании, Германии, США, Франции, Швеции и Японии (World Bank, 2024) [376, р.1]. В России данный показатель был низким (2,9-3,6% от ВВП) в течение последних десятилетий, но в 2021 году повысился до 5,26% (Кузьминов Я. и соавт., 2006) [54, с.3]. Касаясь проблем финансирования российского здравоохранения, важно отметить, что еще в период СССР оно, начиная с 1960-х годов, начало осуществляться по остаточному принципу. Государственные расходы здравоохранения в бывшем СССР составили в 1970

году 50 рублей, а в 1986 году – 85 рублей на душу населения, а в странахчленах ОЭСР в 1985 году данный показатель в среднем достигал 848 долларов США. Если условно соотношение рубля к доллару принять 1 к 1, то государственное финансирование здравоохранения в бывшем СССР в 1986 году было в 10 раз ниже, чем в среднем в государствах-членах ОЭСР. Доля финансирования сектора здравоохранения от общегосударственного бюджета в бывшем СССР также неуклонно снижалась: 1960 год - 6,6%, 1970 год - 6,1%, 1980 год – 5% и 1985 год – 4,6%. А в 1993 год в России данный показатель упал до 3,5% (Росстат, 2012) [82, с.1]. В Германии в эти же десятилетия доля расходов здравоохранения в общегосударственном бюджете превышала 10%, а в 2014 году достигла 20% (ОЕСД, 2015) [274, р.234]. Обладая столь низкими по сравнению со странами Запада финансовыми ресурсами, бывший СССР по обеспеченности врачебными кадрами в 1980-1990 годах занимал первое место в мире. В 1990 году количество врачей на 1000 населения в бывшем СССР составляло 4,5 и было в два раза больше по сравнению с Канадой (2,2) и почти в три раза, чем в Германии (1,6). Коечный фонд на 10 тыс. населения в бывшем Советском Союзе возрос от 80 в 1960 году до 132 в 1990 году, а в США снизился соответственно от 90 до 50, также как и в Италии – соответственно от 90 до 70 (WHO, 2012) [351, p.1]. Из этих данных следует, что страны Западной Европы, США, Канада и другие, в отличие от бывшего СССР, избрали иной путь развития систем здравоохранения, а именно, они не стали наращивать число больничных коек и врачебного персонала, а уделили большое внимание профилактике факторов риска НИЗ. При этом, как было отмечено выше, они резко увеличили государственные расходы здравоохранения, которые в среднем в странах ОЭСР увеличились от 2,4% ВВП в 1960 году до 5,7% в 1985 году (ОЕСО, 2007) [273, р.218]. В 2010 году данный показатель возрос в Великобритании и США до 7%, а в Канаде – до 8% ВВП. Благодаря колоссальным инвестициям в системы здравоохранения, прежде всего, за счет 5%  $BB\Pi$ ) государственных средств (более государства-члены ОЭСР обеспечили радикальное сокращение смертности от НИЗ и, прежде всего, от

БСК, совершив «кардиоваскулярную революцию» (WHO, 2012) [351, р.1]. РФ отстала в этом историческом процессе, поскольку за последние 50 лет не добилась успеха в снижении смертности среди взрослого населения (Вишневский А.Г. и соавт., 2015) [14, с.6]. В ЕС наблюдалось устойчивое сокращение стандартизированного по возрасту показателя смертности (СВПС) от БСК от 460 на 100 тыс. населения в 1980 году до 220 в 2010 году, а в России отмечался рост от 700 на 100 тыс. населения в 1980 году до 908 в 2005 году и до 800 в 2010 году) (WHO, 2012) [351, р.1]. По мнению Реtrukhin I., Lunina E. (2012) [291, р.436], ухудшение здоровья населения России каждый раз совпадало со снижением государственных расходов здравоохранения.

профилактике хронических НИЗ важнейшее имеет значение самосохранительное поведение, которое определяется как целенаправленные действия человека на самосохранение в течение всей жизни (Антонов А.И., 1986) [5, с.131]. Эпидемиологический переход в России начался позднее, чем в большинстве западных стран, и испытал сильное тормозящее действие многих исторических потрясений, столкнулся c социокультурной необходимым неподготовленностью переменам части населения К (Вишневский А.Г., 2006) [12, с.608].

Эпидемиологическому переходу в Кыргызстане посвящены лишь труды Гийо М. и соавт. (2004, 2011) [28, с.32; 29, с.148], в которых утверждается, что республика находилась в третьей стадии данного процесса в 1920-1960 годах. глубоко ошибочным считаем данный тезис И ниже приведем соответствующие доказательства. Верификация точной стадии эпидемиологического перехода важна для разработки надлежащей социальноэкономической политики, особенно в сфере здравоохранения и образования.

## 1.4. Демографические дивиденды как важнейшие факторы экономического и социального развития государств

Демографический дивиденд (ДД) возникает в результате изменений возрастной структуры населения, которые зависят от динамики трех основных компонентов: фертильности, смертности и миграции (Bloom D. et al., 2003; Bohl D. et al., 2016) [132, p.107; 136, p.137]. Согласно определению Фонда народонаселения ООН (UNFPA, 2016) [336, p.1], демографический дивиденд – это потенциальный экономический рост в результате изменения возрастной структуры населения, при котором доля работоспособного населения (15-64 лет) превышает долю неработающих (0-14 лет и 65 лет и старше). К настоящему времени выделены три вида демографического дивиденда. Первый демографический дивиденд является прямым и немедленным следствием роста доли работоспособной части населения. Он продолжается несколько десятилетий и приводит к экономическому росту и улучшению жизненных стандартов населения. Второй демографический дивиденд возникает, когда изменения возрастной структуры населения, а именно, снижение фертильности и смертности создают условия для накопления сбережений и увеличивают инвестиции в человеческий (здравоохранение и образование) и физический капитал (Ли Р., Мэйсон О., 2006; Cruz M., Ahmed S., 2016) [56, c.16; 166, p.37]. Первый и второй демографические дивиденды тесно взаимосвязаны между собой и могут суммироваться. На примере большинства стран мира показано, что вклад первого демографического дивиденда составил от 9,2% до 15,5% экономического роста на душу населения в течение 1960-2000 годов. Второй демографический дивиденд охватывает эффекты инвестиций в человеческий и физический поэтому более капитал, является значительным продолжительным по времени (Pool I., 2007; Mason A., Kinugasa T., 2008; Mason A. et al., 2017) [297, c.28; 253, p.389; 255, p.45]. Комбинированный эффект первого и второго демографических дивидендов составил 42% экономического

роста в Азиатско-Тихоокеанском регионе в 1970-2010 годах (UNDP, 2016) [333, p.307].

Третий демографический дивиденд является следствием вклада иммигрантов, инвестиций в систему здравоохранения, укрепления здоровья пожилых людей, профилактики и формирования здорового образа жизни на протяжении всего жизненного цикла людей.

Демографическое «окно возможностей» для первого демографического дивиденда, по данным ООН (United Nations, 2003) [327, p.1], открывается и продолжается 30-40 лет, когда доля трудоспособного населения высока, благодаря тому, что доля детей до 15 лет меньше 30%, а доля лиц в возрасте 65 лет и старше ниже 15%. По данным Mason A. (2005) [252, p.81], первыми стали получать демографический дивиденд индустриальные государства с начала 1970-х и до конца 1990-х годов (в среднем 29,7 лет). В группе стран с переходной экономикой данный процесс стартовал в конце 1970-х и начале 1980-х годов и продолжался до 2010-2015-х годов (в среднем 33,6 лет). Латинская Америка, Ближний Восток и Северная Африка пожинали демографический дивиденд с середины 1970-х годов до 2020 года. В Юго-Восточной Азии демографический дивиденд, начавшись в конце 1970-х годов, продлится до 2020-2025 годов, то есть, его продолжительность достигнет 52,3 лет. Наиболее продолжительным демографический дивиденд будет в Южной Азии с середины 1980-х годов до 2045-2050 годов. Позже всех регионов мира демографический дивиденд наступил в Африке ниже Сахары (конец 1990-х годов). Данный процесс продлится в регионе до 2050 года. По данным Majdzinska K. (2011) [248, p.123], в большинстве государств-членов ЕС «окно возможностей» для получения демографического дивиденда открылось до 1960 года и закрылось до 2000 года. Только в Кипре, Люксембурге и Словакии ожидалось закрытие демографического дивиденда в 2020 году, а в Ирландии оно произойдет в 2025 году.

Исторический опыт свидетельствует о том, что страны, первыми вступившие в демографический переход, получили наибольшую выгоду в

плане экономического и социального развития. Так, высокая фертильность в 1930-1940-х годах в Японии обусловила быстрый рост доли работоспособной части населения в 1950-1960-х годах, и это привело к «золотой эре» в 1970-1980-х годах. Эффективное страны В сотрудничество экономике индустрии, высокообразованные мотивированные правительства И И человеческие ресурсы с фокусом на технологии и низкие расходы на оборону (1% от ВВП) внесли огромный вклад в успех экономики Японии (Bloom D. et al., 2003) [132, p.107]. Однако в последующие десятилетия устойчиво низкий уровень фертильности стал причиной сокращения доли работоспособной части населения и, соответственно, застоя в экономике (Foot D., 2014) [186, p.6]. «Экономическое чудо» в Восточной Азии, произошедшее в 1960-1990-х годах, в значительной степени было обусловлено падением общей демографической нагрузки от 76,4 иждивенцев (лица в возрасте 0-14 лет и 65 лет и старше) на 100 работающих (15-64 лет) в 1965 году до 37,7 – в 2010 году (Medina E., Chager S., 2015 [260, c.22].

Демографический дивиденд представляет собой возможность обеспечения быстрого роста доходов и снижения бедности. Однако данный феномен не возникает автоматически (Mason A., 2005; Gribble J., 2012) [252, с.81; 202, р.154]. Его катализатором являются политика и программы, направленные на снижение младенческой и материнской смертности, а ускорить его получение могут меры, способствующие снижению фертильности, а именно, расширение доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и охране репродуктивного здоровья женщин, повышение доступности образования девочек. Положительный эффект ДЛЯ демографического дивиденда также зависит от 4 факторов: гражданских институтов, хороший инвестиционный климат, надлежащая инфраструктура и использование инноваций (Клум Д., 2016) [46, с.6]. По данным Gribble J. (2012) [202, p.154], наибольший демографический дивиденд получили «Азиатские тигры» (Индонезия, Малайзия, Сингапур, Таиланд и Южная Корея). Эти государства в 1960-1970 годы резко сократили

фертильность и благодаря значительному увеличению доли населения трудоспособного возраста в 1965-2000 годах достигли впечатляющих успехов в экономическом развитии посредством продуманных мер политики в сфере образования и здравоохранения, устойчивого макроэкономического управления и эффективного взаимодействия со странами региона и мира. В целом продолжительность демографического дивиденда в странах Восточной Азии составила 50-75 лет (Bloom D. et al., 2003) [132, p.107]. Доля работоспособной части населения в этом регионе увеличилась от 57% в 1965 году до 68% в 2000 году. В эти десятилетия доходы на душу населения росли ежегодно на 6%. Вклад демографического дивиденда составил 1/4-2/5 «экономического чуда» в странах Восточной Азии. Вместе с тем, снижение фертильности приводит к постепенному уменьшению доли работоспособного населения. Наступает старение населения и доходы на душу населения падают и первый дивиденд исчерпывается. Однако, по мнению Ли Р., Мэйсон О. (2006) [56, с.16], может наступить второй демографический дивиденд, а именно, лица старших возрастных групп, имея перспективу более длительного пенсионного периода, заинтересованы в накоплении активов. Независимо, от того, где инвестируются активы – внутри страны или за рубежом, национальный доход возрастает.

Страны с переходной экономикой получили ежегодный вклад в темпы роста ВВП в 0,24% от первого и в 0,57% от второго демографического дивиденда в 1970-2000 годах (Ли Р., Мэйсон О., 2006) [56, с.16]. Большинство продвинутых стран становятся новыми индустриальными государствами, получившими определенную пользу от первого демографического дивиденда, и, по-видимому, также получат второй демографический дивиденд (Pool I., 2007) [297, р.28]. Российская экономика использовала дивиденды от благоприятных демографических трендов, происходивших в стране, начиная с середины 1990-х годов вплоть до 2015 года (Matytsin M. et al., 2015) [257, р.25].

Возрастная структура населения трансформируется радикально в связи с изменениями фертильности и смертности, и она значительно влияет на экономическую деятельность (Bloom D. et al., 2003) [132, p.107]. Поскольку

потребности и способности людей значительно разнятся на протяжении жизненного цикла, последствия изменения возрастной структуры могут быть существенными. Дети потребляют больший объем продукции, чем производят. Они требуют много ресурсов для питания, одежды, жилья, медицинского ухода и обучения и, как правило, не работают (Luoma K., 2016) [246, р.14]. Взрослые, обычно вносят больше, чем потребляют, напротив, как трудовой деятельностью, так и своими сбережениями, что способствует накоплению капитала. Чистый вклад пожилых людей, как правило, находится где-то посередине (Клум Д., 2016) [46, с.6]. Здоровые люди имеют больше шансов на долгую жизнь и поэтому более склонны к накоплению средств, чем те, у кого здоровье плохое. Для получения демографического дивиденда необходимо здоровое население, поскольку с увеличением СПЖ населения при прочих равных условиях больше средств будет направляться на накопление (Ogawa N., Matsukura R., 2005) [279, р.1]. Любая страна, которая решила получить демографический дивиденд, должна также разработать и внедрить политику достижения равенства в стране (Gribble J., 2012) [202, p.154]. Mason A., Kinugasa T. (2008) [253, p.389] на примере стран Восточной Азии отмечают, что старение способствовать населения может получению второго демографического дивиденда путем аккумуляции сбережений. Однако это требует поддержки пожилых лиц со стороны государства и семьи. Многие развитые и переходные экономики мира в результате старения населения будут вынуждены наращивать расходы на пенсии и систему здравоохранения (Amaglobeli D., Shi W., 2016) [112, p.19]. В связи с этим, МВФ (IMF, 2019) [215, р.35] отмечает, что реформы системы здравоохранения могут смягчить фискальное давление старения населения. Некоторые медицинские технологии могут существенно улучшить качество жизни пожилых людей, а также предупредить рост стоимости на долговременную помощь.

Основной задачей стратегии планирования семьи должно стать снижение фертильности среди бедных, потому, что, именно они имеют, как правило, много детей. У богатых семей мало детей и это позволяет им обеспечить доступ

медицинских услуг и качественное образование своим детям (Frejka T. et al., 2010) [187, p.579].

Третий демографический переход, как было изложено выше, характеризуется ростом количества иммигрантов, прежде всего, в развитых странах Европы и Северной Америки. Многие иммигранты берутся за работы, от которых отказываются местные жители, а также занимают другие должности, требующие высокой квалификации. Благодаря этому они создают третий демографический дивиденд при условии надлежащей миграционной политики в стране (López-González A., González-González M., 2018) [245, p.59]. По данным MBФ (IMF, 2019) [215, p.35], миграция играет важную роль в смягчении негативных последствий старения населения и поступательном экономическом развитии 20 развитых стран мира (G-20). Известно, что около 80% международных мигрантов – это лица трудоспособного возраста (15-64) лет) и благодаря им страны-реципиенты могут подготовиться и внедрить предупреждения негативных эффектов старения населения. Уменьшение доли работоспособной части населения в некоторых странах G-20 с высоким доходом приводит к падению экономической производительности и росту фискального давления на пенсионную систему и увеличению расходов здравоохранения. Поэтому для стран G-20 важно делиться лучшим опытом по преодолению предстоящих трудностей, улучшить координацию по свободному передвижению капитала и миграции рабочих сил (ІМГ, 2019) [215, р.35]. Важными также являются всеобъемлющая и хорошо функционирующая система социальной защиты И доступный рынок труда. Факторы, способствующие эмиграции населения, многоплановы. К ним относятся конфликты, насилие, войны, стихийные бедствия, нарушение прав человека, плохое государственное управление, коррупция, безработица, обусловленная высокой долей молодого населения, и другие (United Nations, Рыбаковский О. Л., Таюнова О.А., 2018; Рязанцев С.В., 2021) [330, р.196; 84, c.22; 85, c.7].

Существует значительная доказательная база о том, что миграция увеличивает глобальный экономический рост, особенно, когда работоспособное население из бедных государств эмигрирует в страны, где они могут работать более продуктивно и где заработная плата выше (Clemens M., Pritchett L., 2019) [155, p.153]. Высококвалифицированные мигранты, если даже они не родину, то остаются движущей силой возвращаются на социальноэкономического развития своих стран (Kone Z., Özden G., 2017) [231, p.26]. Показано, что мигранты из Индии, Китая и Южной Кореи сыграли значительную роль в развитии индустрии программного обеспечения и других секторах производства высоких технологий. Эти диаспоры внесли огромный вклад в ускоренный экономический рост, снижение неравенства и бедности в своих странах (United Nations, 2020) [330, p.196]. По данным официальной статистики стран, денежные переводы мигрантов достигли в 2018 году 689 млрд. долларов США. Более три четверти этой суммы (529 млрд. долларов) были переведены в страны с низким и средним доходами. Денежные переводы мигрантов из этих стран, за исключением Китая, значительно превышают объемы прямых иностранных инвестиций или официальной помощи для развития (World Bank, 2019) [370, p.37].

В 2022 году денежные переводы трудовых мигрантов на глобальном уровне достигли 841 млрд. долларов США, из них 647 млрд. были переведены в страны с низким и средним доходами. Численность трудовых мигрантов в 2024 году составила 169 млн. человек (3,6% глобального населения). Доля трудовых мигрантов наиболее высока в регионе Океании, а среди стран – в ОАЭ (World Migration Report 2024) [380, p.384].

В 2023 году денежные переводы трудовых мигрантов в процентах от ВВП составили в Таджикистане 51%, Тонга — 44%, Ливане — 36%, Самоа — 34%, Кыргызстане — 31%, Гамбии — 29%, Гондурасе — 27%, Сальвадоре — 24%, Непале — 23% и Ямайке — 23% (ІОМ, UN Migration, 2020) [217, р.498]. Абсолютная сумма переводов увеличивается с ростом заработной платы. Денежные переводы из-за рубежа составляют большую долю доходов бедных

домохозяйств нежели богатых (Koczan Z., Loyola F., 2018) [229, p.27]. Наряду с этим, следует отметить, что на рынке труда развитых стран мира международные мигранты часто работают в неформальном секторе, получают меньшую заработную плату и терпят худшие рабочие условия по сравнению с коренными жителями. Кроме того, среди мигрантов безработица почти в два раза выше (13,3%), чем у коренных жителей (6,9%) государств-членов ЕС (United Nations, 2020) [330, p.196].

В 2015 году вклад международных мигрантов составил 9,4% глобального ВВП или 1 триллионов долларов США. В 2019 году на глобальном уровне количество международных мигрантов составило 272 млн. человек, из них 52% были мужчинами и 48% – женщинами. 74% международных мигрантов являлись работоспособными (20-64 лет) (IOM, UN Migration, 2020) [217, p.498]. Индия, Мексика и Китай были основными странами-поставщиками мигрантов (соответственно 17,6 млн. чел., 11,8 млн. чел. и 10,7 млн. чел.). В 2018 году денежные переводы в Индию составили 78,6 млрд. долларов США, в Китай – 67,4 млрд. и в Мексику – 35,7 млрд. Наибольшее число мигрантов приняли США (50,7 млн. чел.), поэтому денежные переводы были наиболее высокими из этой страны (67,96 млрд. долларов), за ними следовали ОАЭ (44,37 млрд. долларов), Саудовская Аравия (36,12 млрд. долларов), Швейцария (26,6 млрд. долларов), Германия (22,09 млрд. долларов), Российская Федерация (20,61 млрд. долларов), Китай (16,18 млрд. долларов), Кувейт (13,76 млрд. долларов), Франция (13,5 млрд. долларов) и Южная Корея (12,89 млрд. долларов) (ІОМ, UN Migration, 2020) [217, p.498]. В Европе мигранты вносят значительный вклад в прирост населения и предоставление рабочих сил. В 2012-2016 годах в ЕС естественный прирост определил только 20% увеличения численности населения, в то время как, чистая миграция – 80%. В США иммигранты составляют только 13% общей популяции, однако они занимают около 30% всего сектора предпринимательства страны. 25% фирм по инженерии и технологиям, созданных в США в 2006-2012 годах, были основаны иммигрантами. Более того, мигранты получают в два раза больше патентов по

инновациям по сравнению с местными жителями. Сходная ситуация по патентам наблюдается в Великобритании, Германии и Франции. Среди мигрантов в США в три раза больше лауреатов Нобелевской премии и членов Национальной Академии наук, чем среди местных жителей. В 2013 году иммигранты внесли 1,6 триллионов долларов в ВВП США (Estrada C., 2016) [180, p.3].

В 2018 году денежные переводы трудовых мигрантов составили значительную долю ВВП в пяти государствах: Тонга (35,2%), Кыргызская Республика (33,6%), Таджикистан (31%), Гаити (30,7%) и Непал (28%) (IOM, UN Migration, 2020) [217, p.498].

Помимо иммигрантов, по мнению Fried L. (2016) [189, р.167], эффективные инвестиции в систему здравоохранения и укрепление здоровья пожилых людей могут составить основу третьего демографического дивиденда, используя социальные капиталы и сбережения, накопленные ими в период второго демографического дивиденда. Профилактика и формирование ЗОЖ на протяжении всего жизненного цикла людей также являются ключевой инвестицией для получения третьего демографического дивиденда. Таким образом, основными компонентами третьего демографического дивиденда являются вклад иммигрантов, инвестиции в систему здравоохранения и укрепление здоровья пожилых людей, профилактика и формирование ЗОЖ на протяжении всего жизненного цикла людей.

Новая глобальная типология (классификация) стран, состоящей из 4-х групп в зависимости от демографических характеристик, будущего потенциала развития и демографического дивиденда, была разработана Ahmed S. et al., 2016) [105, р.111]. Критериями данной классификации авторы избрали 3 показателя: 1) динамика доли работоспособного населения в 2015-2030 годах; 2) общая фертильность – равна, меньше или больше 2,1 детей на одну женщину в 1985 году; 3) общая фертильность – равна, меньше или больше 4 детей на одну женщину в 2015 году. Были выделены следующие группы стран: predemographic dividend (до демографического дивиденда), early-demographic

(ранний демографический дивиденд), late-demographic dividend dividend (поздний демографический дивиденд) и post-demographic dividend (постдемографический дивиденд). Первая группа стран характеризуется высокой фертильностью, низкими доходами и индикаторами человеческого развития. Вторая группа – это большинство стран с доходом ниже среднего, в которых фертильность начала снижаться сравнительно недавно, а возрастная структура населения стала создавать возможности для экономического роста. Третья группа состоит из большинства стран с доходом выше среднего, в которых началось быстрое падение фертильности В 1960-x годах, доля трудоспособного населения снизится в ближайшее десятилетие. Четвертая группа – это большинство стран с высоким доходом, в которых очень высока доля лиц пожилого и старческого возрастов, а фертильность ниже уровня простого воспроизводства, начиная с 1980-х годов. По мнению Ahmed S. et al. (2016) [105, р.111], данная типология поможет странам определить приоритеты в политике развития на различных стадиях демографического перехода. С точки зрения получения демографического дивиденда первая группа стран названа как pre-demographic dividend, в которых фертильность превышает 4 детей на одну женщину. Поэтому демографическая нагрузка в этих странах высокая, что препятствует получению демографического дивиденда. Во второй группе (early-demographic dividend) фертильность ниже 4-х детей на одну женщину, а доля трудоспособного населения значительно увеличивается, что создает условия для пожинания первого демографического дивиденда. В третьей группе стран (late-demographic dividend) начинается сокращение трудоспособной части населения, но еще сохраняются благоприятные условия демографического дивиденда. В ЭТИХ первого странах увеличивается доля пожилого и старческого населения, в связи с чем, получение второго демографического дивиденда является ключевой задачей этих стран. В четвертой группе стран (post-demographic dividend) фертильность ниже уровня простого воспроизводства в течение последних 30 лет, а доля пожилого и старческого населения очень высока. Эти страны перестают

получать первый демографический дивиденд, но пожинают второй демографический дивиденд. Из 15 постсоветских республик в группу стран early-demographic dividend отнесены Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. Большинство (9) республик (Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызская Республика, Латвия, Молдова, Российская Федерация и Эстония) оказались в группе стран late-demographic dividend. Беларусь, Литва и Украина причислены к группе стран post-demographic dividend.

70% глобального населения живут в странах с early-demographic dividend и late-demographic dividend. По данным Ahmed S. et al. (2016) [105, p.111], большинство стран с низким доходом относится к первой группе (predemographic dividend), а страны с высоким доходом – к четвертой группе (postdemographic dividend). В 2012 году 40% early-demographic dividend и 68% latedemographic dividend стран наполовину сократили бедность по сравнению с 1990 годом, в то время как только 2% pre-demographic dividend стран добились аналогичных результатов. Страны, которые достигли успехов в снижении бедности, находились на пике доли работающего населения к общей численности населения или близко к этому уровню. Они также улучшили показатели СПЖ населения, младенческой смертности и фертильности. Низкий образовательный уровень населения в pre-demographic dividend странах может осложнить в будущем спрос на рынке труда. В этих странах только 35% детей завершают начальное образование, в то время как в early-demographic dividend – 72% и в late-demographic dividend – 90% детей. Как отмечают Mason A. et al. (2017) [255, р.45], в конце текущего десятилетия демографический дивиденд завершится и начнется стадия после дивиденда (post-dividend) в 60 странах мира. В 2020 году каждая из стран Европы станет post-dividend. Многие государства Азии, включая Вьетнам, Китай, Таиланд, Южную Корею и Японию, войдут или вошли в стадию post-dividend. Вхождение стран Американского континента в данную стадию запаздывает и состоится в 2020-2030 годах. Канада и США относятся к post-dividend странам, а Бразилия и Мексика будут получать демографический дивиденд соответственно до 2024

года и 2041 года. Ahmed S. et al. (2016) [105, p.111] были разработаны приоритеты политики и рекомендации в зависимости от группы. Так, приоритетом для политики в группах pre-dividend и early-dividend стран является ускорение демографического перехода, прежде всего, за счет снижения фертильности, улучшения здоровья матерей и детей, включения девочек в образование и предоставления женщинам услуг планирования семьи, а также создание рабочих мест для возрастающей доли работоспособного населения. Для этого необходимы инвестиции в человеческий капитал, усиление мобильности рынка труда, снижение барьеров для участия женщин на новых рабочих мест. Устойчивый труда и организация производительности, создание условий, необходимых для получения второго демографического дивиденда и подготовка к старению населения признаны приоритетом политики группы late-dividend стран. Необходимы для продолжение мобилизации сбережений для продуктивного инвестирования, обеспечение государственной политики по вовлечению на рынок труда мужчин и женщин, создание экономически эффективных и устойчивых систем благополучия и человеческого развития (здравоохранение, образование, поддержка детей и пожилых людей). В группе post-dividend стран актуальным является адаптация к старению населения, управление благополучием в контексте снижения доли работоспособной части и роста доли пожилого и старческого населения. Для этого важными направлениями деятельности государства признаны завершение реформы системы благополучия (пенсии, здравоохранение, долговременная помощь), которая обеспечит финансовую устойчивость, как часть интегрированного подхода, социальная защита уязвимых и пожилых людей, увеличение участия на рынке труда женщин и пожилых людей, продолжение политики поддержки рождаемости за счет сочетания рождения детей и участия женщин на рынке труда. По данным ВБ (World Bank, 2019) [370, p.37], в 1960 году демографический дивиденд в группе pre-dividend стран составил 11,2 млрд. долларов, в группе early-dividend стран – 152,7 млрд. долларов, в группе late-dividend стран – 183,1 млрд. долларов и в группе post-dividend стран – 1,09 триллионов долларов. Демографический дивиденд, превышающий 1 триллионов долларов, в группе pre-dividend стран (1,02 триллионов долларов) отмечен в 2010 году, в группе early-dividend стран и late-dividend стран – в 1980 году (1,29 триллионов долларов), а в группе postdividend стран – в 1960 году (1,04 триллионов долларов). В 2018 году доля работоспособного населения была наименьшей в pre-demographic dividend странах (53,5%) и наибольшей в late-demographic dividend (70,2%). Страны early-demographic dividend post-demographic dividend И занимали промежуточные места (соответственно 65,2% и 64,9%). Указанные различия в доле работоспособного населения в 4-х группах стран отразились и на масштабах демографического дивиденда. Так, в 2019 году демографический дивиденд составил 1,39 триллионов долларов в группе стран pre-demographic dividend, 11,9 триллионов – в группе стран early-demographic dividend, 22,9 триллионов – в группе стран late-demographic dividend и 50,7 триллионов в post-demographic dividend. Ha группе глобальном стран уровне демографический дивиденд в 2018 году достиг 21,8 триллионов долларов. Учитывая, что глобальный ВВП в этом же году составил 86,4 триллионов долларов США, то вклад демографического дивиденда оценивается в 25,2%. В 2019 году глобальный ВВП увеличился до 87,7 триллионов долларов США.

На основе всестороннего анализа мировой литературы к настоящему времени определены сроки начала и завершения демографического дивиденда в различных регионах мира (Mason A. et al., 2017) [255, p.45]. Первой из регионов мира демографический дивиденд начала получать Европа. При продолжительность этого процесса заняла 38 лет (1962-2000 годы). Вторым регионом стала Океания, которая стала пожинать демографический дивиденд с 1971 года, и где данный феномен продолжится до 2036 года и составит 65 лет. годах дивиденд начали 1974 1975 демографический получать соответственно Америка и Азия. В этих двух регионах продолжительность данного процесса будет одинаковой (58 лет) (соответственно до 2033 и 2032 годов). Позже всех регионов мира демографический дивиденд наступил в

Африке (1991 год), однако его продолжительность будет максимальной по сравнению с другими регионами (92 года) (до 2083 года). Ahmed S. et al. (2016) [106, р.41] с помощью глобальной модели симуляции показали, демографический дивиденд может составить 11-15% роста ВВП в Африке ниже Сахары к 2030 году. Авторы также отмечают, что в этом регионе в 2015-2050 годах произойдет сокращение бедности на 35-75% за счет изменения возрастной структуры населения, а именно, увеличения доли работоспособной текущего части, даже при сохранении уровня безработицы. Однако демографический дивиденд будет очень значительным, если страны смогут принять надлежащую политику в области образования, здравоохранения, сбережений и рынка труда. Ускорение и улучшение доступа женщин к рынку труда имеют одновременный положительный эффект на демографическую ситуацию, человеческий капитал и развитие, которые необходимы для реализации первого демографического дивиденда (Galor O., 2012) [190, p.28]. В странах с высоким доходом государственные инвестиции в человеческий капитал значительно выше по сравнению с частными расходами (Mason A. et al., 2016) [254, p.106]. Как отмечает Williamson J. (2013) [363, p.25], снижение фертильности и младенческой смертности в Восточной Азии внесло выдающийся вклад в повышение уровня сбережений и инвестиций, сокращения зависимости от иностранного капитала в течение более 50 лет после 1950 года. Вместе с тем, согласно прогнозам Manyika J. et al. (2015) [249, p.20], предстоящее снижение доли работоспособного населения на глобальном уровне приведет к падению ВВП на душу населения в среднем на 20% в 2015-2065 годах. McKibbin W. (2006) [259, р.92], проведя анализ экономик нескольких стран с высоким доходом, также пришел к выводу о том, что прогнозируемые демографические изменения, а именно, старение населения, станут причиной снижения ВВП. Так, ВВП Японии к 2050 году будет на 28% ниже по сравнению с 1985 годом. Многие исследователи (Piketty T., 2014; Teulings C., Baldwin R., 2014; Summers L., 2015) [296, p.786; 317, p.35; 316, p.60] указывают, что старение и замедление роста численности населения приведут к экономической стагнации, тяжелым финансовым проблемам и увеличению неравенства. Kinugasa T., Mason A. (2007) [227, p.23] показали, что снижение доли детей сбережений. зависимости OT повышает уровень Эти физический дополнительные инвестиции И человеческий В обусловливают постоянный рост производительности, даже после того, как доля работающего населения начнет снижаться и увеличится численность пожилых людей (Mason A. et al., 2017) [255, p.45]. Глобальный ВВП (как постоянная в международных долларах в 2011 году) был бы на 19,0 триллионов долларов США меньше при условии, если бы не произошло снижения фертильности в 1960-2015 годах. В Азии данный показатель составил 12,3 триллионов, в Латинской Америке и Карибском регионе – 1,98 триллионов, в Северной Америке – 484 миллиардов и в Африке ниже Сахары – 321 миллиардов долларов США (Li Q. et al., 2018) [244, p.231].

Ha основании критериев ООН (UN, 2010) Kasprowicz P., Rhyne E. (2013) [222, р.31], разработали временные рамки демографического дивиденда по регионам и странам мира. Так, в Европе, Канаде и США демографический дивиденд начался в 1950 году и завершился до 2000 года, за исключением Албании (2000-2020 годы), Боснии и Герцеговины (1980-2005 годы), Исландии (1980-2010 годы), Кипра (1975-2010 годы), Македонии (1980-2010 годы), Мальты (1970-2000 годы) и Черногории (1980-2010 годы). В Латинской Америке и Карибском регионе первой страной, в которой открылся и закрылся демографический дивиденд был Уругвай (1950-1995 годы), далее следовали Аргентина (1970-2020 годы), Куба (1985-2010 годы) и Чили (1990-2020 годы). Позже всех данный процесс начнется и завершится в Гватемале (2045-2065) годы). Бразилия, Мексика и Турция, начавшие получать демографический дивиденд соответственно с 2000, 2010 и 2005 годов, благодаря молодому, хорошо образованному населению, стали играть более значительную роль в глобальной экономике. В то же время влияние на мировую экономику таких Греция, Испания и стран, как Португалия, В которых завершился демографический дивиденд, начало сокращаться (Foot D., 2014) [186, p.6]. На

Северной Африке Ближнем Востоке И «окно возможностей» ДЛЯ демографического дивиденда открылось в ОАЭ в 1975 году и закроется в 2035 году, а в Израиле этот процесс завершился в 2015 году, начавшись в 1995 году. В Центральной Азии и Кавказе демографический дивиденд первыми начали получать Грузия и Киргизия с 1950 года. В Грузии данный процесс завершился в 2000 году, а в Кыргызской Республике он продлится до 2050 года. Позже всех в этом регионе демографический дивиденд наступит в Таджикистане (2035-2055 годы). Япония и Сингапур были первыми странами Восточной Азии, получившими и завершившими демографический дивиденд (соответственно 1965-1990 годы и 1980-1995 годы). В Южной Азии демографический дивиденд начался в Шри-Ланке в 1995 году и закрылся в 2020 году, а в Афганистане этот процесс займет 2055-2085 годы. В подавляющем большинстве стран Африки демографический дивиденд начнется очень поздно, а в Замбии лишь с 2100 года. Данный процесс наступил только в двух государствах этого региона (в Габоне с 1950 года и в Маврикий с 1990 года).

Таким образом, на основании вышеизложенных данных, мы можем заключить, что изменения возрастной структуры населения, сопровождающиеся ростом его трудоспособной доли, вклад иммигрантов, инвестиции в систему здравоохранения, укрепление здоровья пожилых людей, профилактика и формирование здорового образа жизни на протяжении всего жизненного цикла создают благоприятные условия для получения всех трех демографических дивидендов. Последние, в свою очередь, при надлежащей политике государства способствуют экономическому развитию и росту, улучшают демографическую и эпидемиологическую ситуацию в стране, повышают жизненные стандарты населения.

## ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

## 2.1. Методология интегрированного обследования домохозяйств

В 1990 году, накануне распада СССР, уровень валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения в союзных республиках был крайне неравномерным. В расчёте на доллары США, он составлял: в РСФСР – 17 500, в Украине – 12 400, в Беларуси – 15 600, в Азербайджане – 8 300, в Армении – 9 500, в Грузии – 10 600, в Латвии – 16 500, в Литве – 13 000, в Эстонии – 15 800, в Молдове – 10 000, в Казахстане – 10 100, в Кыргызстане – 7 200, в Таджикистане – 5 500, в Туркменистане – 8 600 и в Узбекистане – 6 600.

образом, В Кыргызстане данный показатель, Таджикистаном и Узбекистаном, был наименьшим. Как будет изложено ниже, в значительной степени это было обусловлено высокой фертильностью и относительно низкой долей трудоспособной части населения республиках. В 1989 году бывший СССР по ВВП на душу населения находился на 28-м месте в мире (9200 долларов), значительно отстав от США (21100 долларов), Канады (19600 долларов), Норвегии (17900 долларов), Швейцарии (17800 долларов), Швеции (15700 долларов), Японии (15600 долларов), ФРГ (15300 долларов), Финляндии (15000 долларов), Франции (14600 долларов) и Великобритании (14300 долларов) (Калабеков И.Г., 2017) [44, с.296].

После распада СССР и обретения независимости социальное положение населения Кыргызской Республики резко ухудшилось, что отражало масштабные экономические трудности, с которыми столкнулась страна. Кыргызстан стал одной из первых стран, признавшей бедность проблемой государственного значения уже в начале 90-х годов прошлого столетия.

Для оценки бедности и неравенства в Кыргызстане нами были использованы следующие методы:

• мониторинг бедности и неравенства (обследование 2000 домохозяйств в 1997-1998 годах),

- мониторинг бедности и неравенства (обследование 3000 домохозяйств в 2000-2001 годах),
- мониторинг бедности и неравенства (обследование 5000 домохозяйств ежегодно в 2003-2018 годах),
- оценка потребления на душу населения (сельского/городского) по децилям,
- оценка указанных показателей по областям,
- оценка коэффициента Джини.

Эти исследования предоставили всестороннюю информацию о динамике бедности и неравенства в республике.

Объектом исследования избраны экономические, демографические и эпидемиологические процессы, неравенство и бедность.

**Предметом исследования** является взаимовлияние демографических процессов, неравенства и бедности в Кыргызской Республике.

Обследование бюджета домашних хозяйств (ОБДХ) охватило 2000 домохозяйств в 1998 году и было расширено до 3000 домохозяйств в 2000 году для повышения репрезентативности в более бедных южных регионах. С 2002 года Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (НСК КР) [69, с.12] и эксперты Всемирного банка, в том числе, автор диссертационной работы проводили данное обследование ежегодно с охватом 5000 домохозяйств Ежегодное интегрированное обследование домохозяйств (Кугдузстап' Integrated Households Survey) состояло из двух основных частей. Первая часть (обследование домохозяйств) включала изучение социальнодемографических характеристик домохозяйств, их имущество и условия жизни. Вторая часть была посвящена обзору рабочей силы (анализ взаимосвязи между бедностью и участием на рынке труда, уровень занятости и безработицы). НСК КР устанавливал ежегодные уровни бедности и крайней бедности с учетом инфляции.

Показатели бедности в 1996-2002 годах определялись с использованием черты бедности, рассчитанной с участием экспертов Всемирного банка,

включая диссертанта, величина которой индексировалась ежегодно с учетом инфляции. В республике для измерения уровня бедности применялись два показателя черты бедности. Первая черта бедности (продуктовая), которая характеризует крайнюю бедность и была установлена на уровне потребления, ниже которого при условии, что все ресурсы направлены на приобретение продуктов питания, нельзя обеспечить минимальные потребности в калориях, рекомендуемых ВОЗ для стран с переходной экономикой на уровне 2100 ккал в сутки на одного человека. Крайняя черта бедности основана на расчетах стоимости продуктовой корзины, обеспечивающей ежедневные потребности в калориях. Эта черта бедности была определена по результатам выборочного обследования за 1996 год, когда уровень затрат на питание составлял 60,2% от общего потребления на душу населения. Доля затрат на питание была определена по отношению к 1/3 части населения, условно относимых к категории бедных. В 2002 году показатель крайней черты бедности был определен на уровне 4604 сома в год на душу населения (в 1996 году этот показатель составлял 2199 сомов в год). Вторая черта или общая черта бедности ЭТО минимальный уровень потребления учетом продовольственных, так и непродовольственных товаров и услуг. Данный показатель составил в 2002 году 7648 сомов на человека в год (в 1996 году – 3652 сомов). В 1996-1997 годах показатель бедности находился на стабильном уровне. Однако в 1998 году уровень бедности возрос по сравнению с предыдущими годами и составил 55%, а в категории очень бедных оказалось 23% населения, что было обусловлено последствиями экономического кризиса. В 1999 году этот показатель практически не изменился и остался на уровне предыдущего года, составив 64,1%, а уровень крайней бедности – 23,3%. Бедность была выше среди сельского населения (69,7%) по сравнению с городским населением (49%). Индекс Джини равнялся 0,37 и был практически одинаковым в городах и селах (соответственно 0,36 и 0,37). Уровень безработицы равнялся 4,9%, составив среди мужчин 4,8% и среди женщин – 5,0%. Уровень бедности в 2000 году снизился до 52%, а в 2002 году до 44,4%,

когда отмечались относительно стабильные темпы экономического роста. В 2002 Республики НСК Кыргызской совместно экспертами международных организаций определил несколько приемлемых методик. Так, за последние несколько лет были опубликованы данные по бедности, рассчитанные по уровню среднедушевых расходов. Другие два критерия бедности, основываются на критериях потребления на душу населения и эквивалентному потреблению на душу взрослого населения, а также по расходам. При использовании методики по уровню личного потребления были включены следующие данные: стоимость потребленных продуктов питания, в том числе, продукты собственного производства; стоимость личных услуг, включающая затраты на оплату коммунальных услуг, услуг здравоохранения, образования, связи, транспорта, бытовых услуг и другие; расходы на покупку непродовольственных товаров (одежда, обувь и т.д.), предназначенных только для личного потребления; стоимость амортизации товаров длительного При использовании пользования. метода определения благосостояния населения, возникают некоторые проблемы, связанные занижением потребления тех домашних хозяйств, которые меньше потребляют калорий, используют минимальные виды услуг с целью экономии сбережений для приобретения недвижимости, скота и земли. Таким образом, оценка благосостояния человека на уровне личного потребления может повлиять на некоторые смещения в сторону бедных для тех домашних хозяйств, которые по собственной воле потребляют меньше, чтобы увеличить свои активы для будущих инвестиций в благосостояние семьи. Наряду с этим, был также использован метод оценки благосостояния по расходам, который имеет некоторые отличия от метода оценки личного потребления. Это связано с тем, что к тем данным, которые были рассчитаны по методу личного потребления, дополнительно включаются денежные расходы на следующие покупки: недвижимость, товары длительного пользования, скот, птицы и пчелы; расходы на покупку семян и удобрений; помощь и подарки родственникам и знакомым;

оплата производственных услуг, включая ветеринарные услуги; налоги, сборы и платежи.

В 2001 году 66% населения Кыргызстана проживали в сельской местности, при этом почти три четверти из них были бедными. Различие уровня бедности между городом и селом частично отражает тот факт, что почти половина городского населения страны проживает в Бишкеке, где уровень бедности самый низкий. При использовании метода оценки благосостояния населения по расходам, показатели уровня бедности составили в 2000 и 2002 годах соответственно 52% и 44,4%, а уровни крайней бедности — соответственно 17,8% и 13,8%.

Уровень бедности, составлявший 62% в 2005 году, снизился до 32% в 2008 году, а уровень крайней бедности – соответственно от 18% до 6%. Данный позитивный тренд уровня бедности наблюдался как среди городского (соответственно от 49% до 23%), так и сельского населения (соответственно от 69% до 37%). Особенно существенным было понижение уровня крайней бедности в городах соответственно от 11% до 3% и в селах – соответственно от 22% до 8%. В 2005 году наиболее бедным была Джалал-Абадская область, где уровень бедности достигал 83%. Однако в 2008 году данный показатель в области сократился до 40%. Наименьший уровень бедности в эти годы отмечался в Бишкеке (соответственно 26% и 15%). Уровень безработицы в 2005 и 2008 годах был практически одинаковым, составив 8,1% и 8,2%. Индекс Джини снизился от 28,8 в 2005 году до 25,9 в 2008 году, свидетельствуя о сокращении неравенства в республике. Указанным позитивным трендам способствовал ежегодный реальный рост ВВП за 2005-2008 годы в среднем на 4,7%. ВВП страны в 2008 году составил 185 млрд. сомов и увеличился по сравнению с 2005 годом в 1,8 раза. ВВП на душу населения вырос от 19,6 тыс. сомов в 2005 году до 35,1 тыс. сомов в 2008 году. Средняя заработная плата в 2008 году составила 5422 сома, что было в 2,1 раза больше, чем в 2005 году. Внешнеторговый оборот Кыргызстана, включая объемы экспортно-импортных операций физических лиц, в 2008 году составил 5,7 млрд. долл. США, что выше

уровня 2005 года в 3,1 раза. Поступления прямых иностранных инвестиций в 2008 году достигли 653,2 млн. долл. США. Внешний долг страны сократился с 77,6% в 2005 году до 45,3% к ВВП в 2008 году и достиг экономически безопасного уровня. В целом реальный сектор экономики за 2006-2008 годы характеризовался положительной динамикой (World Bank, 2011) [368, p.16]. Однако, как отмечено в Национальной стратегии устойчивого развития Кыргызстана на период 2013-2017 ГОДОВ [67,c.1], разработанной Национальным советом и утвержденной Указом Президента КР от 21 января 2013 года, республика по итогам 2009 года стала самым бедным государством в СНГ. За чертой бедности находились около 32% населения или более 1,7 млн. человек, из которых 76% проживали в сельской местности. Самые бедные в городах и селах тратили 72% от своего общего потребления на продовольствие, в то время как небедные – 60-65%. Уровень бедности домохозяйств с главой с высшим образованием составлял в городах 18% и в селах – 14%. В бедных домохозяйствах в среднем были 5,5 членов семьи и в небедных – 3,5 членов семьи. Уровень безработицы, по официальным оценкам, равнялся 8%, а по неофициальным данным составлял 14-16%. Позитивным трендом являлось существенное снижение уровня крайней бедности в республике от 4,4% в 2012 году до 1,2% в 2014 году. В 2015 году до 60% занятости от общего числа занятых в республике приходилось на неформальный сектор экономики (ВБ, 2017) [25, c.36].

Экономический рост в 2013-2019 годах в среднем составил 3,1% в год. Этот позитивный процесс сопровождался сокращением уровня бедности в стране от 36,6% до 20,1%. Однако пандемия COVID-19 привела к росту бедности до 25% в 2020 году и до 33,2-33,3% в 2021-2022 годах (НСК КР, 2023) [73, с.5]. Воздействие пандемии проявилось не столько в безработице, сколько в неполной занятости, что выразилось в сокращении проработанного рабочего времени. Вероятность выхода из бедности снизилась с 40% в 2017-2019 годах до 24% в 2020 году, в то время как вероятность оказаться за чертой бедности

для небедных увеличилась с 6,2% в 2018-2019 годах до 9,8% в 2020 году (ВБ, 2022) [27, с.15].

Таким образом, мы можем отметить, что применение различных методик определения уровня бедности дает практически одинаковые результаты и это было достаточно надежной основой для систематического и устойчивого мониторинга изменений уровня благосостояния населения Кыргызстана до 2020 года. С 2021 года для расчета уровня бедности НСК КР (2022) [72, с.21] использует стоимость потребления, которая напрямую зависит от доходов населения. В 2021 году денежные доходы в расчете на душу населения достигли 6647,7 сома в месяц. Стоимостная величина общей черты бедности составила 45797 сомов в год на душу населения, а крайней бедности – 30536 сомов. За чертой бедности в 2021 году проживали 2 млн. 244 тыс. человек, из которых 62,7% являлись сельскими жителями. При этом в условиях бедности проживали 40,5% детей и подростков в возрасте 0-17 лет или 1 млн. 72 тыс. человек. Уровень крайней бедности в 2021 году составил 6,0%. Расчеты показывают, что при исключении доходов трудовых мигрантов из стоимости потребления, уровень бедности в среднем по республике возрастает с 33,3% до 42,8%. Значительное воздействие доходы трудовых мигрантов оказывают на крайнюю бедность, при исключении которых уровень данного показателя возрастает с 6,0% до 17,1%.

При сравнительном анализе уровней бедности в Кыргызстане и других странах использовались международные критерии, устанавливаемые Всемирным банком. Так, в 1985 году международным критерием бедности считалось потребление менее одного доллара в день на душу населения, с 1993 года — менее 1,90 доллара и с 2017 года — менее 2,15 долларов в день на душу населения в ценах 2011 года в РРР (табл. 2.1).

Таблица 2.1 – Международный порог бедности в странах с различными доходами

Страна	Доллар США в РРР	Доллар США в РРР
	в 2011 г.	в 2017 г.
Низкий доход	1,90	2,15
Доход ниже среднего	3,20	3,65
Доход выше среднего	5,50	6,85

Источник: World Bank, 2022 [372, p.258]

В 2018 году Всемирный банк (World Bank, 2022) [372, p.258] внедрил два более высоких порога бедности в странах с ниже и выше среднего доходами для более точного мониторинга и улучшения жизненных стандартов. Новый международный порог бедности был установлен на уровне 3,65 долларов США в день для стран с ниже среднего доходом и 6,85 долларов США в день для стран с выше среднего доходом (в ценах 2017 года с учетом покупательной способности). Эти пороги бедности дополняют международный порог бедности в 2,15 долларов США в день для стран с низкими доходами. Они также в большей степени соответствуют растущей доле населения, живущего в странах с ниже и выше среднего доходами. Так, в 2019 году 75% мирового населения проживали в странах со средними доходами и 9% - в странах с низкими доходами. Почти четверть (23%) глобального населения жили ниже порога бедности в 3,65 долларов в день и половина (47%) – ниже 6,85 долларов в день. В Южной Азии уровень бедности (порог бедности в 3,65 долларов в день) составил 43%, а по порогу бедности в 6,85 долларов в день – 42%. В Восточной Азии и Тихоокеанском регионе 19% населения были бедными при пороге бедности в 6,85 долларов в день. В странах с высокими доходами при порогах бедности в 2,15 долларов в день, в 3,65 долларов в день и в 6,85 долларов в день уровень бедности был очень низким соответственно 0,6%, 0,8% и 1,4%.

В 2010 году ПРООН совместно с Инициативой по бедности и человеческому развитию Оксфордского университета был разработан

многомерный индекс бедности, который, помимо уровня доходов, включает 10 (питание, показателей: здравоохранение младенческая смертность), образование (годы обучения в школах, посещение школ), жизненные условия (топливо для приготовления пищи, жилье, чистая питьевая вода, санитария, электричество и имущество) (UNDP, 2023) [334, p.31]. В 2023 году более 650 млн. из 6,1 млрд. людей, проживавших в 110 государствах были бедными по международному порогу 2,15 долларов США в день, а по критериям многомерного индекса бедности их численность составила более 1,1 млрд. человек, более 80% из которых жили в Африке ниже Сахары (534 млн.) и Южной Азии (389 млн.). Более половины (566 млн.) из них это лица в возрасте до 18 лет. 84% бедных по многомерному анализу проживают в сельской местности. Из более 1,1 млрд. человек 824-991 млн. не имели доступа к санитарии, у них не было жилья и топлива для приготовления пищи. Более половины бедных были лишены электричества и доступа к образованию. Эти данные подчеркивают важность оценки не только доходов, но и других жизненно важных показателей.

Кыргызстан относится к 19 странам мира, которые наполовину сократили многомерную бедность, причем дважды в 2005/2006-2014 годах и 2014-2018 годах. В 2018 году в республике наибольший вклад в многомерную бедность вносили здравоохранение (64,6%), затем образование (17,9%) и жизненные условия (17,5%).

Таким образом, мы можем отметить, что применение различных методик определения уровня бедности дает практически одинаковые результаты и это было достаточно надежной основой для систематического и устойчивого мониторинга изменений уровня благосостояния населения Кыргызстана.

#### 2.2. Методологические основы исследования взаимосвязи неравенства и экономического развития

Взаимосвязь экономического развития и неравенства стала интенсивно изучаться после публикаций двух лауреатов Нобелевской премии по экономике Lewis W. (1954) [242, p.139] и Kuznets S. (1955) [23, p.28]. В своей классической статье «Economic development with unlimited supplies of labor» Lewis W. (1954) предложил теоретическую модель, согласно которой экономический рост происходит в условиях дуалистической экономики. По этой модели в одной стране одновременно функционируют традиционный и современный сектора экономики и избыток рабочей силы в традиционном секторе служит основой для развития современного сектора и, соответственно, для общего экономического роста. Теория взаимосвязи между экономическим ростом и неравенством была впервые разработана Kuznets S. в 1955 году. Он показал, что экономическое развитие сопровождается переходом от аграрной (традиционной) к современной, урбанизированной экономике, что влияет на уровень неравенства в обществе. Была установлена перевернутая (обратная) U-образная взаимосвязь, называемая «кривая Кузнеца», которая показывала, что в начальный период экономического развития неравенство было низким, затем с экономическим ростом наблюдалось увеличение неравенства с последующим его снижением в связи с замедлением экономического развития. Данная гипотеза имела сильные и развивающихся стран. В частности, оптимистические последствия ДЛЯ считалось, что увеличение неравенства является естественным результатом экономического развития, который со временем принесет социальные выгоды. По мнению Kuznets S., устойчивый рост экономики в конечном счете приводит к уменьшению уровня неравенства. Подобная точка зрения доминирует во взглядах экономистов, представляющих либеральное направление, утвердилась в ряде международных организаций, в том числе, в Международном валютном фонде. Вместе с тем, результаты исследований Deninger K., Squire L. (1998) [173, р.565], охвативших 48 индустриальных и развивающихся стран

мира, не подтвердили перевернутую U-образную (inverted-U) взаимосвязь между уровнями неравенства и доходов. Так, обратная и обычная U-образная взаимосвязь была обнаружена соответственно только в 10% странах. В остальных 80% государств отсутствовала какая-либо значимая статистическая связь между неравенством и доходами.

Индекс (коэффициент) Джини (Gini index), являющийся общепринятым мерилом неравенства в доходах и потреблении, был разработан итальянским демографом и статистиком С. Gini [196, p.158] в 1912 году. Термины «коэффициент Джини» и «индекс Джини» эквивалентны: «коэффициент» выражает значение показателя в процентах, а «индекс» – в долях единицы. При этом 0 означает идентичный доход для каждого человека (наименьший уровень неравенства) и 1 или 100% (наивысший уровень неравенства), когда все доходы получает только один человек. Помимо индекса Джини, для исследования неравенства используется коэффициент Пальмы (Palma ratio), который определяется как отношение доли ВВП, достающейся наиболее богатым 10% домохозяйств к доле ВВП, приходящейся на нижние 40% домохозяйств. Коэффициент Пальмы применительно к измерению неравенства доходов был предложен Cobham A., Sumner A. (2013) [157, p.43] на базе работ Palma J. (2011) [289, р.153], который заметил, что на долю среднего класса (50%), с пятого по девятые децили включительно почти всегда приходится около половины ВВП, в то время как оставшаяся половина ВВП распределяется между верхними 10% (верхний дециль) и нижними 40% (нижние четыре дециля). Как выяснилось, доля, приходящаяся на каждую из обеих групп, существенно варьирует по странам. Для более точного определения неравенства Alvaredo F. et al. (2018) [111, р.300] рекомендуют изучать распределение доходов в конкретных социальных группах, а именно, в топ 10% и топ 1% и далее в каждой группе. Существует также оценка доли национального дохода, используемой топ 10% богатых людей, 40% среднего класса и 60% остального населения.

На глобальном уровне для оценки уровня неравенства исследователи чаще используют индекс Джини по сравнению с коэффициентом Пальмы.

Коэффициент Джини в странах с высоким уровнем дохода варьировался в пределах от 20 до 40, в то время как в Кыргызстане (стране с доходом ниже среднего) этот показатель составил 36 в 2020 году. В странах с доходом выше среднего, таких как ЮАР и Намибия, коэффициент Джини достигал 58 и 65 соответственно, а в Лесото, стране с доходом ниже среднего, – 52 (Topus S., 2022) [319, р.1177]. Однако уровень неравенства значительно варьируется даже между странами с сопоставимым уровнем дохода на душу населения, что указывает на то, что неравенство доходов в значительной степени зависит от политики и институтов в каждой стране. Если рост неравенства не мониторируется должным образом и не предпринимаются меры по его снижению, это может привести к политическим, экономическим и социальным кризисам. (Alvaredo F. et al., 2018) [111, р.300].

На наш взгляд, работа Kanbur R. (2000) [220, р.791] представляет собой полезный вклад в обсуждение важнейшего вопроса экономики – фазности взаимосвязи между неравенством и экономическим ростом. Автор выделяет три фазы этого процесса. Первая фаза охватывает 1940–1950-е годы, до и после Второй мировой войны, когда в развивающихся странах начался процесс индустриализации и экономического роста. Индустриализация и экономический рост, как отмечает Kanbur, стали антидотом бедности, но одновременно способствовали росту неравенства. Во второй фазе, охватывающей середину 1950-х – 1970-е годы, возникла проблема конфликта между экономическим ростом и увеличением неравенства, что привело к началу дискуссий о том, как управлять распределением доходов среди населения. В третьей фазе, начавшейся в середине 1970-х и продолжавшейся до начала 1990-х годов, внимание было сосредоточено на поиске компромиссов между экономическим ростом и справедливым распределением доходов. Искажения в политике, например, завышенные обменные курсы, огромные частно-государственные предприятия были не только неэффективными, но и несправедливыми. Они привели не только к экономическому росту, но и резкому повышению неравенства и бедности. В частности, это произошло в странах Юго-Восточной Азии таких, как Гонконг,

Китай, Сингапур, Тайвань и Южная Корея, переживших бурный экономический рост. Четвертая стадия характеризуется поиском компромиссов между ростом экономики и равенством на уровне каждого сообщества в рамках социально-политического согласия. Различные общества имеют разную толерантность к неравенству (Cornia G., Court J., 2001) [162, p.38].

Очень низкие уровни неравенства характерны для экономик с преобладанием натурального хозяйства (индекс Джини около 15) и некоторых бывших социалистических стран (индекс Джини около 30). Эти низкие показатели положительно коррелируют с экономическим ростом. Однако при индексе Джини выше 45, что типично для стран Латинской Америки и Африки к югу от Сахары, экономическое развитие начинает замедляться (Cornia G., Court J., 2001) [162, р.38]. Как показано в табл. 2.2, в 2000-х годах в развивающейся Азии индекс Джини колебался в пределах 27,8 и 50,9 и был немного выше, чем в странах-членах ОЭСР (23,6-49,4), но существенно ниже по сравнению с Латинской Америкой и Карибским регионом (44,8-59,2), а также Африкой ниже Сахары (29,8-65,8).

Таблица 2.2 – Индекс Джини в 2000-х годах в различных регионах мира

	Развивающаяся	Латинская	Ближний	ОЭСР	Африка
	Азия	Америка и	Восток и		ниже
Индекс		Карибский	Северная		Сахары
Джини		регион	Америка		
Среднее	37,4	52,0	36,8	30,4	42,7
Минимальное	27,8	44,8	30,8	23,6	29,8
Максимальное	50,9	59,2	41,4	49,4	65,8

Источник: Asian Development Bank, 2014 [117, p.437]

Следует отметить, что для анализа уровня неравенства в различных странах мира используется индекс Джини, который рассчитывается на основе доходов или потребления. Так, в Латинской Америке и Карибском регионе, странах-членов ОЭСР индекс Джини оценивался по доходам на душу

населения, а в развивающейся Азии, за исключением Малайзии, Сингапура и Тайваня (Китай), Африки ниже Сахары, Ближнего Востока и Северной Африки – по потреблению на душу населения. В 2013 году индекс Джини был оценен среди 101 государств мира по двум различным методологиям: в 50 странах – на основе доходов, а в 51 – на основе потребления (табл. 2.3).

Таблица 2.3 — Значения индекса Джини по доходам и потреблению в Кыргызстане и некоторых странах мира, 2013 год

Индекс Джини Страна	по доходам	по потреблению
Кыргызстан	41	29
Армения	42	32
Беларусь	24	26
Грузия	43	40
Казахстан	29	26
Молдова	38	28
Польша	35	33
Румыния	36	27
Сербия	35	29
Турция	43	40
Украина	25	24

Источник: World Bank, 2016 [369, p.307]

Как видно из данных, представленных в табл. 2.3, во всех странах, кроме Беларуси, уровень неравенства, измеренный индексом Джини по потреблению, был ниже, чем по доходам. В Кыргызской Республике индекс Джини по доходам составил 41, что ниже, чем в Армении (42), Грузии (43) и Турции (43), но выше, чем в других странах региона. Индекс Джини по потреблению в Кыргызстане составил 29, что уступает Армении (32), Грузии (40), Польше (33) и Турции (40), но превышает аналогичные показатели в других странах (World

Bank, 2016). Следует отметить, что в Кыргызстане неравенство по доходам (41) было значительно выше по сравнению с неравенством по потреблению (29).

Неравенство является одной из ключевых проблем, оказывающих значительное влияние на экономическое развитие и социальное благополучие общества. Оно ослабляет основы экономического роста, негативно воздействуя на человеческий капитал, социальное единство, средний класс и качество государственного управления (Kanbur R. et al., 2014) [221, p.437]. Кроме того, неравенство ведет к социальному исключению и изоляции, а также снижает доступность услуг, предоставляемых системами образования, здравоохранения и социальной защиты (Равауо R. et al., 2019) [287, p.33].

Высокое неравенство (коэффициент Джини выше 0,4) препятствует экономическому росту, снижению уровня бедности и прогрессивным преобразованиям институтов. К традиционным причинам неравенства относятся либеральная экономическая политика, несправедливое распределение земли и доходов, а также ограниченный доступ бедных слоев населения к образованию и здравоохранению (Cornia G., Court J., 2001) [162, p.38].

Вклад образования в общее неравенство составляет 25-35% (Kanbur R. et al., 2014) [221, р.437]. Международный опыт демонстрирует, что рост государственных расходов на образование и здравоохранение могут снизить неравенство по доходам, что особенно важно для бедных слоев населения.

В развитых странах средний уровень государственных расходов на образование составляет 5,3% от ВВП, в Латинской Америке – 5,5%, тогда как в развивающейся Азии этот показатель достигает лишь 2,9%. В 2009 году государственные расходы на образование в Кыргызской Республике составили 6% от ВВП, что превышало аналогичные показатели в других странах Центральной Азии, а также в республиках Закавказья, Индии, Китае и других странах развивающейся Азии. А в 2022 году данный показатель в Кыргызстане возрос до 8% от ВВП (World Bank, 2024) [376, р.1].

Государственные расходы на здравоохранение и социальную защиту играют ключевую роль в обеспечении благосостояния населения и снижения

неравенства. В развитых странах государственные расходы на здравоохранение составляют 8,1% от ВВП, что значительно превышает аналогичные показатели в Латинской Америке (3,9% от ВВП) и развивающейся Азии (2,4% от ВВП). Расходы на социальную защиту достигают 20% от ВВП в развитых странах, 12% в Латинской Америке и лишь 6,2% в развивающейся Азии.

В Кыргызской Республике в 2009 году государственные расходы на здравоохранение составили 4% от ВВП, что значительно превышало средний показатель в развивающейся Азии (2,4%). Однако в 2021 году данный показатель страны снизился до 2,9% от ВВП (World Bank, 2024) [376, р.1]. При этом, как было отмечено выше, в 2018 году вклад здравоохранения в многомерную бедность в Кыргызстане составил 64,6%, что существенно превышает вклад образования (17,9%).

В заключении следует отметить, что наиболее общепринятым методом оценки неравенства по доходам или потреблению во взаимосвязи с является коэффициент Джини. экономическим развитием страны показатель позволяет адекватно оценить степень неравенства в распределении его влияние на экономическое ресурсов и выявить развитие. Важно подчеркнуть, что сокращение неравенства способствует долговременному экономическому росту, обеспечивая более устойчивое развитие общества и улучшение качества жизни граждан. В Кыргызстане неравенство по доходам было существенно выше по сравнению с неравенством по потреблению, что большинства стран мира. Эти выводы подчеркивают характерно ДЛЯ необходимость целенаправленной политики по снижению неравенства, что, в способствовать более сбалансированному свою очередь, может инклюзивному экономическому росту в стране.

## 2.3. Сравнительный анализ взаимовлияния экономических и демографических процессов, неравенства и бедности в Кыргызской Республике и других странах

 $\mathbf{C}$ пелью комплексной оценки И мониторинга взаимовлияния экономических и демографических процессов, неравенства и бедности нами проведен корреляционный анализ между  $BB\Pi$ на душу населения, показателями рождаемости, смертности, естественного прироста, фертильности, общей, младенческой и материнской смертностью. Также были изучены изменения индекса Джини и индекса восприятия коррупции за последние годы. Теоретической и методологической основой диссертационного послужили фундаментальные исследования концепции представленные в классических и современных трудах отечественных и зарубежных ученых в области демографических и эпидемиологических процессов. Для решения поставленных задач нами использовались методы сравнительного, корреляционного анализа, a также комплексные стратегические подходы к изучаемым процессам и явлениям. Обработка и анализ фактических данных осуществлялись с использованием современных статистических пакетов SPSS и других.

Информационную базу исследования составили законодательные акты и нормативные документы Кыргызстана, данные Нацстаткома Кыргызской Республики (материалы национальных переписей населения, выборочных обследований бюджетов домохозяйств и рабочей силы и другие), данные международной статистики, размещенные на официальных сайтах агентств ООН, Всемирного банка, национальных статистических служб стран СНГ, Мирового атласа данных, Our World in Data, World Health Rankings и другие.

При проведении сравнительного анализа бедности в Кыргызской Республике и других странах нами использовался международный порог бедности. Как известно, мониторинг бедности на глобальном уровне был начат в 1990 году (World Bank, 2022) [372, p.258]. Впервые международный порог

крайней бедности в 1,90 доллара США в день был рассчитан на основе национальных порогов бедности в 15 бедных странах (Ravallion M. et al., 2009) [300, р.184]. Эволюция международного порога крайней бедности, по данным Азиатского банка развития (Asian Development Bank, 2023) [118, р.354], выглядит следующим образом: 1,00 доллар США в РРР в 1985 году, 1,08 доллара — в 1993 году, 1,25 доллара — в 2005 году, 1,90 доллара — в 2011 году и 2,15 долларов — в 2017 году.

В 2017 году международный порог крайней бедности был пересмотрен и увеличен до 2,15 долларов (в долларах РРР 2011 года), что отражало разницу в номинальной стоимости доллара и незначительно повлияло на уровень бедности. Таким образом, глобальной В настоящее время, согласно Всемирного (World классификации банка Bank, 2022) [372,p.258], международным порогом бедности для стран с низкими доходами считается 2,15 долларов США в день, для стран с ниже среднего доходами – 3,65 долларов в день, для стран с выше среднего доходами – 6,85 долларов в день и для стран с высокими доходами – 21,70 долларов в день.

Учитывая историческую общность в период бывшего СССР, тесное политическое, экономическое и социальное сотрудничество после его распада осуществлен сравнительный анализ динамики ВВП на душу населения в долларах США, уровней бедности, неравенства, индекса восприятия коррупции, а также доступности медицинских услуг как фактора смягчения бедности и неравенства в 1990-2020 годы в Российской Федерации и Кыргызской Республике.

Изучена демографическая и эпидемиологическая ситуации в пяти республиках Центральной Азии (Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан) до и после распада СССР, оценена динамика уровней бедности и неравенства в Кыргызстане и соседних государствах за 1990-2020 годы.

Развитие экономики любой страны во многом зависит от демографических процессов, особенно от динамики возрастной структуры

населения. В свою очередь экономические факторы оказывают существенное влияние на структуру и численность населения. В связи с этим, в настоящем исследовании рассмотрена динамика показателей рождаемости, смертности и фертильности в Кыргызской Республике и Российской Федерации за 60 лет (1960-2020 годы) с целью анализа сходств и различий в демографических и эпидемиологических переходах. Также была изучена динамика возрастной структуры населения для оценки демографических дивидендов в Кыргызстане и России. Кроме того, оценивался вклад трудовой миграции в экономическое и социальное развитие Кыргызской Республики.

Учитывая, что наибольший демографический дивиденд был получен Южной Кореей в 1965-2000 годах в данном исследовании проведен подробный анализ изменений демографических показателей (рождаемость, смертность, фертильность), общей демографической нагрузки, демографической нагрузки детьми и пожилыми лицами на 1000 трудоспособного населения этой страны применительно к Кыргызстану.

Для оценки влияния экономических и неэкономических факторов на тренды младенческой и материнской смертности осуществлено сравнительное исследование этих важных демографических показателей в странах со сходными общими расходами здравоохранения в пределах 80-90 долларов США на душу населения в 2015 году. К таким странам, кроме Кыргызстана, относились Бутан, Йемен, Замбия, Кот-д'Ивуар, Папуа-Новая Гвинея и Сьерра-Леоне (ВБ, 2016) [24, с.1].

Глубокий анализ эпидемиологического перехода имеет важное значение для разработки научно обоснованной экономической и демографической политики, стратегии развития здравоохранения и укрепления здоровья с целью увеличения продолжительности жизни населения. Поэтому нами были изучены демографические данные, показатели здоровья населения и уровни расходов здравоохранения в Кыргызстане, соседних государствах и России.

До настоящего времени не были разработаны точные критерии третьей стадии эпидемиологического перехода. В связи с этим, мы провели

сравнительный анализ основных демографических показателей (СПЖ, рождаемость, смертность, фертильность, младенческая материнская смертность) и трендов смертности от БСК, внешних причин (травм и др.) и инфекционных заболеваний в Австралии, Индии, Испании, Канаде, Коста-Рике, Кубе, Малайзии, Мексике, Таиланде, Южной Корее и Японии, в период их нахождения в третьей стадии эпидемиологического перехода. На основе исследования впервые разработаны данного нами максимальные минимальные значения демографических данных и показателей здоровья населения, характерные для третьей стадии эпидемиологического перехода.

С целью определения модели эпидемиологического перехода в Кыргызской Республике изучена динамика СПЖ населения, фертильности, младенческой смертности и доле лиц в возрасте 65 лет и старше в свете шести моделей эпидемиологического перехода (классическая, полузападная, быстрая, выше промежуточная, ниже промежуточная и медленная), разработанных Omran A. (2005) [284, p.757].

При сравнительном исследовании демографических и эпидемиологических показателей в Кыргызстане, странах СНГ, некоторых развитых и развивающихся государств мира использовались данные Нацстаткома Кыргызской Республики, единой база данных агентств ООН, ВБ, Мирового атласа данных, Our World in Data, World Health Rankings и др.

Нами показано, что существует множество определений, касающихся экономических аспектов увеличения или снижения смертности от хронических НИЗ, инфекций, травм и несчастных случаев, таких как экономический ущерб, экономическое бремя, экономические сбережения, экономическая цена, экономические затраты, статическая экономическая выгода и др. Однако, эти понятия не отражают важнейшую роль демографических процессов. В связи с этим, с целью обеспечения единообразия в понятийном аппарате, касающейся экономической составляющей данной актуальной проблемы, мы впервые обосновали научный тезис об «эпидемиологическом дивиденде» по аналогии с понятием «демографический дивиденд», получившим мировое признание.

Учитывая значительную роль политической детерминанты экономических и демографических процессах, мы критически рассмотрели классификацию политических систем стран с переходной экономикой, разработанной ВБ в 2002 году. Основу данной классификации составляли такие свобода, многопартийность, критерии, как политическая участие оппозиционных партий в избирательном процессе, а также наличие или отсутствие войн или гражданских конфликтов в стране. Важно отметить, в период с 2000 по 2020 годы политическая, экономическая и социальная ситуация в этих странах существенно изменилась. Кроме того, в мире были BTI разработаны такие международные рейтинги, как (Bertelsmann Transformation Index) индекс политической, экономической трансформации и качества менеджмента, индекс экономической свободы, индекс качества жизни, глобальной конкурентоспособности, индекс восприятия коррупции и другие, которые позволяют всесторонне оценить политическую, экономическую и социальную ситуацию в странах.

Как известно, ВТІ индекс трансформации — это показатель степени развития и управления процессами политической и экономической трансформации в 137 развивающихся странах и переходных экономиках. Данные индексов политической, экономической трансформации и качество управления публикуются с 2006 года один раз в два года. Проводится анализ процессов трансформации на пути к демократии и рыночной экономике на основе 17 показателей.

Индекс экономической свободы — это комбинированный показатель с соответствующим рейтингом, оценивающим уровень экономической свободы по 10 показателям в 176 странах мира. Публикуется с 1995 года ежегодно Американским исследовательским центром Heritage Foundation совместно с журналом Wall Street Journal.

Индекс глобальной конкурентоспособности — это глобальное исследование и сопровождающий его рейтинг по показателю экономической конкурентоспособности по версии Всемирного экономического форума.

Проводится ежегодно с 2004 года. Составлен из 113 переменных, которые объединяются в 12 контрольных показателей, определяющих национальную конкурентоспособность 114 государств мира.

Индекс качества жизни разработан компанией Economist Intelligence Unit в 2013 году и основывается на методологии, которая объединяет результаты исследований по субъективной оценке жизни с объективными детерминантами качества жизни в 111 странах. Анализируются 9 факторов качества жизни (здоровье, семейная и общественная жизнь, материальное благополучие, политическая стабильность и безопасность, климат и география, гарантия работы, политическая свобода, гендерное равенство).

Индекс легкости ведения бизнеса проводился с 2006 года по 2021 год и включал 41 показателей.

Интерпретация индекса Джини и индекса восприятия коррупции была изложена нами выше.

На основании подробного анализа экономической, демографической и эпидемиологической ситуации в странах с переходной экономикой автор диссертационной работы считает, что назрела необходимость в разработке новой универсальной классификации политических систем, более всесторонне особенности отражающей социально-экономические того или иного В проведена государства. ЭТОМ контексте была селективная оценка существующих международных рейтингов, и выбраны наиболее значимые из них, которые наиболее полно характеризуют политическую систему. Эти рейтинги играют важную роль в методологии определения бедности и так неравенства, как политические факторы существенно влияют распределение ресурсов и доступ к социальным услугам. Учет этих аспектов позволяет более точно оценивать взаимосвязь между политической системой и уровнями бедности и неравенства в странах с переходной экономикой и развивающихся государствах.

# ГЛАВА 3. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, НЕРАВЕНСТВА И БЕДНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

### 3.1. Динамика взаимовлияния экономических и демографических процессов, неравенства и бедности в Кыргызской Республике

Как известно, снижение бедности в стране может состояться при высоком уровне экономического роста, смягчении неравенства или их комбинации. При замедлении экономического развития для понижения уровня бедности необходимо обеспечить более равномерное распределение доходов. Рыночная экономика стимулирует экономический рост и способствует сокращению неравенства благодаря созданию большого количества рабочих мест. При этом существенное значение имеют надлежащая макроэкономическая политика, улучшение охвата уязвимых групп населения качественными услугами систем образования, здравоохранения и социальной защитой.

Демографические факторы такие, как возрастная структура населения, рождаемость фертильность оказывают существенное влияние на экономическое развитие и уровень бедности. Высокая рождаемость фертильность, характерная для развивающихся стран, углубляет бедность в связи с высокой долей иждивенцев-детей, приходящейся на небольшую часть Бедность экономически активного населения. напрямую влияет на эпидемиологические показатели, на распространенность заболеваний смертность от них, эффективность лечения и профилактики. Бедные люди, как правило, недоедают, не имеют доступа к чистой питьевой воде, санитарии и качественной медицинской помощи. Все эти факторы способствуют их легкой восприимчивости к инфекционным болезням. Указанные демографические и эпидемиологические взаимосвязи диктуют необходимость усиления целевых профилактических мероприятий. В этом отношении важная роль принадлежит политической воле правительства. Политическая нестабильность и коррупция не способствуют решению этих проблем (Гусева, В.И., Гусева, Ю.В., 2015) [30, p.21]. Таким образом, политическая стабильность эффективное государственное управление являются критически важными в экономическом развитии, что позволит в свою очередь снизить уровень бедности в стране. Взаимосвязь взаимовлияние между ЭТИМИ факторами цикличны комплексны. Например, быстрый рост численности молодых людей (демография) в стране с низким доходом приводит к высокому уровню бедности, что способствует широкому распространению инфекционных болезней (эпидемиология). Если политическая система не способна в силу плохого государственного управления или неадекватной государственной политики здравоохранения эффективно решить эти проблемы, цикличность «бедность-болезни» будет постоянной, препятствуя социально-экономическому развитию общества. В связи с этим, необходима разработка всеобъемлющей и интегрированной демографической, социальной и экономической политики с учетом демографической и эпидемиологической ситуации в стране.

В Кыргызской Республике ВВП на душу населения в долларах США значительно снизился с 1570 долларов в 1990 году до 244-278 долларов в 1994-2000 годах. Однако, данный показатель начал возрастать с 2006 года и достиг 1267 долларов в 2014 году, что позволило Кыргызстану перейти из группы стран с низким доходом в группу стран с ниже среднего доходом. В 2015 году отмечено снижение ВВП на душу населения до 1121 долларов и рост данного показателя соответственно до 1256 и 1969 долларов в 2020 и 2023 годах (World Bank, 2024) [376, р.1]. Как видно из данных, представленных на рисунке 3.1, доля бедных по национальному порогу до и после пандемии COVID-19 (до и после 2020 года) в Кыргызстане возросла в наибольшей степени (от 20% до 33%) по сравнению с отдельными странами Азии (Asian Development Bank, 2023) [118, р.354].

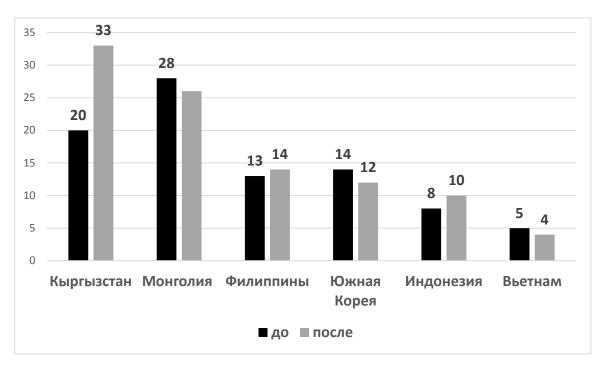


Рисунок 3.1 – Доля бедных (%) по национальному порогу до и после пандемии COVID-19 (до и после 2020 года) в Кыргызстане и отдельных странах Азии Источник: Asian Development Bank, 2023 [118, p.354]

Незначительное повышение данного показателя отмечено в Индонезии (соответственно от 8% до 10%) и на Филиппинах (соответственно от 13% до 14%), а снижение – во Вьетнаме (соответственно от 5% до 4%), в Монголии (соответственно от 28% до 26%) и в Южной Корее (соответственно от 14% до 12%).

Уровень бедности в Кыргызской Республике в 2021 году, по данным Всемирного банка (World Bank, 2022) [373, р.72], составил 1,3% по международному порогу бедности в 2,15 долларов в день, 18,7% – в 3,65 долларов в день и 67,6% – в 6,85 долларов в день. Прогнозируется следующая динамика данных показателей в 2025 году – соответственно 1,8%, 13,4% и 61,3%. Экономика республики зависит от золота Кумтора, которая равняется 10% ВВП, экспорта – 35% ВВП, денежных переводов трудовых мигрантов – 25% ВВП, внешней помощи и др. Индекс Джини в 2022 году составил 26, СПЖ

населения – 72 лет и ВВП на душу населения – 1739 долларов. Кыргызской более устойчивого, Республике ДЛЯ инклюзивного стабильного экономического роста необходимо создание рабочих мест с достойной оплатой труда и развитого частного сектора. Как известно, снижение бедности в стране может состояться при высоком уровне экономического роста, смягчении особенно комбинации. Демографические тренды, неравенства или ИХ возрастной структуры населения, рождаемости и фертильности оказывают значительное влияние на экономическое развитие и уровень бедности.

Начиная с 1990 года, в Кыргызстане наблюдалось постепенное снижение показателя рождаемости от 29,1 на 1000 населения до минимального уровня в 19,7 в 2000 году с последующим увеличением до 27,0 и 22,0 на 1000 населения соответственно в 2015 и 2022 годах (рисунок 3.2).

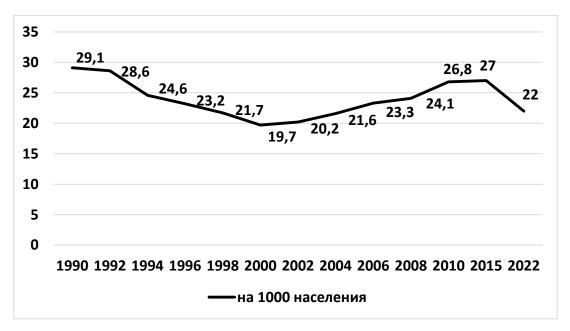


Рисунок 3.2 – Динамика показателя рождаемости в Кыргызстане, 1990-2022 годах

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

Изменения показателя естественного прироста населения за 1990-2022 годы были сходными с трендами показателя рождаемости (рисунок 3.3).

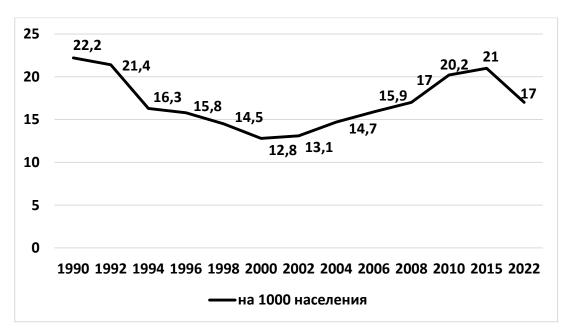


Рисунок 3.3 – Динамика показателя естественного прироста в Кыргызстане, 1990-2022 годы

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

Фертильность в Кыргызстане была высокой (3,63 детей на одну женщину) в 1990 году, снизившись до 2,4 в 2000-2002 годах, с последующим постепенным ростом до 3,2 в 2015 году и 2,8 в 2022 году (рисунок 3.4).

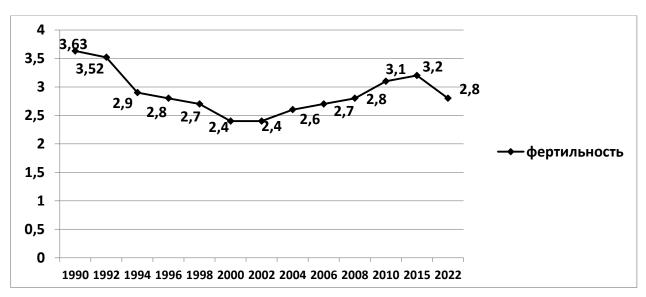


Рисунок 3.4 – Динамика фертильности (количество детей на 1 женщину в возрасте 15-49 лет) в Кыргызстане, 1990-2022 годы

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

Из данных, представленных на рисунках 3.2, 3.3, 3.4 и 3.5 следует, что тренды ВВП на душу населения в долларах, показателей рождаемости, естественного роста и фертильности в 1990-2015 годах имели схожую U-образную кривую, что говорит об их тесном взаимовлиянии. Так, с падением ВВП на душу населения наблюдалось снижение этих показателей, а с повышением – их рост.

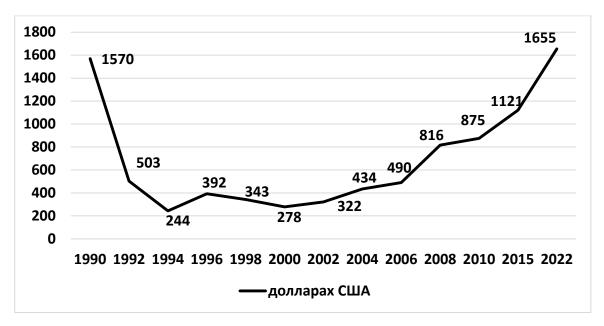


Рисунок 3.5 – ВВП на душу населения в Кыргызстане, 1990-2022 годы

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

Проведенный анализ показал высокую корреляционную связь между ВВП на душу населения в долларах США и показателем рождаемости (r = 0,68). Показатели естественного прироста и фертильности имели среднюю положительную (соответственно r = 0,39 и r = 0,45) корреляционную связь с ВВП на душу населения в долларах. Слабая отрицательная (r = -0,22) корреляционная связь установлена между показателем смертности и ВВП на душу населения. Так, показатель смертности, составивший 6,9 на 1000 населения в 1990 году, повысился до 8,3 в 1994 году и постепенно снизился до 6,0 в 2015 году и до 5 на 1000 населения 2022 году (рисунок 3.6).



Рисунок 3.6 – Динамика показателя смертности в Кыргызстане, 1990-2022 годы

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

Показатель младенческой смертности в Кыргызстане был высоким в 1990-1998 годах, колеблясь в пределах 38,6-42,2 на 1000 живорожденных детей. К 2002 году данный показатель уменьшился почти в два раза до 21,2 на 1000 живорожденных детей. Затем к 2006 году он повысился до 29,2 и к 2022 году снизился до 17,0 на 1000 живорожденных детей (рисунок 3.7).



Рисунок 3.7 – Динамика показателя младенческой смертности в Кыргызстане,

1990-2022 годы Источник: World Bank, 2024 [376, p.1] Динамика показателя материнской смертности характеризовалась более значительными колебаниями повышения и спада за наблюдаемый период (1990-2020 годы) (рисунок 3.8). Минимальное значение данного показателя отмечалось в 1994 году (42,7 на 100 тыс. живорожденных детей) и максимальное – в 1996 году (65,0 на 100 тыс. живорожденных детей). В 2015-2020 годах данный показатель составил соответственно 50,7 и 50,0 на 100 тыс. живорожденных детей.



Рисунок 3.8 – Динамика показателя материнской смертности в Кыргызстане, 1990-2020 годы

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

Средняя отрицательная (r = -0.32) корреляционная связь выявлена между ВВП на душу населения и показателем младенческой смертности и слабая – с материнской смертностью (r = -0.09). Установлена слабая отрицательная корреляционная связь (r = -0.17) между уровнем бедности и показателем рождаемости в Кыргызстане. В то же время международный опыт свидетельствует о сильной положительной корреляционной связи между этими показателями. Так, со снижением рождаемости и фертильности сокращаются

масштабы бедности и отмечается бурный экономический рост (World Bank, 2022) [373, р.72]. А в Кыргызстане, несмотря на значительное падение рождаемости и фертильности в середине 1990-х и начале 2000-х годов, уровень бедности оставался высоким (57-62,6%) в силу очень сложных социально-экономических условий (табл. 3.1).

Таблица 3.1 – Динамика уровней бедности (%), показателей рождаемости (на 1000 населения) и фертильности (количество детей на одну женщину) в Кыргызстане, 1960-2022 годы

Год	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2022
Показатели								
Рождаемость	40,7	32,3	29,6	29,1	19,8	26,8	24,0	23,3
Фертильность	5,5	5,2	4,4	3,6	2,4	3,1	3,0	2,9
Бедность	69,5	40,0	49,0	57,0	62,6	33,7	25,3	33,3

Источник: McAuley A., 1979; Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2022 [258, p.407; 62, c.1; 376, p.1]

Как видно из данной таблицы, в 2022 году отмечено снижение показателя рождаемости до 23,3 на 1000 населения и фертильности — до 2,9 детей на одну женщину. Уровень бедности повысился от 25,3% в 2020 году до 33,3% в 2022 году вследствие пандемии COVID-19.

Сравнительное изучение таких важных демографических показателей, как младенческая и материнская смертность, в странах со сходными общими расходами здравоохранения в пределах 80-90 долларов США на душу населения показало важную роль неэкономических факторов. Из данных табл. 3.2 следует, что наиболее бедной страной была Сьерра-Леоне (581 долларов США на душу населения в год). После неё следует Кыргызстан с 1121 долларами на душу населения в год.

Таблица 3.2 – ВВП на душу населения и общие расходы здравоохранения в долларах США в 2015 году

Страна	Кыргызстан	Бутан	Йемен	Замбия	Кот-	Сьерра-
					д'Ивуар	Леоне
Показатели						
ВВП на душу	1121	2695	1488	1307	1941	581
населения						
Общие расходы	82	89	80	86	88	86
здравоохранения						

Источник: World Bank, 2016 [369, p.307]

Самым высоким данный показатель был в Бутане (2695 долларов на душу населения в год). При этом показатель младенческой смертности в Бутане был выше (27 на 1000 живорожденных детей), чем в Кыргызстане (19 на 1000 живорожденных детей). А показатель материнской смертности в этой стране превышал в 5,1 раза (277 на 100 тыс. живорожденных детей) его уровень в Кыргызской Республике (46 на 100 тыс. живорожденных детей) (рисунки 3.9 и 3.10). В остальных странах эти показатели были еще более высокими.

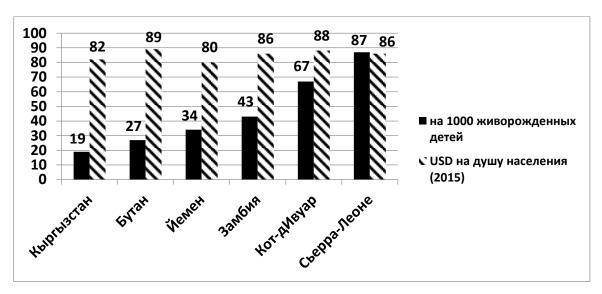


Рисунок 3.9 — Младенческая смертность в Кыргызстане и в отдельных странах мира со сходным уровнем общих расходов здравоохранения

Источник: World Bank, 2016 [369, p.307]

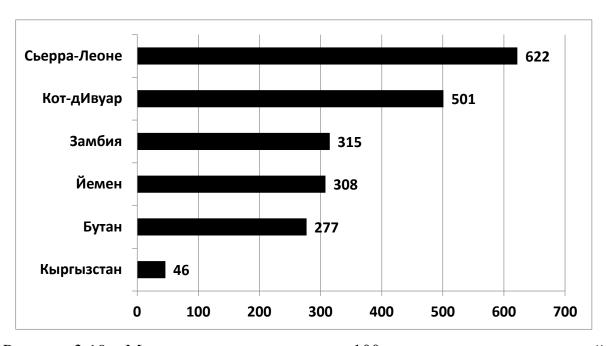


Рисунок 3.10 — Материнская смертность на 100 тыс. живорожденных детей в Кыргызстане и в отдельных странах мира со сходным уровнем общих расходов здравоохранения в долларах США на душу населения в 2015 году Источник: World Bank, 2016 [369, p.307]

Уровень образования женщин и детей имеет важнейшее значение для выживания их самих и их детей (ВОЗ, 2014) [24, с.16]. Образование наделяет их знаниями, позволяющими бороться с традиционными обычаями, которые создают угрозу для них и их детей. Так, самый высокий уровень грамотности женщин среди анализируемых стран отмечался в Кыргызстане (99,4%), где наблюдались минимальные значения материнской и младенческой смертности. А самый низкий уровень грамотности – в Кот-д'Ивуаре (32,5%) и Сьерра-Леоне (37,7%), где значения данных показателей были самыми высокими, многократно превышая их уровни в Кыргызстане (рисунок 3.11)

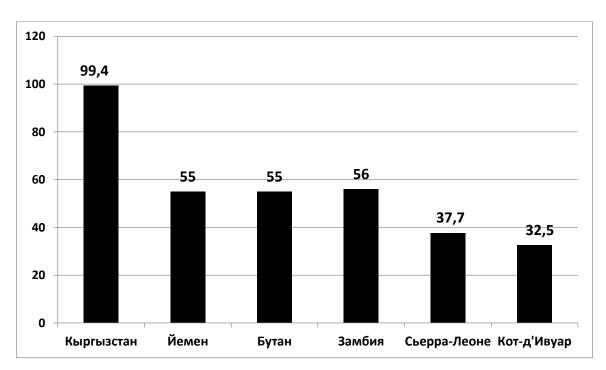


Рисунок 3.11 – Уровень грамотности женщин в процентах в Кыргызстане и в отдельных странах мира

Источник: World Health Rankings, 2014 [379, p.1]

По данным ООН (2015) [76, с.71], существенную роль в сокращении показателей рождаемости и, следовательно, младенческой и материнской смертности сыграли стратегии, направленные на расширение доступа к безопасным и эффективным противозачаточным средствам и вакцинам, программам планирования семьи, услугам по охране репродуктивного здоровья. Охват детей вакцинацией DTP3 был достаточно высоким, составив в Замбии 78%, Йемене – 84%, Кот-д'Ивуаре – 86%, Сьерра-Леоне – 92%, Кыргызстане – 95% и Бутане – 97% (WHO Country Profiles, 2015) [353, p.1]. Охват антенатальной помощью (4 и более визитов) в процентах, как показано на рисунке 3.12, существенно отличался между анализируемыми странами. Данный показатель оказался самым высоким в Кыргызстане (84%) и самым низким в Йемене (29%) (WHO Country Profiles, 2015) [353, p.1]. Роды с квалифицированного медицинского персонала **участием** также были максимальными в Кыргызстане (99%) и минимальными в Йемене (34%).

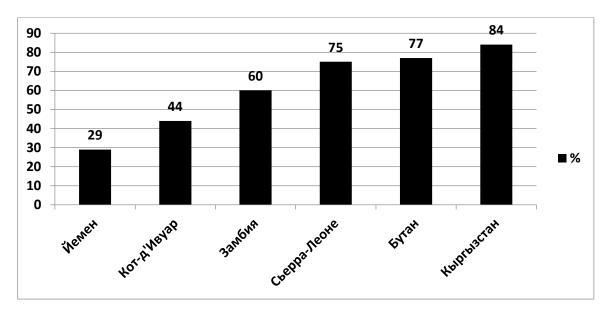


Рисунок 3.12 — Охват антенатальной помощью (4 и более визитов в Кыргызстане и в отдельных странах мира, 2014 год) Источник: WHO Country Profiles, 2015 [353, p.1]

Как показано на рисунке 3.13, наиболее высокий уровень использования контрацептивных средств отмечался в Бутане (66%) и в Кыргызстане (48%). Очень низким данный показатель оказался в Кот-д'Ивуаре (18%) и Сьерра-Леоне (11%) (WHO Health Statistics, 2013) [352, p.1].

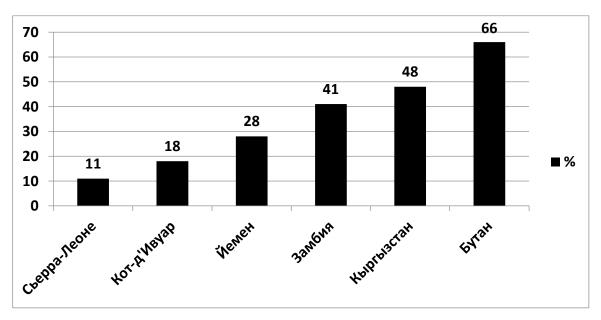


Рисунок 3.13 – Использование контрацептивных средств в процентах в Кыргызстане и в отдельных странах мира, 2012 год Источник: WHO Health Statistics, 2013 [352, p.1]

В странах, где противозачаточные средства применяются в меньшей степени, наблюдаются, как правило, более высокие показатели небезопасных абортов, которые напрямую связана с высокими показателями материнской смертности (Ahmed S. et al., 2012; ООН, 2015 [105, p.111; 76, c.71]). Согласно оценкам UNFPA (2021) [37, p.20], в 2021 году были предотвращены 22 млн. небезопасных абортов.

В анализируемых странах установлены значительные различия в обеспеченности врачами, медицинскими сестрами и больничными койками. Данные показатели Кыргызстана многократно превышали их уровень в сравниваемых государствах в 1990-2019 годах (табл. 3.3). Крайне низкая обеспеченность врачами отмечалась в Замбии, Сьерра-Леоне и Кот-д'Ивуаре (0,1-0,2 на 1000 населения), медицинских сестер и больничных коек – в Йемене, Кот-д'Ивуаре и Сьерра-Леоне (соответственно 0,7-0,8 на 1000 населения и 0,4-0,7 на 1000 населения) (World Bank, 2020) [371, р.1].

Таблица 3.3 — Обеспеченность врачами, медицинскими сестрами и больничными койками на 1000 населения в Кыргызстане и в отдельных странах мира, 1990-2019 годы

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	
Страна								
	Обес	печеннос	ть врачам:	и на 1000	населения	I		
Кыргызстан	3,4	3,1	2,8	2,5	2,3	2,2	2,0	
Бутан	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,5	
Замбия	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
Йемен	ı	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,5	
Кот-д'Ивуар	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	
Сьерра- Леоне	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
Обеспеченность медицинскими сестрами на 1000 населения								
Кыргызстан	10,3	9,5	8,0	6,3	5,6	5,9	5,6	
Бутан	-	-	-	0,8	1,0	1,5	2,1	
Замбия	-	-	-	0,7	0,7	0,8	1,0	

Йемен	-	0,4	0,4	0,7	0,7	0,7	0,8			
Кот-д'Ивуар	ı	1	0,6	0,5	0,5	0,5	0,7			
Сьерра-	-	-	-	0,2	0,1	0,8	0,8			
Леоне										
06	Обеспеченность больничными койками на 1000 населения									
Кыргызстан	12,0	8,6	7,0	5,1	4,8	4,4	3,8			
Бутан	0,8	1,6	1,6	1,7	1,8	1,7	1,7			
Замбия	-	-	-	2,0	1,9	2,0	2,0			
Йемен	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7			
Кот-д'Ивуар	0,8	0,8	0,8	0,4	0,4	0,4	0,4			
Сьерра-	-	-	-	0,4	-	-	0,4			
Леоне										

Источник: World Bank, 2020 [371, p.1]

Большое значение в сохранении здоровья матерей и детей имеет доступ к чистой питьевой воде и санитарии (туалеты). Из рисунка 3.14 видно, что наиболее высокие уровни доступности к чистой питьевой воде и санитарии (туалеты), по данным ВОЗ (WHO, 2015) [352, р.1], наблюдались в Кыргызстане (соответственно 92% и 88%) и в Бутане (соответственно 96% и 44%). Самой низкой доступность к чистой питьевой воде была в Йемене (54%), а к санитарии (туалеты) – в Сьерра-Леоне (15%).

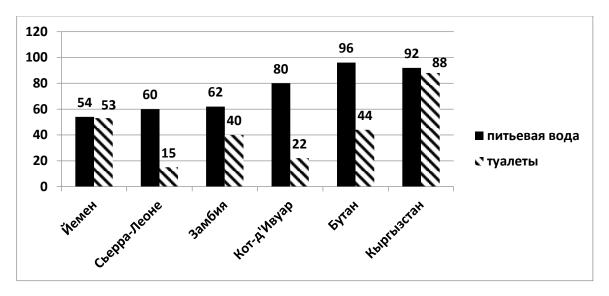


Рисунок 3.14 — Доступность к чистой питьевой воде и санитарии в процентах в Кыргызстане и в отдельных странах мира, 2014 год

Источник: WHO, 2015 [352, p.1]

Таким образом, проведенный анализ взаимовлияния экономических и демографических процессов, неравенства и бедности в Кыргызской Республике демонстрирует сложные и неоднозначные взаимосвязи между экономическим развитием и демографическими показателями. U-образная зависимость между ВВП на душу населения и такими показателями, как рождаемость, естественный прирост и фертильность, указывает на наличие порогового эффекта: экономическое улучшение на определённых этапах сопровождается изменениями демографического процесса.

ВВП Однако отсутствие существенного влияния на показатели младенческой материнской смертности подчёркивает, что на демографические параметры оказывают влияние не только экономические Причинно-следственные СВЯЗИ являются более глубокими и многогранными. Важное значение имеют социальные факторы такие, как грамотности женщин, обеспеченность врачами, медицинскими сестрами и больничными койками, использование контрацептивных средств, доступность к чистой питьевой воде и санитарии (туалеты). Эти данные позволили нам прийти к заключению о том, что экономический фактор не единственный, который оказывает влияние на такие важные демографические показатели, как младенческая и материнская смертность.

Анализ опыта Кыргызстана в сравнении с другими странами Азии и Африки подчеркивает значимость инвестиций в человеческий капитал, особенно в сфере здравоохранения и образования, для обеспечения устойчивого экономического роста и снижения бедности.

## 3.2. Сравнительный анализ экономических и демографических показателей, неравенства и бедности в Кыргызской Республике, соседних государствах и Российской Федерации

Сравнительный анализ динамики ВВП на душу населения в долларах США, уровней бедности и неравенства в 1990-2022-х годах в Кыргызской Республике и Российской Федерации показал, что в 1990 году перед развалом СССР в России ВВП на душу населения в долларах США был в 6 раз выше по сравнению с Кыргызстаном (соответственно 3492 и 609 долларов) (табл. 3.4). В последующие десятилетия разница возросла более чем в десять раз. В обоих государствах за анализируемый период (1990-2022 годы) отмечался рост ВВП на душу населения: в России в 4,3 раза (соответственно 3492 и 15270 долларов) и в 2,7 раза в Кыргызстане (соответственно 609 и 1655 долларов).

Таблица 3.4 – Динамика ВВП на душу населения в долларах США в Кыргызстане и России, 1990-2022 годы

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2022
Страна							
Кыргызстан	609	364	279	476	880	1121	1655
Россия	3492	2665	1771	5313	10675	9313	15270

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

Можно было бы предположить, что и разница в уровнях бедности и неравенства между двумя странами будет столь же значительной, как между ВВП на душу населения в долларах США. Однако, как показано в табл. 3.5, разница в уровнях бедности в 1990-2015 годах была не столь значительной, лишь в 2000 и 2020 годах наблюдалась более чем 2-х кратная разница в уровне бедности между Кыргызстаном и Россией.

Таблица 3.5 – Динамика уровня бедности (%) в Кыргызстане и России, 1992-2020 годы

Год	1992	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Страна							
Кыргызстан	57,0	43,5	62,6	45,9	33,7	30,6	25,3
Россия	33,5	29,0	29,0	25,4	17,7	16,1	12,1

Источник: Мировой атлас данных, 2017; World Bank, 2022 [62, c.1; 373, p.1]

Доля самых бедных и самых богатых в совокупном доходе в России равнялась соответственно 3,1% и 29%, а в Кыргызстане – соответственно 4% и 24% (ВБ, 2022) [27, с.15].

Сравнительный анализ индекса Джини (табл. 3.6) показал, что в 1993 году данный показатель был очень высоким в Кыргызстане (53,7) по сравнению с таковым в России (42,0) (Мировой атлас данных, 2018) [62, с.1]. Как известно, высокие значения индекса Джини свидетельствуют о высоком уровне неравенства в стране. В последующие годы индекс Джини постепенно снизился в обеих странах, но более значительно в Кыргызской Республике. Начиная с 2000 года, неравенство в России было выше (36,8-41,3) по сравнению с Кыргызстаном (29,0-32,6), почти сравнявшись лишь в 2020 году (соответственно 30,0 и 29,0)

Таблица 3.6 – Динамика индекса Джини в Кыргызстане и России, 1993-2020 годы

Год	1993	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Страна							
Кыргызстан	53,7	46,4	31,0	32,6	30,1	29,0	29,0
Россия	42,0	40,0	36,9	41,2	39,5	36,8	30,0

Источник: Мировой атлас данных, 2017; World Bank, 2022 [62, c.1; 373, p.1]

Следует отметить, что индекс Джини в Кыргызстане, составлявший в 1985 и 1990 годах соответственно 0,236 и 0,224, свидетельствовал о низком уровне неравенства в республике в советский период (рисунок 3.15).

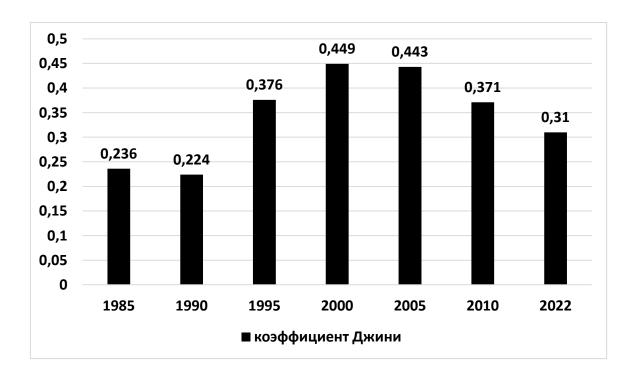


Рисунок 3.15 – Динамика индекса Джини в Кыргызстане (1985-2022 годы) Источник: World Bank, 2022 [373, p.1]

После распада СССР данный индекс увеличился почти в 2 раза, особенно в 2000 и 2005 годах (соответственно 0,449 и 0,443), что указывало на рост неравенства в стране. Однако в последующие годы индекс Джини стабильно снижался, достигнув в 2020 и 2022 годах соответственно 0,27 и 0,31, то есть, отмечалось значительное сокращение неравенства в республике.

Начиная с 2000 года, неравенство в России было выше (36,8-41,3) по сравнению с Кыргызстаном (29,0-32,6), почти сравнявшись лишь в 2020 году (соответственно 30,0 и 29,0). В чем же причины этого казалось бы противоречивого тренда? В «Докладе о мировом развитии 2000/2001» Всемирного банка [20, с.376] на примере Китая, Индии и Индонезии отмечено значительное влияние размеров территории страны и численности населения на

уровень неравенства по сравнению с небольшими странами. Это отчасти может объяснить факт более низкого уровня неравенства в Кыргызской Республике по сравнению с Российской Федерацией, имеющей огромную территорию и многомиллионное население.

В Отчете Всемирного банка о мировом развитии (2005) [23, с.253] отмечается, что коррупция является тормозом не только экономического развития, но и усугубляет бедность и неравенство в странах. В табл. 3.7 представлены данные по индексу восприятия коррупции в России и Кыргызстане за 2012-2020 годы. В 2012 году по индексу восприятия коррупции Кыргызстан находился на 154-м месте среди 176 стран, а в 2020 году поднялся на 144-е место. Россия в 2012 и 2020 годах занимала соответственно 133 и 136 места. Как видно, в эти годы в обоих государствах наблюдался высокий уровень коррупции.

Таблица 3.7 – Место Кыргызстана и России по индексу восприятия коррупции среди 176 государств мира, 2012-2020 годы

Год	2012	2013	2014	2015	2020
Страна					
Кыргызстан	154	150	136	123	144
Россия	133	127	136	119	136

Источник: Index of Corruption Perceptions, 2002-2023 [216, p.1]

В 2022 году отмечено повышение индекса восприятия коррупции как в России (30), так и в Кыргызстане (31), что свидетельствует о некотором снижении коррупции в обеих странах (Мировой атлас данных, 2022) [62, с.1].

Важнейшим фактором преодоления неравенства и бедности является доступ к услугам здравоохранения и образования (World Bank, 2022) [374, р.274]. В странах как с высокими, так и с низкими доходами государственные расходы на здравоохранение чаще всего идут на пользу богатым, а не бедным (Filmer D., 2003; Hanratty B. et al., 2007) [184, р.23; 206, р.89]. Медицинские

услуги, предоставляемые малоимущим людям, в значительной степени не ресурсами (World Bank, 2022) [374, p.274]. обеспечены специализация медицинских учреждений и врачей, преимущественное финансирование дорогостоящих медицинских услуг увеличивают расходы здравоохранения в ущерб первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая наиболее доступна, особенно для бедного населения. При надлежащей организации ПМСП обеспечивает эффективную профилактику заболеваний и способствует формированию ЗОЖ, которые в свою очередь могут почти на 70% сократить бремя болезней (BO3, 2008; WHO, 2018 [18, c.125; 357, p.18]. Большинство стран с высоким доходом и некоторые страны со средним доходом добились впечатляющих успехов в повышении эффективности и равенства в предоставлении медицинских услуг, включая превентивные программы для всех домохозяйств без или с минимальной оплатой (Jamison D. et al., 2013) [218, p.1898].

Сравнительная оценка доступности медицинских услуг как фактора смягчения бедности и неравенства в Кыргызской Республике и Российской Федерации с учетом их огромных различий в экономическом развитии показала, что такие важные демографические и эпидемиологические показатели, как СПЖ населения и стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от болезней системы кровообращения (БСК) и рака в 2000-2021 годы в России не были лучше, чем в Кыргызстане (табл. 3.8).

Таблица 3.8 – Динамика СПЖ населения и СВПС от БСК и рака в Кыргызской Республике и Российской Федерации, 2000-2021 годы

	СПЖ, лет (2000-2021 годы)							
Год	2000	2010	2015	2021				
Страна								
Кыргызстан	66,6	68,8	71,1	71,9				
Россия	65,5	68,8	70,9	69,4				

	СВПС от БС	К на 100 тыс. на	аселения (2000-	2019 годы)
Год	2000	2010	2015	2019
Страна				
Кыргызстан	673,0	693,0	476,9	466,3
Россия	845,0	801,0	616,0	432,9
	СВПС от раг	ка на 100 тыс. н	аселения (2000-	2019 годы)
Год	2000	2010	2015	2019
Страна				
Кыргызстан	114,0	112,4	94,8	90,5
Россия	202,9	204,9	202,4	128,4

Источник: Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2024 [62, c.1; 376, p.1]

Напротив, в 2000 году СПЖ населения в России была ниже (65,5 лет), чем в Кыргызстане (66,6 лет). В 2015 и 2021 годах данный показатель Кыргызстане был выше (соответственно 71,1 и 71,9 лет), чем в России (соответственно 70,9 и 69,4 лет). СВПС от БСК в России в 2000-2015 годах значительно превышал (616-845 на 100 тыс. населения) его уровень в Кыргызстане (476,9-693 на 100 тыс. населения). В 2019 году данный показатель снизился как в России (432,9 на 100 тыс. населения), так и в Кыргызстане (466,3 на 100 тыс. населения). СВПС от рака в РФ в 2000-2019 годах был значительно выше (128,4-204,9 на 100 тыс. населения) по сравнению с КР (90,5-114,0 на 100 тыс. населения).

В чем же причины того обстоятельства, что в России, несмотря на 6-10 кратное превышение ВВП на душу населения в долларах США по сравнению с Кыргызстаном, демографические и эпидемиологические показатели оказались хуже. Как видно из данных, представленных в табл. 3.9, в 1995-2020 годах общие и государственные расходы здравоохранения в процентах от ВВП в Российской Федерации колебались соответственно в пределах 5,2-7,6 и 3,2-5,3 и в Кыргызской Республике – соответственно 4,7-7,1 и 2,1-3,7.

Таблица 3.9 – Динамика расходов здравоохранения в Кыргызской Республике и Российской Федерации, 1995-2020 годы

Год	1995	2000	2005	2009	2015	2020	
Страна							
	Общие расходы здравоохранения в процентах от ВВП						
Кыргызстан	6,0	4,7	5,8	6,7	7,1	5,2	
Россия	5,4	5,4	5,2	6,8	5,6	7,6	
	Государственные расходы здравоохранения						
	в процентах от ВВП						
Кыргызстан	3,0	2,1	2,3	3,7	3,5	2,3	
Россия	3,6	3,2	3,2	3,5	3,4	5,3	
	Расходы здравоохранения как процент						
	от общегосударственного бюджета						
Кыргызстан	10,7	11,9	11,9	12,9	12,1	6,9	
Россия	9,0	12,7	11,7	8,5	9,5	13,6	
	Об	Общие расходы здравоохранения в долларах США					
	на душу населения						
Кыргызстан	19	13	28	58	92	63	
Россия	113	96	277	727	524	773	
	Государственные расходы здравоохранения в долларах США						
	на душу населения						
Кыргызстан	19	6	18	30	30	28	
Россия	68	56	166	347	292	545	

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

Расходы здравоохранения от общегосударственного бюджета в Кыргызстане, превышавшие 10% в 1995-2015 годах, сократились до 6,9% в 2020 году, а в России увеличились до 13,6%. Общие и государственные расходы здравоохранения в долларах США на душу населения в РФ были значительно выше, превышая в некоторые годы более чем в 10 раз, уровни

данных показателей в Кыргызстане. Общим для РФ и КР является функционирование в обоих государствах бюджетно-страховой системы здравоохранения. В остальном имеются существенные различия. Прежде всего, страховые взносы от работодателей в систему ОМС в России значительно выше (5,1%), чем в Кыргызстане (2%). В России между плательщиком и поставщиками медицинских услуг функционируют страховые медицинские организации как финансовые посредники. По данным Шишкина С.В. и соавт. (2017) [98, с.54], их полезность и результативность по сравнению с затратами (15,1 млрд. рублей в 2015 году) оказались неубедительными. В Кыргызстане создана и успешно функционирует система «Единого плательщика» в лице Фонда ОМС при Министерстве здравоохранения без страховых медицинских организаций. По данным Максимовой Т.Г., Антохина Ю.Н. (2017) [57, с.173], в структуре Федерального бюджета на здравоохранение на 2016 год 72% средств предусмотрены на финансирование государственной программы «Развитие здравоохранения». При этом 50,2% направлены на финансирование стационарной помощи, 16,1% – на амбулаторно-поликлиническую помощь, 0,1% – на скорую медицинскую помощь, 8,2% – на санаторно-оздоровительные услуги и 20,2% – на высокотехнологическую помощь. Таким образом, в сумме расходы на стационарную и высокотехнологическую помощь составили 70,4%. Число больных, получивших высокотехнологическую медицинскую помощь в России, возросло за период с 2005 года по 2015 год в 13,7 раза (с 60 тыс. до 823,3 тыс. чел.), а численность населения, прошедшего диспансеризацию с 2008 года по 2015 год, увеличилась в 3,9 раза (соответственно с 5,8 млн. человек до 22,5 млн. человек) (Шишкин С.В. и соавт., 2016) [97, с.67]. В то же время, измеренный по 25 показателям, уровень развития участковой (первичной) службы в России заметно ниже, чем во всех постсоветских странах Европейской части бывшего СССР (Сигов В.И. и соавт., 2015) [88, с.168]. Поэтому, по мнению Шишкина С.В. и соавт. (2017) [98, с.54], наиболее острой проблемой здравоохранения России является низкая доступность ПМСП и плохое качество их услуг. Так, за последнее десятилетие в стране произошло

значительное сокращение кадров ПМСП, особенно в участковой службе. Дефицит участковых терапевтов составляет 30% и педиатров — 10%. Две трети врачей ПМСП в России — это лица предпенсионного и пенсионного возрастов. Как известно, при слабой системе ПМСП увеличивается потребность в дорогостоящей стационарной помощи (высокие показатели госпитализации и количества проведенных койко-дней) и возрастает использование скорой медицинской помощи.

Кыргызской Республике в процессе реформирования системы здравоохранения приоритетное развитие получила ПМСП счет реструктуризации избыточной стационарной помощи (Moldoisaeva S. et al., 2022; WHO, 2022) [265, с.20; 369, р.24]. Существенно улучшилось сельское здравоохранение благодаря внедрению семейной медицины, переобучению сельских врачей и медицинских сестер, начиная с 1997 года. В последние годы постоянно повышалась их заработная плата (Fonken P. et al., 2020) [185, p.447]. В 2015 году из средств консолидированного бюджета системы Единого плательщика на финансирование стационарной помощи были направлены 58,7%. Средства ПМСП составили 26,6%, стоматологические услуги – 3%, скорая помощь – 3,7% и лекарственное обеспечение – 2%. В целом, финансирование ПМСП и амбулаторной помощи достигло 35,3%, что является реформы здравоохранения Кыргызстана. значительным достижением Благодаря этому процент людей, не обращавшихся за медицинской помощью из-за финансовых или географических барьеров сократился от 11,2% в 2000 году до 4,4% в 2009 году.

Таким образом, в системах финансирования здравоохранения предоставления медицинских услуг в двух государствах имеются значительные Во-первых, В России общие и государственные различия. здравоохранения на душу населения в долларах США многократно превышают их уровень в Кыргызстане. Во-вторых, в России эти средства направляются на финансирование дорогостоящей стационарной И высокотехнологичной медицинской помощи (70,4%), а на первичную и амбулаторную помощь –

16,2%, в Кыргызской Республике стационарная помощь потребляет 58,7%, а ПМСП и амбулаторная помощь — 35,3%. Приоритетное финансирование ПМСП при резко ограниченных финансовых ресурсах в Кыргызстане привело к почти 3-х кратному росту доступности населения к медицинским услугам. Это может отчасти объяснить, почему в России, несмотря на огромное превышение ВВП, общих и государственных расходов здравоохранения на душу населения в долларах США, уровень неравенства, демографические и эпидемиологические показатели оказались не лучше по сравнению с Кыргызской Республикой.

Сравнительный анализ динамики бедности и неравенства в Кыргызстане и соседних государствах за 1990-2021 годы показал, что в 1990 году перед развалом СССР ВВП на душу населения в долларах США в Кыргызской Республике был самым низким (234 долларов) по сравнению с соседними странами (табл. 3.10). Наибольшим данный показатель оказался в Казахстане (1647 долларов). Далее следовали Узбекистан, Таджикистан и Китай (соответственно 651, 497 и 317 долларов). В последующие 30 лет (1990-2021 годы) во всех анализируемых странах наблюдался рост ВВП на душу населения в долларах США, за исключением Таджикистана, где в 1995-2000 годах отмечалось резкое падение ВВП соответственно до 213 и 138 долларов на душу населения в результате гражданской войны (1992-1997 годы).

Таблица 3.10 – Динамика ВВП на душу населения в долларах США в Кыргызстане и соседних государствах (1990-2021 годы)

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2021
Страна							
Кыргызстан	234	325	279	377	880	1279	1276
Казахстан	1647	1288	1229	3771	9070	10509	10373
Китай	317	609	959	1753	4560	8123	12556
Таджикистан	497	213	138	337	738	918	897
Узбекистан	651	585	558	546	1377	2137	1983

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

С 2015 года по 2021 год значительный рост ВВП на душу населения произошел в Китае (соответственно от 8123 до 12556 долларов), в остальных странах наблюдался некоторый спад данного показателя. Как было изложено выше, мировой опыт свидетельствует о том, что экономический рост приводит к сокращению уровня бедности (ВБ, 2005) [23, с.253]. И, действительно, в Казахстане, где ВВП на душу населения возрос в 6,3 раза (от 1647 долларов в 1990 году до 10509 долларов в 2015 году), а в Китае – в 25,6 раза (от 317 долларов в 1990 году до 8123 долларов в 2015 году) резко сократился уровень бедности. Как видно из табл. 3.11, в 2000 году данный показатель в Казахстане составлял 46,7%, а к 2015 году снизился до 2,7%. В Китае в 1990 году уровень бедности был ещё выше (66,6%), но в 2013 году он упал до 1,9%, а в 2020 году не было бедных по национальному порогу бедности. В Кыргызстане уровень бедности с 1992 года по 2020 год снизился более чем в 2 раза (соответственно от 57% до 25,4%). Однако, несмотря на снижение уровня бедности за последние десятилетия в Кыргызстане и Таджикистане он все еще остается высоким, составив по национальному порогу бедности соответственно 25,4% в 2020 году и 26,3% в 2019 году. В Узбекистане бедность была на относительно низком уровне - 10,9% в 1998 году и 14,1% в 2013 году. Критерием бедности при данном анализе считался 1,9 доллара США в день на одного человека.

Таблица 3.11 – Динамика уровня бедности (%) в Кыргызстане и соседних государствах, 1992-2020 годы

Год	1992	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Страна							
Кыргызстан	57,0	43,5	62,6	45,9	33,7	30,6	25,4
Казахстан	-	-	46,7	31,6	6,5	2,7	5,3
Китай	66,6	42,0	32,0	18,8	11,2	1,9	0
	(1990)					(2013)	

Таджикистан	54,4	-	-	30,8	-	34,3	26,3
	(1999)			(2003)			(2019)
Узбекистан	-	10,9	16,8	17,1	15,0	14,1	-
		(1998)		(2003)	(2012)	(2013)	

Источник: Мировой атлас данных, 2022 [62, с.1]

Сравнительный анализ индекса Джини показал, что в 1993 году данный показатель был очень высоким в Кыргызстане (53,7), но стабильно сокращался в последующие годы, достигнув 26,8 в 2015 году и 29,0 в 2020 году, что свидетельствует о значительном снижении неравенства в стране (табл. 3.12).

Таблица 3.12 – Динамика индекса Джини в Кыргызстане и соседних государствах, 1993-2020 годы

Год	1993	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Страна							
Кыргызстан	53,7	46,4	31,0	32,6	30,1	26,8	29,0
Казахстан	-	35,4	34,0	29,6	28,6	29,0	27,0
		(1996)	(2001)				(2018)
Китай	-	-	-	42,8	-	42,2	38,0
				(2008)		(2012)	(2019)
Таджикистан	-	29,5	32,7	32,2	30,8	34,0	-
		(1999)	(2003)	(2007)	(2009)		
Узбекистан	-	44,7	36,1	35,3	-	-	-
		(1998)		(2003)			

Источник: Мировой атлас данных, 2022 [62, с.1]

В Казахстане индекс Джини в 1996 году равнялся 35,4 и постепенно уменьшился до 27,0 в 2018 году. Данный индекс в Китае, судя по имеющимся данным за 2005, 2015 и 2019 годы, составил соответственно 42,8, 42,2 и 38,0. Следовательно, уровень неравенства в этой стране высокий, несмотря на

стремительный и значительный экономический рост. В Узбекистане в 1998 году индекс Джини был также очень высоким (44,7), но в 2003 году он снизился до 35,3. И, напротив, в Таджикистане данный показатель повысился от 29,5 в 1999 году до 34,0 в 2015 году. Вышеизложенные данные свидетельствуют о том, что уровень неравенства снизился за последние десятилетия в Кыргызстане и Казахстане, оставаясь на высоком уровне в Китае и Узбекистане, и увеличившись в Таджикистане.

Коррупция является одним из важных факторов, влияющих на уровень неравенства. В табл. 3.13 представлены данные о динамике индекса восприятия коррупции в Кыргызстане и соседних странах. Как известно, чем меньше величина индекса восприятия коррупции, тем выше ее уровень в стране.

Таблица 3.13 — Динамика индекса восприятия коррупции в Кыргызстане и соседних государствах, 2005-2022 годы

Год	2005	2010	2013	2015	2022
Страна					
Кыргызстан	22	20	24	28	27
Казахстан	26	29	28	28	36
Китай	32	35	40	37	45
Таджикистан	22	21	22	26	24
Узбекистан	21	16	17	19	31

Источник: Index of Corruption Perceptions, 2002-2022 [216, p.1]

В Кыргызстане индекс восприятия коррупции повысился от 22 в 2005 году до 28 и 27 соответственно в 2015 и 2022 годах, указывая на некоторое снижение коррупции. Аналогичный тренд наблюдался в Казахстане (соответственно 26 и 36). Наиболее значимый позитивный тренд отмечен в Китае, где индекс восприятия коррупции, составлявший 32 в 2005 году, возрос до 45 в 2022 году. Это свидетельствует о существенном снижении уровня коррупции в Китае. Сходный тренд наблюдался в Узбекистане (соответственно

21 и 31). И, напротив, в Таджикистане величина индекса восприятия коррупции за анализируемые годы была небольшой, составив в 2005 и 2022 годах соответственно 21 и 24, что указывает на высокий уровень коррупции в стране.

Анализ динамики бедности и неравенства в Кыргызстане за последние 30 лет свидетельствует о том, что в 1990 году страна была самой бедной среди соседних государств, имея 234 долларов США на душу населения. В 2021 году данный показатель увеличился в 5,4 раза, достигнув 1276 долларов на душу населения. В результате экономического роста уровень бедности в стране с 1992 года по 2020 год снизился более чем в 2 раза (соответственно от 57% до 25,4%). Сходные позитивные тренды отмечались Таджикистане и В Узбекистане. Более значительный экономический рост в Казахстане и Китае привел к резкому сокращению уровня бедности в этих странах. Анализ динамики индекса Джини показал, что уровень неравенства снизился за последние десятилетия в Кыргызстане и Казахстане, оставаясь на высоком уровне в Китае и Узбекистане, и увеличившись в Таджикистане. В Кыргызстане индекс восприятия коррупции повысился от 22 в 2005 году до 28 и 27 соответственно в 2015 и 2022 годах, указывая на некоторое снижение уровня коррупции. Аналогичные тренды наблюдались в Казахстане, Китае и Узбекистане. Лишь в Таджикистане сохранялся высокий уровень коррупции.

Таким образом, сравнительный анализ экономических И демографических показателей, неравенства И бедности Кыргызской Республике, соседних странах (Казахстан, Таджикистан, Узбекистан) и России выявил следующие тенденции. Кыргызстан и Таджикистан имеют самый низкий ВВП на душу населения, в отличие от Казахстана и России. Одним из основных источников доходов Кыргызстана и Таджикистана остаются денежные переводы трудовых мигрантов, тогда как экономики Казахстана и России опираются на добычу полезных ископаемых и промышленное производство. В Кыргызстане и Таджикистане наблюдаются более высокие темпы роста численности населения, что связано с высокой рождаемостью. Россия и Казахстан сталкиваются с замедленным демографическим ростом,

кроме того, в России также наблюдаются депопуляция и старение населения. Бедность и неравенство в доходах остается значительным в Кыргызстане и Таджикистане, особенно в сельской местности. В Узбекистане и Казахстане бедность также существует, но в меньших масштабах по сравнению с Кыргызстаном и Таджикистаном. В России уровень бедности существенно ниже, однако в последние годы он вырос из-за экономических санкций и стагнации экономики. Китаю удалось полностью искоренить бедность. Таким образом, Кыргызстан и Таджикистан сталкиваются с более серьезными экономическими и социальными вызовами по сравнению с соседними странами и Россией, что требует принятия более решительных мер по сокращению бедности и уменьшению неравенства.

Результаты наших исследований по вопросам бедности и неравенства были учтены при разработке и внедрении ряда национальных программ и стратегий по развитию, включая «Национальную программу преодоления бедности «Аракет» (1998-2000 годы и 2001-2005 годы) [65, с.10]. В данной программе были выделены три главных приоритетных направления: 1) создание условий, сопутствующих экономическому росту, 2) обеспечение эффективного использования ресурсов, гораздо более выделяемых здравоохранение и образование и 3) поддержание и расширение реформ в области социальной защиты. В начале XXI столетия в Кыргызской Республике были разработаны Национальная стратегия сокращения бедности (2003-2005) годы) [66, с.24] и Комплексная основа развития (КОР) [48, с.106] страны до 2010 года. Общая цель КОР заключалась в достижении политического и социального благополучия, благосостояния экономического народа Кыргызстана в условиях главенства принципов свободы, человеческого достоинства и равных возможностей для каждого. Основными составляющими общей цели являлись эффективное и прозрачное государственное управление, справедливое и обеспечивающее защиту и человеческое развитие общество, устойчивый экономический рост и развитие. В Стратегии развития страны (СРС) (2009-2011 годы) [93, с.196] было отмечено, что снижение темпов роста

глобальной экономики, проблемы в крупнейших экономиках мира создают угрозу замедления роста экономики страны. Наибольшие риски для экономики страны были связаны с возможным оттоком за пределы страны финансовых ресурсов из банковской системы, повышением стоимости национальной валюты и ростом инфляционных процессов. Экономика Кыргызстана не обладает достаточной способностью сглаживать последствия негативных процессов на мировых финансовых и товарных рынках, поскольку она остается небольшой, открытой и слабо диверсифицированной (СРС, 2009) [93, с.196]. В Национальной стратегии устойчивого развития Кыргызской Республики на период 2013-2017 годов [67, с.2], разработанной Национальным советом и утвержденной Указом Президента КР 21 января 2013 года, Кыргызстан по итогам 2009 года был оценен как самое бедное государство в СНГ. Поэтому стратегия предложила сосредоточить усилия на реализации трех обязательных условий: 1) опора на собственные возможности; 2) обеспечение верховенства права и законности и 3) достижение единства. Национальная стратегия развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы [68, с.75] отмечает, что «Экономическая политика государства будет ориентирована на обеспечение занятости, стабильных доходов, создание производительных рабочих мест с учетом вызовов будущего в сфере рынка труда».

## 3.3. Демографические переходы и дивиденды, вклад миграции населения в экономическое и социальное развитие Кыргызской Республики

Демографические переходы и дивиденды, а также вклад миграции населения играют ключевую роль в снижении бедности и неравенства, особенно в развивающихся странах. Изменения в структуре населения, такие как рост численности трудоспособного населения и снижение рождаемости,

могут привести к увеличению экономической активности и росту производства, что, в свою очередь, способствует улучшению жизненных условий и снижению уровня бедности. Миграция населения, как внутренняя, так и международная, также вносит значительный вклад в этот процесс, обеспечивая приток рабочей силы и стимулируя трансферы средств, которые улучшают финансовое положение семей и сообществ. Демографические переходы и дивиденды Кыргызстана рассмотрены в сравнительном аспекте с Россией, с учетом их исторической общности, а также тесного экономического и социального взаимодействия двух стран. В данном разделе представлен подробный анализ ключевых демографических показателей, таких как рождаемость, смертность и фертильность, в Кыргызстане и России за последние 60 лет (1960–2020 годы). На основе данных, представленных на рисунке 3.16, можно отметить, что в 1960 году показатель рождаемости в Кыргызстане был значительно выше, составив 40,7 на 1000 населения, в то время как в России этот показатель равнялся 23,8 на 1000 населения.

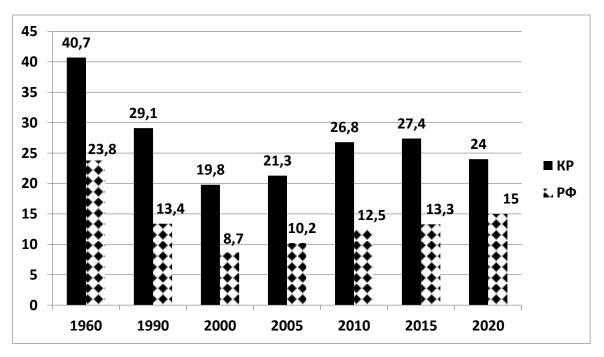


Рисунок 3.16 — Сравнительные данные показателя рождаемости на 1000 населения в Кыргызстане и России, 1960-2020 годы Источник: Мировой атлас данных, 2018; World Bank, 2024 [62, c.1; 376, p.1]

В последующие десятилетия показатель рождаемости в России достиг минимальных значений, особенно в 2000 и 2005 годах составив соответственно 8,7 и 10,2 на 1000 населения. В Кыргызстане, несмотря на тенденцию к снижению, данный показатель оставался на достаточно высоком уровне, превышая его уровень в России более чем в два раза в период с 1990 по 2015 годы. В 1960 году показатель смертности в Кыргызстане был почти в 2 раза выше (15,7 на 1000 населения), чем в России (8,3 на 1000 населения) (рисунок 3.17). Однако, начиная с 1990 года, ситуация радикально изменилась в обратную сторону. Показатель смертности в России стал резко увеличиваться, достигнув наивысшего уровня в 2005 году (16,1 на 1000 населения). В Кыргызстане, напротив, отмечалось стабильное снижение и к 2015 году этот показатель исторического минимума в 5,8 на 1000 населения в 2015 году.

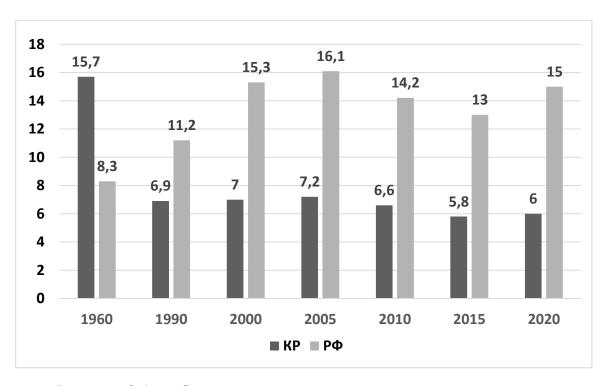


Рисунок 3.17 — Сравнительные данные показателя смертности на 1000 населения в Кыргызстане и России, 1960-2020 годы Источник: Мировой атлас данных, 2018; World Bank, 2024 [62, c.1; 376, p.1]

Как уже было отмечено, в Кыргызстане уровень рождаемости в течение 60 лет (1960-2020 годы) существенно превышал уровень смертности. И,

напротив, в России, начиная с 1990 года, показатель смертности был значительно выше показателя рождаемости вплоть до 2015 года, когда эти показатели почти сравнялись (соответственно 13 и 13,3 на 1000 населения). Однако в 2020 году показатель смертности (15 на 1000 населения) вновь превысил показатель рождаемости (10 на 1000 населения) (рисунок 3.18). Этот процесс привел к сокращению численности населения страны от 148,6 млн. человек в 1990 году до 144,4 млн. человек в 2015 году. В предыдущие 30 лет (1960-1990 годы), когда рождаемость в России превышала смертность, численность населения страны возросла от 119,8 млн. человек до 148,6 млн. человек.

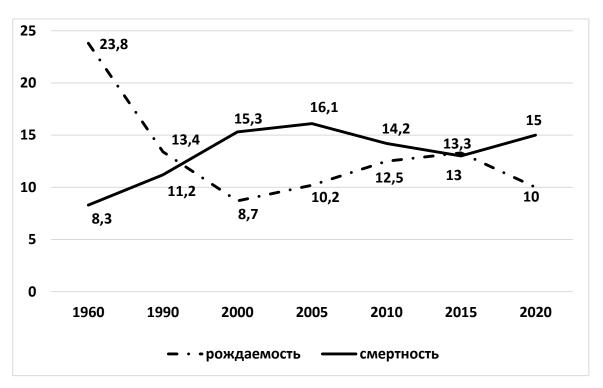


Рисунок 3.18 – Динамика показателей рождаемости и смертности на 1000 населения в России, 1960-2020 годы

Источник: Мировой атлас данных, 2018; World Bank, 2024 [62, с.1; 376, р.1]

В 1960 году уровень фертильности в Кыргызстане составлял 5,5 детей на одну женщину, что более чем в два раза превышало аналогичный показатель в России, равный 2,5 детям на одну женщину (рис. 3.19). Значительное превышение данного показателя в Кыргызстане сохранялось на протяжении

всех последующих 60 лет наблюдения. В течение этого времени фертильность в Кыргызстане стабильно находилась на уровне, способствующем расширенному воспроизводству. В то же время в России уровень фертильности лишь в 1960 году превышал уровень простого воспроизводства. В дальнейшем, на протяжении следующих 60 лет, фертильность в России оставалась ниже уровня простого воспроизводства (менее 2,1 ребенка на одну женщину), что, наряду с высокой смертностью, стало причиной депопуляции населения.

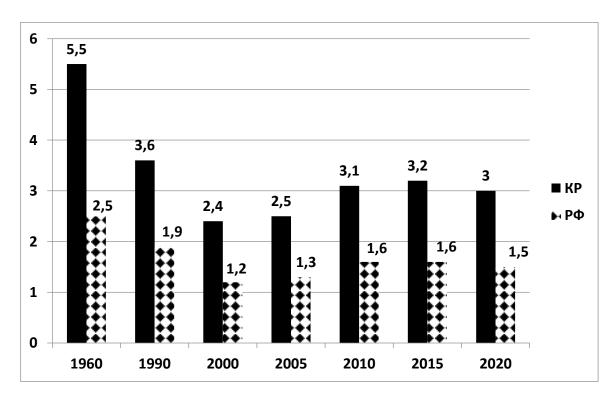


Рисунок 3.19 — Сравнительные данные уровня фертильности (количество детей на одну женщину) в Кыргызстане и России, 1960-2020 годы

Источник: Мировой атлас данных, 2018; World Bank, 2024 [62, с.1; 376, р.1]

В 2022 году уровень фертильности в России снизился до 1,5 детей на одну женщину, в то время как показатель рождаемости упал до 9,5 на 1000 населения, а показатель смертности возрос до 16,3 на 1000 населения. В Кыргызстане показатели рождаемости и фертильности оставались высокими соответственно 23,3 на 1000 населения и 2,9 детей на одну женщину, а показатель смертности был более чем в два раза ниже (6,0 на 1000 населения),

чем в России (16,3 на 1000 населения) (World Bank, 2024) [376, р.1]. Исходя из классификации ООН, дополненной Rosset E. (1980) [303, р.61], можно констатировать, что тренды рождаемости и смертности в России с 1990 года по 2022 год свидетельствуют о её вступлении в 5-ю фазу демографического перехода, то есть депопуляции. Надо полагать, что демографическая ситуация в России была бы более катастрофичной без массовой иммиграции населения, прежде всего, из стран Центральной Азии. По данным Ионцева В.А. (2006) [40, с.38], международная миграция с 1992 года стала не только главным фактором роста численности населения, но и смягчения негативного демографического развития России.

Мы сочли важным также провести сравнительный анализ демографической ситуации в пяти республиках Центральной Азии до и после распада СССР. Исследования показали, что наибольшая численность населения в 2010 году наблюдалась в Узбекистане (27,7 млн человек) и наименьшая – в Туркменистане (5,0 млн человек). Прогнозируется, что к 2050 году численность населения Узбекистана достигнет 37,1 млн. человек, Казахстана – 22,4 млн. человек, Таджикистана – 14,2 млн. человек и Туркмении – 6,5 млн. человек. В свою очередь, численность населения Кыргызстана в 1960 и 2010 годах составила соответственно 2,1 и 5,4 млн человек, а к 2050 году ожидается рост до 8,2 млн человек (табл. 3.14). Эти данные подчеркивают динамику демографического развития Кыргызстана на фоне изменений в регионе и позволяют лучше понять его положение и перспективы среди соседних стран.

Таблица 3.14 – Динамика численности населения в республиках Центральной Азии (млн. человек), 1960-2050 годы

Год	1960	2010	2050
Страна			
Кыргызстан	2,1	5,4	8,2
Казахстан	9,9	16,3	22,4
Таджикистан	2,06	7,5	14,2

Туркменистан	1,5	5,0	6,5
Узбекистан	8,7	27,7	37,1

Источник: UN, 2010 [329, p.1]

Возрастная структура населения республик Центральной Азии является преимущественно молодой, за исключением Казахстана, где доля населения в возрасте 65 лет и старше составила в 2020 году 8,4%, что является наибольшим показателем среди анализируемой группы стран (табл. 3.15). Важно отметить, что доля трудоспособной части населения во всех республиках Центральной Азии в 1960-1980 годах была низкой и не достигала 60%, что не позволяло республикам извлекать выгоду из демографического дивиденда. Лишь в 1990 году в Казахстане и в 2010 году в остальных республиках данный показатель 60%, превысил благоприятные создав условия ДЛЯ получения демографического дивиденда и став мощным стимулом к трудовой миграции в условиях отсутствия рабочих мест с достойной заработной платой в странах региона. Как известно, наибольшее количество трудовых мигрантов из Кыргызстана, Таджикистане и Узбекистана работают в Российской Федерации.

Таблица 3.15 — Возрастная структура населения (%) в республиках Центральной Азии, 2020 год

Возраст	0-14 лет	15-64 лет	65 лет и старше	
Страна				
Кыргызстан	30,4	63,8	5,8	
Казахстан	26,1	65,5	8,4	
Таджикистан	31,4	64,9	3,7	
Туркменистан	25,4	69,2	5,4	
Узбекистан	23,2	70,9	5,9	

Источник: World Health Rankings, 2022 [379, p.1]

Важно подчеркнуть, что высокая доля трудоспособной части населения в республиках Центральной Азии сохранится до 2050 года, что будет способствовать устойчивому экономическому росту при условии реализации надлежащей социально-экономической, демографической и миграционной политике (UN, 2010 [329, p.1]).

Показатель рождаемости в Кыргызстане в 1960 году составил 40,7 на 1000 населения, что было выше, чем в Казахстане (35,5/1000), но ниже чем в Таджикистане (48,6/1000), Туркменистане (45,7/1000) и Узбекистане (44,1/1000). В последующие годы во всех республиках отмечалось снижение данного показателя, причем в Кыргызстане, Казахстане и Туркменистане в 2000 году произошло резкое его падение, за которым последовал рост в 2010 и 2015 годах. В Таджикистане и Узбекистане же имело место постепенное снижение показателя рождаемости с 1960 года по 2015 год (табл. 3.16). В 2022 году уровень рождаемости показатель снизился в Кыргызстане, Казахстане, Таджикистане и Туркменистане, в то время как в Узбекистане наблюдалось незначительное повышение этого показателя.

Таблица 3.16 – Показатель рождаемости на 1000 населения в республиках Центральной Азии, 1960-2022 годы

Год	1960	1990	1995	2000	2010	2015	2022
Страна							
Кыргызстан	40,7	29,1	25,6	19,8	26,8	27,4	23,3
Казахстан	35,5	22,2	17,5	14,9	22,5	22,7	20,8
Таджикистан	48,6	40,5	35,0	30,1	30,0	29,3	26,0
Туркменистан	45,7	35,5	28,8	23,6	25,4	26,0	20,8
Узбекистан	44,1	34,8	29,2	22,7	22,5	21,4	22,4

Источник: Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2024) [62, c.1; 376, p.1]

В 1960 году уровень фертильности в республиках Центральной Азии был очень высоким, особенно в Таджикистане, Туркменистане, Узбекистане и

Кыргызстане где он составлял соответственно 6,5, 6,6, 6,3 и 5,5 детей на одну женщину. В последующие десятилетия данный показатель снизился, однако в большинстве республик он сохранился на уровне расширенного воспроизводства (более 2,18 детей на одну женщину), за исключением Казахстана, где в 2000 году показатель составил 1,8 детей на одну женщину. В период с 2010-2022 годы фертильность во всех республиках Центральной Азии вновь увеличилась (табл. 3.17).

Таблица 3.17 — Фертильность (количество детей на одну женщину) в республиках Центральной Азии, 1960-2022 годы

Год	1960	1990	1995	2000	2010	2015	2022
Страна							
Кыргызстан	5,5	3,6	3,1	2,4	3,1	3,2	2,9
Казахстан	4,6	2,7	2,3	1,8	2,6	2,7	3,0
Таджикистан	6,5	5,2	4,6	3,9	3,5	3,4	3,1
Туркменистан	6,6	4,3	3,5	2,8	2,8	2,9	2,6
Узбекистан	6,3	4,1	3,6	2,6	2,3	2,5	2,8

Источник: Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2024 [62, c.1; 376, p.1]

Показатель смертности населения Кыргызстане в 1960 году был очень высоким (15,7 на 1000 населения), что соответствовало общим тенденциям в других республиках. К 1990 году уровень смертности снизился более чем в два раза (6,9 на 1000 населения). Затем, после временного повышения уровня смертности до 8,0 на 1000 населения в 1995 году, наблюдалось устойчивое снижение данного показателя до 5,8 на 1000 населения в 2015 году и до 6,0 в 2022 году. Сходные тренды наблюдались в Таджикистане и Туркменистане, в то время как в Казахстане и Узбекистане показатель смертности увеличился соответственно до 10,2 и 6,0 на 1000 населения (табл. 3.18).

Таблица 3.18 – Показатель смертности на 1000 населения в республиках Центральной Азии, 1960-2022 годы

Год	1960	1990	1995	2000	2010	2015	2022
Страна							
Кыргызстан	15,7	6,9	8,0	7,0	6,6	5,8	6,0
Казахстан	12,3	7,9	10,7	10,1	9,0	7,5	10,2
Таджикистан	15,4	9,7	8,8	7,0	5,5	5,2	4,7
Туркменистан	15,9	8,8	8,3	7,8	7,2	7,1	6,6
Узбекистан	13,6	6,1	6,4	5,5	4,9	4,9	6,0

Источник: Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2024 [62, с.1; 376, р.1]

Значительное снижение показателя естественного прироста в Кыргызской Республике наблюдалось в период с 2000 по 2010 годы, когда он составил 16,1 на 1000 населения. Данный показатель повысился до 20,5 на 1000 населения в 2015 году, затем вновь снизился до 17,3 в 2022 году (табл. 3.19). Наименьший уровень естественного прироста в 2022 году отмечался в Казахстане и Туркменистане соответственно 10,6 и 14,2 на 1000 населения.

Таблица 3.19 — Показатель естественного прироста на 1000 населения в республиках Центральной Азии, 1960-2022 годы

Год	1960	1990	1995	2000	2010	2015	2022
Страна							
Кыргызстан	23,3	24,2	21,0	16,1	16,1	20,5	17,3
Казахстан	22,7	17,4	11,5	4,4	11,1	13,9	10,6
Таджикистан	32,1	33,1	27,8	24,9	23,7	24,8	21,3
Туркменистан	28,1	27,6	24,3	17,1	16,0	19,8	14,2
Узбекистан	29,1	26,4	25,1	18,6	16,2	16,3	16,4

Источник: Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2024 [62, с.1; 376, р.1]

Средняя продолжительность жизни (СПЖ) населения в Кыргызстане в 1960-1965 годы составляла 57,3 года, что было ниже, чем в Казахстане (58,8 лет) и Узбекистане (60,0 лет), но выше по сравнению с Таджикистаном (57,2 лет) и Туркменистаном (55,5 лет). В 1990 году данный показатель возрос, особенно значительно в Кыргызстане, Казахстане и Узбекистане. Однако в 2000 году в этих же республиках произошло заметное снижение СПЖ. К 2021 году уровень средней продолжительности жизни возрос во всех республиках, за исключением Казахстана (табл. 3.20).

Таблица 3.20 – Динамика СПЖ (лет) населения республик Центральной Азии, 1960-2022 годы

Год	1960-	1990	2000	2010	2015	2021
Страна	1965					
Кыргызстан	57,3	68,3	66,6	68,8	71,1	72,0
Казахстан	58,8	68,3	63,9	67,8	70,2	70,0
Таджикистан	57,2	63,4	63,7	67,3	69,7	72,0
Туркменистан	55,5	63,0	63,8	65,8	66,3	69,0
Узбекистан	60,0	69,2	67,1	68,3	69,4	71,0

Источник: UN, 2010; Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2024 [329, p.334; 62, c.1; 376, p.1]

Без снижения младенческой смертности демографический переход не может состояться (Иванов С.Ф., 2013) [36, с.336]. Поэтому целесообразно рассмотреть динамику показателя младенческой, а также материнской смертности в республиках Центральной Азии. Как показано в табл. 3.21, показатель младенческой смертности был очень высоким в 1960 году во всех республиках Центральной Азии, колеблясь от 97,5 на 1000 живорожденных детей в Казахстане до 146,7 в Таджикистане. В последующие десятилетия наблюдалось существенное снижение показателя младенческой смертности, особенно в Казахстане и Узбекистане соответственно до 8,9 и 12,5 на 1000

живорожденных детей в 2020 году. В Кыргызстане данный показатель, составив 15,7 на 1000 живорожденных детей в 2020 году, сократился до 14 в 2023 году (НСК КР, 2024) [72, p.21].

Таблица 3.21 — Динамика показателя младенческой смертности на 1000 живорожденных детей в республиках Центральной Азии, 1960-2020 годы

Год	1960	1990	2000	2010	2015	2020
Страна						
Кыргызстан	125,0	65,0	42,7	24,5	17,4	15,7
Казахстан	97,5	51,4	37,8	18,5	12,2	8,9
Таджикистан	146,7	93,3	67,4	43,2	36,0	28,4
Туркменистан	135,2	78,1	64,8	50,2	44,8	36,1
Узбекистан	109,7	62,0	52,4	35,6	29,1	12,5

Источник: Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2024 [62, с.1; 376, р.1]

Данные по материнской смертности в республиках Центральной Азии были опубликованы лишь в 1980 году (Калабеков И.Г., 2017). Как представлено в табл. 3.22, в 1980 году самая высокая материнская смертность была отмечена в Таджикистане (94,2 на 100 тыс. живорожденных детей) и самая низкая в Туркменистане (40,8 на 100 тыс. живорожденных детей). В Кыргызстане данный показатель равнялся 49,4 на 100 тыс. живорожденных детей. В 1995 году данный показатель увеличился во всех республиках, за исключением Узбекистана.

Таблица 3.22 — Динамика показателя материнской смертности на 100 тыс. живорожденных детей в республиках Центральной Азии, 1980-2020 годы

Год	1980	1995	2000	2010	2020
Страна					
Кыргызстан	49,4	92,0	74,0	84,0	50,0
Казахстан	55,6	92,0	65,0	20,0	13,0
Таджикистан	94,2	129,0	68,0	33,0	17,0

Туркменистан	40,8	74,0	59,0	46,0	5,0
Узбекистан	46,3	32,0	34,0	39,0	30,0

Источник: Калабеков И.Г., 2017; Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2024 [44, c.296; 62, c.1; 376, p.1]

Самый низкий уровень материнской смертности в 2020 году был в Туркменистане и Казахстане (соответственно 5 и 13 на 100 тыс. живорожденных детей), оставаясь высоким в Кыргызской Республике (50 на 100 тыс. живорожденных детей). Однако в 2022 и 2023 годах данный показатель в республике снизился соответственно до 41 и 33 на 100 тыс. живорожденных детей (НСК КР, 2024) [72, р.21].

Таким образом, после распада СССР в республиках Центральной Азии наблюдались сходные демографические тренды, a именно, показателей рождаемости, смертности и естественного прироста населения, стабилизация фертильности на уровне расширенного воспроизводства и увеличение СПЖ населения. Значительно сократилась младенческая материнская смертность. Важно отметить, что с 1990 года в Казахстане и с 2010 года в остальных республиках Центральной Азии, включая Кыргызстан, начался рост трудоспособной части населения, который продолжится до 2050 года. Этот позитивный тренд создает благоприятные условия для получения демографического очередь будет первого дивиденда, что свою способствовать устойчивому экономическому росту при надлежащей социально-экономической, демографической и миграционной политике

Как известно, первый демографический дивиденд возникает в результате увеличения доли трудоспособной части населения (15-64 лет) по отношению к иждивенцам (дети и пожилые лица). В связи с этим, мы провели сравнительный анализ динамики возрастной структуры населения Кыргызской Республики и Российской Федерации. Результаты показывают, что в 1960-1995 годах доля трудоспособной части населения (15-64 лет) Кыргызстана была существенно ниже (52,1-57%) по сравнению с Россией (63,8-68,2%) (UN, 2010) [329, р.1]

(рисунок 3.20). В эти десятилетия, благодаря дотациям из Москвы, в том числе, за счет демографического дивиденда России, в период бывшего СССР в Кыргызстане наблюдался значительный экономический рост. По данным Джунушалиева Д.Д. (1994) [31, с.218], в экономике республики во второй половине 1960-х годов и первой половине 1980-х годов сформировалась многоотраслевая промышленность, которая производила 80% совокупного общественного продукта и составляла более половины национального дохода.

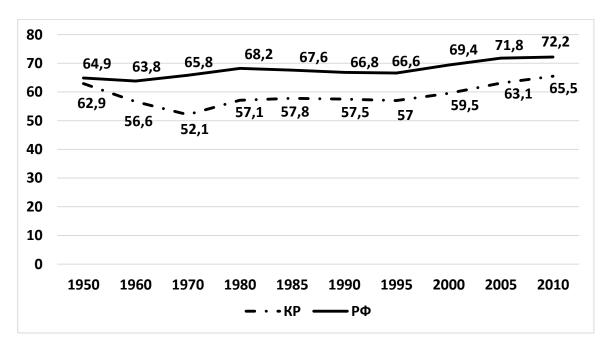


Рисунок 3.20 — Динамика доли (%) работоспособной части населения (15-64 лет) Кыргызстана и России, 1950-2010 годы Источник: UN, 2010 [329, p.1]

В этот период по темпам роста производственного национального дохода Кыргызстан опережал такие республики, как Украина, Казахстан, Литва, Молдова, Туркмения и Эстония. За 20 лет (1965-1985 годы) национальный доход вырос в 2,7 раза, объем промышленного производства — в 4,4 раза, при этом объем продукции машиностроения и металлообработки увеличился почти в 8 раз. Производство электроэнергетики в 1985 году по сравнению с 1960 годом возросло в 12 раз. За относительно короткие сроки в республике были созданы более 150 промышленных предприятий.

В 2005 и 2010 годах доля трудоспособного населения (15-64 лет) Кыргызстана возросла соответственно до 63,1% и 65,5%, что создает благоприятные условия для получения демографического дивиденда и стимулирования экономического роста (UN, 2010) [329, р.1]. Эти позитивные тренды позволили нам прийти к заключению о том, что страна находится в третьей стадии демографического перехода согласно классификации МВФ (IMF, 2019) [215, p.35]. По прогнозам ООН (UN, 2010) [329, p.1], высокая доля трудоспособного населения в Кыргызской Республики сохранится в течение 2015-2050 годов на уровне 65,9-65,8%. Следовательно, на наш взгляд, предстоящие десятилетия будут весьма благоприятными для пожинания демографического дивиденда и стимулирования экономического Кыргызстана. Однако ожидается, что к 2100 году данный показатель снизится до 61,2% (рисунок 3.21), что подчеркивает необходимость разработки эффективной социальной и экономической политики, направленной на максимальное использование демографического дивиденда в краткосрочной и среднесрочной перспективе.

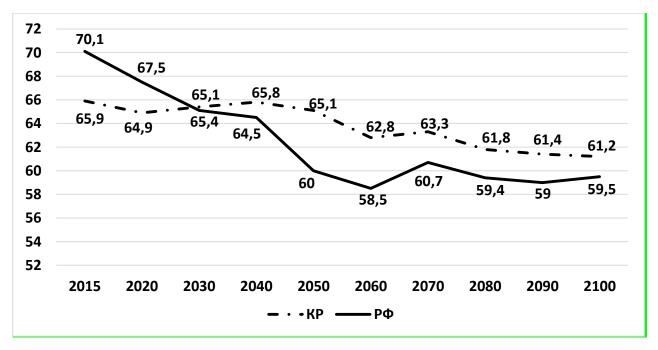


Рисунок 3.21 — Прогноз доли (%) работоспособной части населения (15-64 лет) Кыргызстана и России, 2015-2100 годы

Источник: UN, 2010 [329, p.1]

В частности, для достижения устойчивого экономического роста важно обеспечить создание новых рабочих мест, повысить качество образования и профессиональной подготовки, а также улучшить условия для предпринимательства. Это будет способствовать не только экономическому развитию, но и повышению уровня жизни населения, что, в свою очередь, поможет справиться с проблемами бедности и неравенства.

Вместе с тем, резкий экономический спад и изменение в отношениях собственности, произошедшие в 1990-х годах, привели к кризису семьи как основы общества Кыргызстана. Это вызвало изменения в моделях брачного и репродуктивного поведения населения: наблюдается рост числа незарегистрированных браков, повышение среднего возраста вступления в первый брак, снижение потребности в детях (Крыжанова О.К., 2016) [52, с.96]. За годы независимости доля внебрачных детей увеличилась в 2,5 раза от 12,7% в 1989 году до 31% в 2015 году (Демографический ежегодник КР, 2023) [32, с.311]. Следует также отметить, что после распада СССР начался массовый отток русскоязычного населения из республики, что стало причиной значительного изменения этнического состава населения. Так, если, по данным переписей населения, в 1989 году в Кыргызстане доля русских достигала 21,5%, то в 2015 и 2022 годах она сократилась соответственно до 5,9% и 3,9% от общей численности населения (Демографический ежегодник КР, 2023) [32, с.311]. Существенные изменения этнического состава и брачного поведения населения позволяют нам обосновать научное положение о наличии критериев третьего и четвертого демографических переходов в Кыргызстане. Данный вывод автора полностью подтверждает тезис Ионцева В.А., Прохоровой Ю.А. (2014) [42, с.26] о том, что «ряд стран Центральной Азии, не пройдя полностью все стадии классического демографического перехода «перепрыгивают» его последние стадии, начиная воспринимать западную модель демографического развития», а также, что «каждый последующий порядковый номер концепции демографического перехода второй, третий, четвертый и другие возможные

номера не означает, что они будут следовать друг за другом. Это разные сценарии будущего демографического развития мира в целом, регионов и отдельных стран». Как было показано многими исследователями, отток русскоязычного населения из республик Центральной Азии оказал многостороннее влияние на все сферы социальной, экономической и политической жизни (Рыбаковский Л.Л.; 2005) [83, с.290].

Проблема старения населения для Кыргызстана станет актуальной лишь к 2030 году, когда доля людей в возрасте 65 лет и старше превысит 7%. По прогнозам к 2050 году этот показатель достигнет 9,6% (рисунок 3.22).

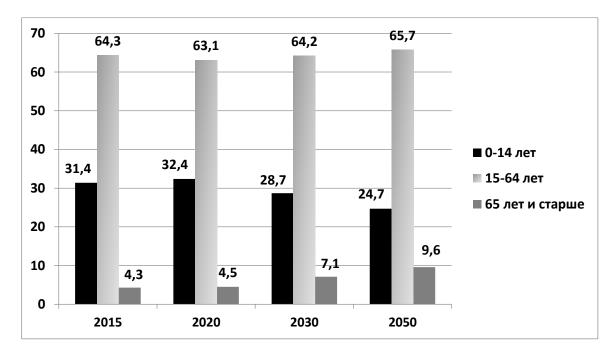


Рисунок 3.22 – Прогноз доли (%) населения по возрастным группам в Кыргызской Республике, 2015-2050 годы Источник: ООН, 2015 [76, с.71]

В последние десятилетия существенное влияние на демографическое поведение населения Кыргызской Республики оказала трудовая миграция, затрагивая социально-экономические демографические его И аспекты. Масштабы И продолжительность миграционных процессов являются беспрецедентными и имеют глубокие последствия (НСК КР, 2020) [71, с.20]. Внешняя и внутренняя трудовая миграция кыргызов, особенно долгосрочная,

приводит к разрыву семейных связей, и как следствие, к неполной реализации репродуктивных функций. Кроме того, массовый характер трудовой миграции подрывает стабильность кыргызской семьи. Длительное раздельное проживание супругов стало нормой для многих семей, что позволяет констатировать появление нового типа семьи, вызванного трудовой миграцией - «дистантная семья» (Бердикеева Т., 2015) [7, c.23]. В период с 2009 по 2012 годы в Кыргызстане находилось за пределами страны более миллиона человек на срок более года, из них около полумиллиона составили женщины репродуктивного возраста, что является значительной долей от общей численности женщин данной возрастной группы. Примечательно, что около 60% из них приходится на женщин в возрасте 20-29 лет, которые отличаются более высокими повозрастными коэффициентами рождаемости по сравнению с другими возрастными группами (Бердикеева Т., 2015) [7, с.23].

Как было показано исследователями (Ионцев В.А., 2000; Рыбаковский Л.Л., 2005) [39, с.38; 83, с.290], отток русскоязычного населения из республик Центральной Азии оказал многостороннее негативное влияние на все сферы социальной, экономической И Вместе политической жизни. миграционные процессы из Кыргызской Республики в Россию также оказали позитивное влияние на репродуктивное поведение населения. В частности, было зафиксировано резкое сокращение числа абортов на 1000 женщин в возрасте 15-39 лет. В 1990 году до распада СССР показатель частоты абортов был очень высоким как в России (146,7 на 1000 женщин), так и в Кыргызстане (82,3 на 1000 женщин). К 2015 году частота абортов снизилась в Кыргызской Республике до 12,1 на 1000 женщин, что составляет почти в 7 раз меньше. Данный позитивный тренд был обусловлен не только массовой эмиграцией русских, но и ростом использования контрацептивов. По данным ООН (2015) [76, с.71], использование любого метода контрацепции среди женщин в возрасте 15-49 лет составило в Кыргызстане – 42%. В России, несмотря на высокий уровень использования контрацептивов (68%), уровень абортов в 2015 году оставался высоким составив 34,5 на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет.

В различные годы от 12,5% до 19,5% трудовых мигрантов из Кыргызстана в Россию имели высшее образование, от 16,8% до 23,4% – среднеспециальное и от 28,2% до 52,3% – среднее общее образование (Единый доклад по миграции в КР. Министерство труда, миграции и молодежи, 2014) [35, с.40]. Это свидетельствует о том, из Кыргызстана в Россию эмигрирует образованная и трудоспособная часть населения, которая вносит определенный вклад в экономику принимающей страны (Ионцев В.А., 2006) [40, с.50]. Несмотря на некоторое снижение доли трудоспособных лиц среди трудовых мигрантов в 2014 году по сравнению с 2011 годом, эта категория остается самой многочисленной группой (соответственно 87% и 79%) (рисунок 3.23).

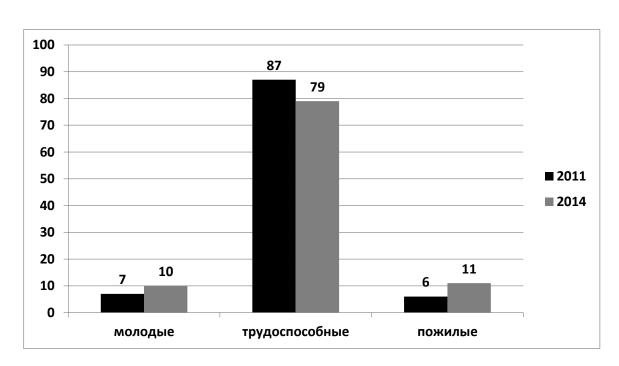


Рисунок 3.23 — Возрастная структура (%) трудовых мигрантов из Кыргызстана в Россию, 2011-2014 годы

Источник: НСК КР, 2015 [70, с.24]

Следует отметить, что в 2015-2020 годах среди кыргызских трудовых мигрантов увеличилось число врачей, учителей и ученых (Концепция миграционной политики Кыргызской Республики на 2021-2030 годы) [50, с.40].

По данным Рязанцева С. (2021) [85, с.20], трудовая миграция из стран Центральной Азии, включая Кыргызстан, в Россию составляет 2,7-4,2 млн.

человек, что соответствует 10-16% экономически активного населения этого региона. В 2013 году объем денежных переводов трудовых мигрантов Центральной Азии равнялся 13,5 млрд. долларов США, а за период с 2013 по 2018 годы превысил 55,2 млрд. долларов. Важно отметить, что только за счет текущего потребления трудовых мигрантов доходы российской экономики в 2013 году составили 1,6 млрд. долларов США. Трудовая миграция не только оказывает значительное влияние на экономику страны, но и способствует экономической и политической интеграции стран, входящих в Евразийский экономический союз (ЕАЭС), что, в свою очередь, создает новые возможности для мигрантов и их семей в родной стране.

Объем денежных переводов кыргызских мигрантов из России за 2007-2017 годы составлял 27-34% ВВП Кыргызстана, достигнув максимального объема более 2,2 млрд. долларов США в год в 2013-2014 годы. Однако, он снизился до 1,683 млрд. долларов в 2015 году и вновь вырос до 2,19 млрд. долларов в 2021 году (НСК КР, 2023) [73, с.5] (рисунок 3.24), приблизившись в 2022 году к 3 млрд. (2,92 млрд. долларов) (Национальный банк КР, 2023) [64, с.1].

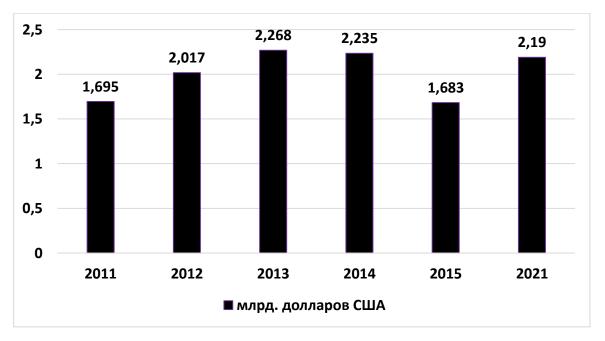


Рисунок 3.24 — Динамика денежных переводов кыргызских трудовых мигрантов из России, 2011-2021 годы Источник: НСК КР, 2023 [73, c.5]

Следовательно, миграция и денежные переводы превратились для домохозяйств Кыргызстана в важный фактор смягчения бедности и неравенства (Кумсков Г.В., 2012) [55, с.56]. По данным НСК КР (2023) [73, с.5], при исключении денежных переводов трудовых мигрантов уровень крайней бедности в Кыргызстане вырос бы от 6,0% до 17,1% в 2021 году.

Кроме того, трудовая миграция из Кыргызской Республики в Россию имеет двойное позитивное значение. С одной стороны, она пополняет долю трудоспособной части населения РФ и, с другой стороны, приносит значительные экономические выгоды для республики. В связи с этим, по нашему мнению, денежные трансферты от кыргызских трудовых мигрантов следует рассматривать как демографический дивиденд.

Таким образом, демографический переход в Кыргызской Республике характеризуется высоким естественным приростом населения и замедлением темпов снижения рождаемости, что создает как возможности, так и вызовы для экономического роста. Демографический дивиденд может быть реализован не только за счет роста трудоспособной части населения, но через улучшение качества человеческого капитала и увеличение занятости. Миграция играет важную роль в экономическом и социальном развитии страны, поскольку денежные переводы трудовых мигрантов составляют значительную долю ВВП, способствуя сокращению бедности. Однако долгосрочная зависимость от трудовой миграции требует диверсификации экономики и создания рабочих мест в стране для долговременного и устойчивого роста.

## ГЛАВА 4. СТРАТЕГИЯ РАЗРАБОТКИ НАУЧНО-ОБОСНОВАННОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ С УЧЕТОМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

4.1. Экономическая и демографическая составляющие самосохранительного поведения населения и их влияние на эпидемиологический переход в Кыргызской Республике

Демография рассматривает самосохранительное поведение как один из видов демографического поведения, наряду с репродуктивным и брачным поведением населения. Самосохранительное поведение – это демографический означающий целесообразные действия И установки направленные на сохранение здоровья в течение всей жизни в физическом, психологическом и социальном аспектах (Антонов А.И., 2010) [6, с.150]. Наиболее важными индикаторами самосохранительного поведения являются смертности от неинфекционных и инфекционных заболеваний, распространенность факторов риска их развития (курение, нездоровое питание, малоподвижный образ жизни, алкоголизм, артериальная гипертония, избыточная масса тела, ожирение и др.). Безусловно, самосохранительное поведение населения во многом зависит от доступности и качества медицинских услуг. Существенная принадлежит образования, роль системе частности, формирование здоровых привычек и навыков в детских садах, школах и вузах.

В Кыргызской Республике в 2020 году хронические неинфекционные заболевания (НИЗ) составили 82% всех причин смертности населения (WHO, 2022) [359, р.24]. Ведущей причиной смертности являются болезни системы кровообращения (БСК) (53%). Инфекционные заболевания, материнские и перинатальные патологии и болезни, связанные с питанием, стали причиной

смерти в 11%, травмы и несчастные случаи– в 10% и другие НИЗ – в 8% (WHO NCD Profile, Kyrgyzstan, 2020) [358, р.1]. Это указывает на то, что страна испытывает «тройное» бремя неинфекционных и инфекционных болезней, материнских и перинатальных патологий, а также травм и других несчастных случаев, как и большинство развивающихся странах мира. В 2020 году потребление алкоголя среди лиц в возрасте 15 лет и старше составило 4,9 литров на душу населения в год. Избыточная масса тела и ожирение регистрируются соответственно у 41,3% мужчин и у 34,3% женщин (НСК КР, 2022) [72, с.21]. Распространенность курения среди мужчин высокая и достигает 51,6%, а среди женщин – 3,4%. Артериальная гипертензия была обнаружена у 23% мужчин и у 22% женщин (WHO NCD Profile, Kyrgyzstan, 2020) [358, р.1]. Кыргызстан занимает 4-е место среди 187 государств мира по потреблению поваренной соли, являющейся фактором риска БСК. Согласно исследованиям Powles J. et al. (2013) [298, р.18] в 1990 и 2010 годах потребление соли в Кыргызстане составило соответственно 5,09 и 5,38 г соли в день, в то время как норма рекомендуемая Всемирной организацией здравоохранения, составляет менее 2 г в день. По данным World Health Rankings (2022) [347, p.1], в 2020 году к 10 ведущим причинам смертности в Кыргызстане по стандартизированному по возрасту показателю смертности (СВПС) на 100 тыс. населения относились: 1) коронарная болезнь сердца – 246,3; 2) мозговой инсульт – 92,5; 3) болезни печени -34,0;4) болезни легких -30,3;5) рак желудка -17,6;6) болезнь Альцгеймера – 15,2; 7) ДТП – 13,8; 8) рак легких – 13,5; 9) рак шейки матки – 11,2 и 10) грипп и пневмония – 10,9.

Эти данные свидетельствуют о том, что для населения Кыргызской Республики характерен низкий уровень самосохранительного поведения, что подтверждается высокой распространенностью факторов риска БСК и злокачественных новообразований таких как курение, артериальная гипертензия, избыточное потребление соли и алкоголя, ожирение и другие. Как демонстрирует международный опыт, низкий уровень самосохранительного поведения приводит к высокой смертности от неинфекционных заболеваний

среди лиц трудоспособного возраста, прежде всего, мужского пола, что негативно отражается на экономическом развитии страны, а потеря кормильца семьи способствует углублению бедности. В то же время увеличение государственных расходов здравоохранения, усиление профилактических программ и формирование здорового образа жизни способствуют не только сокращению смертности, но и росту продолжительности жизни населения, особенно трудоспособного возраста.

За последние десятилетия в мире произошли коренные изменения в системах здравоохранения, которые продемонстрировали важнейшую роль экономической детерминанты. Так, в экономически развитых странах Европы в 1960-1970 годах общие расходы на здравоохранение быстро увеличивались и к 1990 году превысили 7% ВВП (WHO, 2002) [350, с.175]. При этом государственные расходы здравоохранения в странах-членах ОЭСР составили 5,5% ВВП в 2000 году, достигнув 7,2% и 9,1% соответственно в 2010-2020 годах (World Bank, 2024) [376, p.1]. В большинстве развитых странах основное бремя расходов на здравоохранение является ответственностью государства, а не населения, обеспечивая равный доступ к услугам здравоохранения. Андреев Е.М. и соавт. (2004) [4, с.2] отмечают, что советская система здравоохранения позволяла всему населению получать базовые медицинские услуги. По данным BO3 (WHO, 1963) [348, р.330], в 1960 году государственные расходы здравоохранения бывшего СССР составили 6,6% ВВП или 22,7 рублей на душу населения. Однако постепенно начали проявляться слабости системы, которые стали быстро нарастать В результате, прежде всего, недостаточного финансирования здравоохранения, сократившегося с 6% ВВП в начале 1960-х годов до 3% в 1980-х годах (Росстат, 2016) [82, с.1]. Успехи в процессе первого эпидемиологического перехода в бывшем СССР были достигнуты в результате массовых профилактических мер по контролю инфекций на популяционном уровне (Андреев Е. и соавт., 2004) [4, с.2]. Второй эпидемиологический переход, характеризовавшийся в западных странах существенным снижением смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ), был обусловлен преимущественно

индивидуальной профилактикой и формированием здорового образа жизни. Большинство государств-членов ОЭСР благодаря колоссальным инвестициям в системы здравоохранения, прежде всего, за счет государственных средств (более 5% ВВП) обеспечили радикальное сокращение смертности от НИЗ, прежде всего, от болезней системы кровообращения (БСК). Следует подчеркнуть, что еще в 1981 году в Глобальной стратегии «Здоровье для всех к 2000 году» Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отметила, что доля ВВП на здравоохранение должна составлять не менее 5% и направляться, прежде всего, на первичный уровень, центры здоровья, общинную и диспансерную помощь, исключая больницы (Global Strategy for Health for All by 2000, WHO, 1981) [199, р.51]. При этом в документе было отмечено, что, если мировые политические лидеры вникнут и поддержат это предложение, то задачи, поставленные в глобальной стратегии, могут быть достигнуты. Однако спустя более трети века ситуация с финансированием систем здравоохранения во многих развивающихся странах, включая Кыргызстан, остается далекой от решения. Например, в большинстве стран Восточной и Южной Африки государственные расходы здравоохранения снизились от 2,6% ВВП в 2000-2002 годах до 2,3% в 2013-2015 годах (Piatti-Funfkirchen M. et al., 2018) [293, p.41]. А в Кыргызстане, республиках Центральной Азии и России доля государственных расходов здравоохранения в 1995 году колебалась от 1,2% ВВП в Таджикистане до 3,9% в России как показано в табл. 4.1.

Таблица 4.1 — Динамика государственных расходов здравоохранения в процентах от ВВП в Кыргызстане, соседних государствах и России, 1995-2020 годы

Год	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Страна						
Кыргызстан	3,0	2,1	2,3	3,7	2,7	2,3
Казахстан	3,0	2,1	2,5	2,7	1,9	2,5
Китай	1,7	1,7	1,8	2,6	2,9	3,0

Таджикистан	1,2	0,9	1,1	1,5	2,0	2,1
Узбекистан	3,6	2,5	2,2	2,6	2,3	3,1
Россия	3,9	3,2	3,2	3,5	3,1	5,3

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

С 1995 года по 2020 год доля государственных расходов здравоохранения снизилась в Кыргызстане соответственно от 3% до 2,3% ВВП, в Казахстане – соответственно от 3% до 2,5% и в Узбекистане – соответственно от 3,6% до 3,1%, но увеличилась в Китае – соответственно от 1,7% до 3% и в Таджикистане – соответственно от 1,2% до 2,1%. В 2021 году государственные расходы здравоохранения Кыргызской Республики незначительно возросли до 2,91% ВВП.

Приоритетность системы здравоохранения в государственной политике той или иной страны определяется не только уровнем государственных расходов в процентах от ВВП, но и уровнем расходов здравоохранения в общегосударственном бюджете. Из данных, представленных в табл. 4.2, видно, что в 1995-2010 годах доля расходов здравоохранения от общегосударственного бюджета в Кыргызстане стабильно превышала 10%, уменьшившись в 2015 и 2020 годах соответственно до 7,1% и 6,9%. В 2021 году данный показатель республики увеличился до 8,5%.

Таблица 4.2 – Динамика расходов здравоохранения в процентах от общегосударственного бюджета в Кыргызстане, соседних государствах и России, 1995-2020 годы

Год	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Страна						
Кыргызстан	10,7	11,9	11,9	12,9	7,1	6,9
Казахстан	11,5	9,2	9,3	11,3	8,3	10,2
Китай	15,9	10,8	9,7	10,3	9,4	8,4
Таджикистан	7,4	6,5	5,9	5,9	6,4	7,3

Узбекистан	9,4	8,7	7,3	8,6	9,6	10,7
Россия	9,0	12,7	11,7	8,5	8,8	13,6

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

В 1995-2020 годах отмечалось снижение расходов здравоохранения от общегосударственного бюджета в Казахстане соответственно от 11,5% до 10,2%, в Китае – соответственно от 15,9% до 8,4% и в Таджикистане – соответственно от 7,4% до 7,3%, и увеличение – в Узбекистане соответственно от 9,4% до 10,7% и в России соответственно от 9% до 13,6%. В 2021 году доля расходов здравоохранения в общегосударственном бюджете Кыргызской Республики увеличилась до 8,5%. В экономически развитых странах, например, Швеции Норвегии И ДОЛЯ расходов здравоохранения общегосударственного бюджета очень высока и в 2022 году достигла соответственно 19,5% и 17,8%, а в США и Японии –21,4% (World Bank, 2024) [376, p.1].

Таким образом, существует огромная разница в значениях данного показателя между развитыми государствами и анализируемыми нами странами, включая Кыргызстан. Эта разница непосредственно влияет на демографические показатели, такие как рождаемость, смертность и продолжительность жизни. В связи с этим, мы считаем важным пересмотреть политику финансирования здравоохранения в Кыргызстане, это также актуально для соседних государств. Следует поэтапно увеличивать как долю государственных расходов здравоохранения от ВВП, так и от общегосударственного бюджета, что будет способствовать реальному улучшению здоровья населения и увеличению СПЖ. Значимость изменений в политике финансирования здравоохранения особенно подчеркивается при анализе динамики общих расходов на здравоохранение на душу населения в долларах США (табл. 4.3), что напрямую коррелирует с демографическими тенденциями в регионе.

Таблица 4.3 — Динамика общих расходов здравоохранения на душу населения в долларах США в Кыргызстане, соседних государствах и России, 1995-2020 годы

Год	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Страна						
Кыргызстан	19	13	28	58	80	63
Казахстан	48	51	150	401	314	341
Китай	21	44	81	220	393	583
Таджикистан	3	7	20	45	63	69
Узбекистан	30	30	28	76	131	120
Россия	113	96	277	727	499	773

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

Как видно из представленных данных, в 1995 году общие расходы здравоохранения на душу населения в Кыргызстане и Китае были крайне низкими, составляя всего 19 и 21 долларов соответственно, а в Таджикистане – всего 3 доллара. В Узбекистане этот показатель был немного выше и равнялся 30 долларам. И только в Казахстане и России они превышали рекомендованный ВОЗ минимум финансирования здравоохранения в 35 долларов США на душу населения в год для предоставления базовых медицинских услуг, составив соответственно 48 и 113 долларов (WHO, 2017) [462351, р.1]. К 2020 году анализируемый показатель увеличился во всех странах. Государственные расходы здравоохранения на душу населения в 2000 году оставались низкими в Таджикистане (1,2 доллара), в Кыргызстане (5,9 долларов), в Китае (9,4 долларов) и в Узбекистане (13,8 долларов) и сравнительно высокими в Казахстане (25,4 долларов) и в России (56,4 долларов). К 2020 году данный показатель возрос во всех анализируемых странах (табл. 4.4). Для сравнения следует отметить, что в таких развитых странах, как Норвегия, США, Швеция и Япония государственные расходы здравоохранения на душу населения в 2020 году равнялись соответственно 7717, 6643, 5178 и 3696 долларов (World Bank, 2024) [376, p.1].

Таблица 4.4 — Динамика государственных расходов здравоохранения на душу населения в долларах США в Кыргызстане, соседних государствах и России, 2000-2020 голы

Год	2000	2005	2010	2015	2020
Страна					
Кыргызстан	5,9	18,0	29,8	30,6	28,5
Казахстан	25,4	92,4	164,1	198,4	225,9
Китай	9,4	24,0	98,2	236,9	319,2
Таджикистан	1,2	3,3	8,7	18,8	18,3
Узбекистан	13,8	12,2	36,9	65,5	55,6
Россия	56,4	166,1	348,0	293,0	545,9

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

СПЖ населения в 1960 году была самой низкой в Китае (43,7 лет), далее следовали Кыргызстан (56,1 лет), Таджикистан (56,2 лет), Казахстан (58,4 лет), Узбекистан (58,8 лет) и Россия (66,1 лет) (табл. 4.5). К 2020 году данный показатель возрос до 77,1 лет в Китае, то есть, на 33,4 лет по сравнению с 1960 годом или увеличивался на 0,55 лет в год. В Кыргызстане за эти же 60 лет (1960-2020 годы) рост СПЖ составил 15,7 лет или 0,26 лет в год, в Казахстане – соответственно 13,0 лет или 0,21 лет в год, в Таджикистане – соответственно 15,2 лет или 0,25 лет в год, в Узбекистане – соответственно 13,0 лет или 0,21 лет в год и в России – соответственно 15,2 лет или 0,25 лет в год.

Таблица 4.5 – Динамика СПЖ населения (лет) Кыргызстана, соседних государств и России, 1960-2020 годы

Год	1960	1970	1990	2000	2010	2015	2020
Страна							
Кыргызстан	56,1	60,2	68,3	68,6	69,3	70,7	71,8
Казахстан	58,4	62,3	68,3	65,5	68,3	72,0	71,4

Китай	43,7	59,1	69,3	72,0	75,2	76,1	77,1
Таджикистан	56,2	60,1	63,1	65,5	69,6	70,9	71,3
Узбекистан	58,8	62,4	66,5	67,2	70,0	71,2	71,8
Россия	66,1	68,1	68,9	65,5	68,8	71,2	71,3

Таким образом, лишь в Китае впечатляющее увеличение в 2000-2020 годах общих (от 44 до 583 долларов или 13 раз) и государственных (от 9,4 до 319 долларов или 32 раза) расходов здравоохранения в долларах США на душу населения сопровождалось значительным и ускоренным увеличением СПЖ населения.

Как известно, одним из критериев начала третьего эпидемиологического перехода, предложенного Omran A. (1971) [282, p.509], является СПЖ населения, равная 70 лет. Указанный демографический рубеж был достигнут Китаем в 1994 году, Кыргызстаном, Россией и Узбекистаном – в 2011 году, Казахстаном – в 2012 году и Таджикистаном – в 2016 году.

Важным показателем демографического И эпидемиологического переходов является уровень смертности населения. Как следует из данных табл. 4.6, самый высокий стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от БСК регистрировался в России (соответственно 618 и 908 на 100 тыс. населения) и Казахстане (соответственно 597 и 846 на 100 тыс. населения) в 1990-2005 годах. В Кыргызстане максимальный уровень данного показателя отмечался в 2005 году (733 на 100 тыс. населения), в Таджикистане – в 2019 году (689 на 100 тыс. населения), в Узбекистане – в 2010 году (1116 на 100 тыс. населения) и в Китае – в 1990 году (365 на 100 тыс. населения). Однако, в 2010 и 2016 годах в Казахстане и в 2016 и 2019 годах в России произошло резкое снижение СВПС от БСК. В других анализируемых странах подобной динамики не наблюдалось.

Таблица 4.6 – Динамика стандартизированного по возрасту показателя смертности (СВПС) от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения в Кыргызстане, соседних государствах и России, 1990-2019 годы

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2016	2019
Страна							
Кыргызстан	537	675	673	733	693	519	466
Казахстан	597	799	846	626	259	193,8	476
Китай	365	351	240	345	286	293	276
Таджикистан	480	627	601	685	338	568	689
Узбекистан	600	781	772	754	1116	1056	945
Россия	618	790	845	908	801	616,4	433

Источник: Министерства здравоохранения Казахстана и России, 2016, 2017; Мировой атлас данных, 2022 [60, с.355; 61, с.170; 62, с.1]

Следует ПО официальным данным Министерств отметить. ЧΤО. здравоохранения Казахстана и России [60, с.355; 61, с.170], СВПС от БСК составил в 2016 году соответственно 193,8 и 616,4 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2005 годом, когда данный показатель достигал в Казахстане 846 на 100 тыс. населения, а в России – 908 на 100 тыс. населения СВПС от БСК понизился более чем в 4 раза в Казахстане и в 1,5 раза в России. В связи с этим, важно отметить, что Указом Президента РФ от 7 мая 2012 года была поставлена задача снижения смертности от БСК до 649,4 на 100 тыс. населения к 2018 году, а Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года предусматривалось уменьшение смертности от БСК к 2013 году до 374,8 и к 2015 году – до 210,2 на 100 тыс. населения. Таким образом, согласно официальным данным Министерств здравоохранения Казахстана и России, задачи, поставленные в Указах президентов были достигнуты с опережением. По данным Cooper R. et al. (2006) [161, p.94], в США с 1950 года по 2010 год в среднем ежегодное снижение СВПС от БСК равнялось 5%. Этот международный опыт, следует учесть при интерпретации данных Казахстана и России, а также принять во внимание изменение структуры причин смертности в этих странах. Так, Вишневский А.Г. и соавт. (2016) [16, р.6] указывают на далеко небезупречное качество кодирования причин смертности при заключении медицинского свидетельства о смерти в России. Например, с 2012 года число умерших от диагноза «старость» возрастало, а от БСК снижалось. По данным Самородской И.В. и соавт. (2016), Драпкиной О.М. и соавт. (2019) [86, р.7; 34, с.7], с 2006 года по 2014 год доля умерших с шифром «старость» увеличилась на 171,8%, от прочих нарушений нервной системы — на 265,9% и от нейродегенеративных заболеваний более чем в 2,5 раза. Иванов В.Н., Суворов А.В. (2021) [38, р.59] отмечают, что смертность от «других» причин повысилась от 178 на 100 тыс. населения в 1991 году до 355 в 2019 году. Таким образом, в России наблюдается «переток» одних причин смерти, прежде всего, от БСК, в другие — «старость», заболевания нервной системы и неустановленной причины.

Радикальные изменения в структуре причин смертности произошли также в Казахстане. Так, если в 2005 году смертность от БСК в структуре общей смертности равнялась 52% и от прочих причин -14%, то в 2014 году соответственно 22% и 36%. Ситуация в Казахстане была изучена экспертами Секретариата ОЭСР (OECD, Kazakhstan, 2018) [276, p.98], которые скачкообразные изменения причин смертности объяснили следующими факторами. Первое – с 2006 года по 2012 год произошло 4-х кратное увеличение неопределенных причин смертности, второе - смертность от болезней мочеполовой системы возросла в три раза, достигнув невиданных ранее в регионе уровней, а смертность от болезней органов пищеварения повысилась на 66%. Таким образом, столь «стремительный прогресс» в снижении смертности от БСК в Казахстане, не наблюдавшийся ни в одной стране Европы за последние полстолетия, является беспрецедентным и нуждается в дальнейшем изучении. Эксперты ОЭСР также отметили, что в Казахстане за 2000-2014 годы не произошло существенных изменений в распространенности основных факторов риска развития БСК. Частота курения среди лиц в возрасте 15 лет и старше составила в 2017 году 37%, что было

выше, чем в среднем в странах ОЭСР (24%). По данным World Health Rankings (2018) [347, р.1], курение среди мужчин Казахстана в 2017 году было очень высоким (43,9%), а среди женщин составило 9,3%. Ожирением страдали 18,9% мужчин и 22,7% женщин. Потребление алкоголя было также избыточным среди лиц в возрасте 15 лет и старше (7,7 литров в год). Распространенность факторов риска БСК была также высокой и в России: курение – 59% у мужчин и 22,8% у женщин, потребление алкоголя – 13,9 л в год, ожирение – у 18,1% мужчин и у 26,9% женщин. Эти данные свидетельствуют о том, что невозможно «искусственно» ускорить эпидемиологический переход.

Как показано в табл. 4.7, стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от коронарной болезни сердца в 2020 году в Кыргызстане был выше (246,3), чем в Китае (97,5), Казахстане (181,6), России (204,5) и ЕС-27 (118). Однако данный показатель страны был ниже по сравнению с Таджикистаном (389,7) и Узбекистаном (354,5). СВПС от мозгового инсульта в Кыргызстане был самым низким (92,5) среди соседних государств, но превышал его уровень в ЕС-28 (67) (World Health Rankings, 2022) [347, р.1].

Таблица 4.7 — Стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от коронарной болезни сердца, рака легких, ДТП и самоубийств на 100 тыс. населения Кыргызстане, соседних странах, России и ЕС-28, 2020 год

Показатели	Коронарная	Мозговой	Рак легких	ДТП	Самоубийства
	болезнь	инсульт			
Страна	сердца				
Кыргызстан	246,3	92,5	13,5	13,8	8,2
Казахстан	181,6	124,1	20,5	12,8	18,0
Китай	97,5	110,8	36,6	15,1	6,6
Россия	204,5	117,2	22,2	11,2	21,6
Таджикистан	389,7	160,7	5,8	19,3	5,3
Узбекистан	354,5	103,4	7,9	12,3	8,2
EC-28	118,0	67,0	41,0	7,8	12,7

Источник: OECD Health Statistics, 2017; World Health Rankings, 2017 [275, p.1; 277, p.1]

СВПС от рака легких в Кыргызстане в 2020 году был выше (13,5), чем в Таджикистане (5,8) и Узбекистане (7,9), но существенно ниже по сравнению с Казахстаном (20,5), Россией (22,2), Китаем (36,6) и EC-27 (41,0) (World Health Rankings, 2022; OECD Health Statistics, 2022) [347, p.1; 277, p.1]. Таджикистан оказался лидером по СВПС от ДТП в 2020 году (19,3). В Казахстане, России и EC-28 отмечались самые высокие показатели от самоубийств. По данным World Research Fund International 2012 Cancer (2013)[377, p.1], стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от рака в экономически развитых странах был значительно выше (255,8 на 100 тыс. населения) по сравнению с развивающимися государствами (147,8 на 100 тыс. населения). В 2021 году данный показатель снизился в странах с высоким доходом до 125,9 на 100 тыс. населения, а в странах с низким доходом до 95,2 на 100 тыс. населения. В целом глобальный уровень СВПС от рака за этот период сократился от 181,6 до 116,5 на 100 тыс. населения (Our World in Data, 2023) [286, р.1]. Высокая смертность от рака в развитых государствах мира обусловлена старением населения, что, связано с генетическими изменениями организма человека с возрастом (White M. et al. 2014; Smetana K. et al., 2016) [346, р.7; 312, р.5009]. Из данных, представленных в табл. 4.8, следует, что в 2021 году в СВПС от всех случаев рака снизился во всех странах, за исключением Казахстана, где он повысился (Мировой атлас данных, 2022; Our World in Data, 2023) [62, p.1; 286, c.1].

Таблица 4.8 – Динамика стандартизированного по возрасту показателя смертности (СВПС) от всех случаев рака на 100 тыс. населения в Кыргызстане, соседних государствах и России, 1990-2021 годы

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2016	2021
Страна							
Кыргызстан	120,0	117,0	114,0	120,0	112,4	102,0	86,6
Казахстан	215,5	203,2	190,6	172,7	155,3	92,0	96,8

Китай	173,9	170,5	114,0	170,0	140,0	149,2	137,5
Таджикистан	113,0	69,2	77,7	110,6	79,3	76,2	72,1
Узбекистан	119,2	96,9	84,7	77,4	107,6	75,7	65,7
Россия	192,2	200,9	202,9	199,4	204,9	202,4	131,4

Источник: Our World in Data, 2023; Мировой атлас данных, 2022 [286, p.1; 62, c.1]

После распада СССР в постсоветских республиках обострилась ситуация с туберкулезом, что было обусловлено резким ухудшением социально-экономических условий, ростом бедности и неравенства. В России на увеличение заболеваемости туберкулезом также повлиял рост численности заключенных, достигший одного из самых высоких уровней в мире, что способствовало быстрому распространению туберкулеза и ВИЧ/СПИД (Магquez P. et al., 2010) [251, p.1040]. После 1990 года ежегодное число новых случаев туберкулеза в России возросло в 3 раза, достигнув 92 на 100 тыс. населения. По данным ВОЗ (WHO, 2018) [357, p.18], СВПС от туберкулеза в Казахстане, Таджикистане и России увеличился в 1995 году более чем в два раза по сравнению с 1990 годом (табл. 4.9). К 2022 году данный показатель снизился в Кыргызстане, Казахстане, России, Узбекистане и Китае, но повысился в Таджикистане (WHO, 2017; Мировой атлас данных, 2022) [355, p.48; 62, с.1].

Таблица 4.9 — Динамика стандартизированного по возрасту показателя смертности (СВПС) от туберкулеза на 100 тыс. населения в Кыргызстане, соседних государствах и России, 1990-2022 годы

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2016	2022
Страна							
Кыргызстан	11,0	16,5	11,0	19,1	8,7	13,0	7,4
Казахстан	10,1	25.4	27,0	22,4	10,9	12,2	2,1
Китай	20,4	14,1	9,8	5,9	4,0	2,1	2,1
Таджикистан	7,2	13,3	17,3	16,4	6,2	4,39	8,9

Узбекистан	12,8	16,3	21,3	16,4	10,9	10,1	9,2
Россия	7,9	15,4	20,5	22,5	16,8	10,7	4,6

Источник: WHO, 2017; Мировой атлас данных, 2022 [355, p.1; 62, c.1]

Ухудшение социально-экономического положения населения привело также к возврату «старых» инфекций. СВПС от инфекционных заболеваний в России в 1990 году был относительно низким (12,1 на 100 тыс. населения), а к 2019 году возрос до 34,4 на 100 тыс. населения (табл. 4.10).

Таблица 4.10 — Динамика стандартизированного по возрасту показателя смертности (СВПС) от инфекций на 100 тыс. населения в Кыргызстане, соседних государствах и России, 1990-2019 годы

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Страна							
Кыргызстан	25,0	37,0	41,0	29,0	22,0	16,4	27,2
Казахстан	68,4	57,3	10,9	24,6	43,6	37,9	33,3
Китай	110,3	89,3	64,2	42,5	51,0	18,0	20,1
Таджикистан	43,5	62,2	35,6	121,5	20,9	13,8	69,1
Узбекистан	30,9	33,8	28,0	21,3	76,5	63,9	54,9
Россия	12,1	20,7	24,9	27,2	24,0	22,8	34,4

Источник: WHO, 2017; Мировой атлас данных, 2022 [355, p.1; 62, c.1]

Максимальные значения данного показателя в 1990 году отмечены в Китае (110,3 на 100 тыс. населения) и Казахстане (68,4 на 100 тыс. населения). В 2019 году СВПС от инфекционных заболеваний увеличился в Кыргызстане, Таджикистане и России. В Китае данный показатель снизился в более чем в 5 раз (20,1 на100 тыс. населения) по сравнению с 1990 годом (110,3 на 100 тыс. населения) и был ниже, чем в странах с высоким доходом (20,3 на 100 тыс. населения). Приведенные данные свидетельствуют о том, что во всех

анализируемых странах, за исключением Китая, смертность от инфекционных заболеваний остается высокой.

Стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от ДТП с 1990 года по 2019 год уменьшился во всех анализируемых государствах, однако был существенно выше по сравнению со странами с высоким доходом (9,1 на 100 тыс. населения). Только в Таджикистане данный показатель оказался ниже (8,5 на 100 тыс. населения) (табл. 4.11).

Таблица 4.11 — Динамика стандартизированного по возрасту показателя смертности (СВПС) от ДТП на 100 тыс. населения в Кыргызстане, соседних государствах и России, 1990-2019 годы

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Страна							
Кыргызстан	25,3	18,6	15,1	19,7	20,3	18,3	15,7
Казахстан	24,9	21,4	16,6	26,7	23,3	17,7	14,7
Китай	20,2	19,6	21,2	23,0	21,5	16,6	14,7
Таджикистан	15,6	13,3	8,5	8,2	8,6	8,8	8,5
Узбекистан	17,6	14,7	15,7	20,0	17,9	17,5	15,6
Россия	24,7	27,8	25,0	26,9	19,5	15,3	13,3

Источник: WHO, 2017; Мировой атлас данных, 2022 [355, p.1; 62, c.1]

в Кыргызстане, соседних странах и России, Таким образом, исключением Китая. отмечаются высокие показатели смертности неинфекционных заболеваний (НИЗ), инфекций, ДТП и несчастных случаев, включая самоубийства. Они сталкиваются с «тройным бременем» заболеваний, инфекций и несчастных случаев, что свидетельствует о трансформации этих стран со второй в третью стадию эпидемиологического перехода или незавершенности его второго этапа. Что же касается Китая, то, согласно классификации A. (1971)[282, Omran p.5091, вторая стадия эпидемиологического перехода началась в 1955-1959 годах, а в 1970-1990

годах, с ростом смертности от болезней системы кровообращения (БСК) и других НИЗ, началась третья стадия данного процесса. С 1995-1999-х годов Китай перешел в четвертую стадию эпидемиологического перехода, когда смертность от болезней системы кровообращения начала смещаться в пожилые возрастные группы (Zhao Z. Kinfu Y, 2005) [383, р.30]. Как было отмечено ранее, Китай достиг средней продолжительности жизни (СПЖ) населения в 70 лет, что по классификации Отпап А. является критерием начала третьей стадии эпидемиологического перехода, в 1994 году. Однако Zhao Z. Kinfu Y. (2005) на основе динамики смертности от БСК и других НИЗ считают началом третьей стадии данного процесса 1970-1990 годы. Эти противоречия, на наш взгляд, подчеркивают необходимость разработки более точных критериев для определения третьей стадии эпидемиологического перехода.

Как известно, в России большинство исследователей придерживаются классификации эпидемиологического перехода без выделения стадий (Вишневский А.Г., 2020) [17, р.6]. Так, Шишкин С.В. и соавт. (2022) [99, р.59] под первым эпидемиологическим переходом подразумевают трансформацию от эры инфекционных болезней к эре хронических НИЗ. Снижение смертности от инфекций привело к преобладанию смертности от НИЗ, прежде всего, от БСК в западных странах в первой половине XX века. Эти изменения получили название второго эпидемиологического перехода. Россия, по мнению Шишкина С.В. и соавт. (2022) [99, р.59], находится в начале второго эпидемиологического перехода, временные рамки которого определяются увеличением СПЖ населения от 70 до 80 лет. Как отмечает Вишневский А.Г.(2020) [17, р.6], «тройное бремя» НИЗ, инфекций и несчастных случаев свидетельствует о незавершенности второго эпидемиологического перехода в России. В «Докладе о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008» [33, р.208], отмечено, что борьба со смертностью в стране, по-прежнему, связывается с патерналистическими усилиями системы здравоохранения, в котором доминирующим является лечебный подход. В то же время в самосохранительном поведении населения мало что меняется, оно

оказывается главным препятствием на пути снижения смертности в России. Что Узбекистана, Казахстана, Таджикистана И TO исследований, посвященных эпидемиологическому переходу, не было найдено. Вместе с тем, «тройное бремя» НИЗ, инфекций и несчастных случаев, которое они незавершенности испытывают, свидетельствует 0 второго эпидемиологического перехода в этих странах, как и в России (Вишневский А.Г., 2020) [17, р.6]. Однако, как было отмечено нами выше, по критерию Omran A. (1971),который определяет начало третьей стадии эпидемиологического перехода с достижением СПЖ населения в 70 лет, Узбекистан вступил в третью стадию в 2011 году, Казахстан – в 2012 году и Таджикистан – в 2016 году.

Экономически развитые страны добились завершения третьей стадии эпидемиологического перехода в 1970-1980-х годах и вступили в четвертую стадию данного процесса благодаря огромным государственным инвестициям в (5% И более  $BB\Pi$ ) эффективным системы здравоохранения И профилактическим программам. Как известно, четвертая стадия характеризуется перемещением смертности от неинфекционных заболеваний в старческие возрастные группы. Сочетание общественного пожилые и здравоохранения и персонализированного подхода привели к снижению потребления соли, сбалансированной диете, сокращению и/или прекращению курения. Как известно, большинство смертей не только от БСК, но и рака могут быть предупреждены при систематических усилиях по контролю курения, улучшения диеты, повышения физической активности, снижения ожирения и расширения программ скрининга населения (Cancer Prevention and Early Detection Fact&Figures, 2013) [149, p.1].

В незападных странах в отличие от западных государств первая стадия эпидемиологического перехода продолжалась более длительное время, вторая стадия сохранялась до 1940-1950-х годов, когда эпидемии и смертность стали постепенно снижаться, а третья стадия эпидемиологического перехода началась в 1970-х годах (Оmran A., 1998) [283, р.99]. Поэтому, утверждение Гийо М. и

соавт. (2004) [28, с.18] о том, что Кыргызстан достиг третьей стадии В 1920-1960-x эпидемиологического перехода годах является ошибочным. В эти десятилетия республика была одной из отсталых окраин бывшего СССР и по объективным условиям она не могла находиться в третьей стадии эпидемиологического перехода. Как отмечают сами Гийо М. и соавт. (2011) [29, с.148], к началу ХХ века СПЖ населения Кыргызстана была на уровне 30 лет, а демографические катастрофы 1920-1940-х годов (гражданская война, голод, репрессии, вторая мировая война и др.) имели крайне негативные последствия. В 1920-х годах голодали 70-90% населения. Общий коэффициент смертности в 1920-1922 годах колебался в пределах 34,6-48,3 на 1000 населения, более 35% кыргызов южного побережья Иссык-Куля перенесли оспу и только в 10% опрошенных семей рожденные дети были живы (Андреев Е.М. и соавт., 1993) [3, с.378]. В 1926-1927 годах младенческая смертность в азиатской части бывшего СССР, в том числе, в Кыргызстане была очень высокой (около 300 на 1000 живорожденных детей). Население жило в условиях крайней бедности, хронически испытывая голод (Ошанин Л.В., 1927) [77, с.506]. При этом, следует иметь ввиду, что к 1928 году регулярная регистрация рождений и смертей была налажена в европейской части бывшего СССР и плохо проводилась в республиках Средней Азии, включая Кыргызстан. Более того, репрессии и голод 1929-1933 годов разрушили регионах бывшего CCCP во многих существовавшую несовершенную систему учета, которая не была восстановлена к 1941 году (Андреев Е.М. и соавт., 1993; Исупов В., 2016) [3, с.378; 43, с.82]. В 1946-1947 годах и в 1951-1953 годах бывший СССР вновь охватил массовый голод, повторившийся в начале 1960-х годов. Поэтому в 1960 году основные демографические показатели населения Кыргызстана оставались неблагоприятными. Так, СПЖ населения равнялась лишь 56,1 лет, показатели рождаемости, смертности, фертильности и младенческой смертности были очень высокими (соответственно 40,7 на 1000 населения, 15,7 на 1000 населения, 5,5 детей на одну женщину и 119,6 на 1000 живорожденных детей) (Гийо М. и соавт., 2011) [29, с.148]. Следовательно, по нашему мнению, Кыргызстан в 1920-

1960 годах находился на этапе трансформации из первой во вторую стадию, а не в третьей стадии эпидемиологического перехода, как утверждают Гийо М. и Этот особенно соавт. (2011).вывод убедителен при анализе эпидемиологического перехода в России, в которой социально-экономическое положение населения было значительно лучше, чем в Кыргызстане. Так, по данным Andreev E. (1999) [114, p.262], который в отличии от Вишневкого А.Г. придерживается классификации эпидемиологического перехода по Omran A. считает, что вторая стадия данного процесса была завершена в России только в 1960 году. Но к середине 1960-х годов смертность вернулась на уровень второй стадии, а третья стадия эпидемиологического перехода так и не началась в стране даже к концу 1990-х годов. Начало третьей стадии эпидемиологического перехода по критерию Omran A. (1971), а именно, достижение СПЖ населения в 70 лет состоялось в Кыргызстане, России и Узбекистане в 2011 году, Казахстане - в 2012 году и Таджикистане - в 2016 году.

Итак, для населения Кыргызской Республики, как и для других постсоветских республик, характерен низкий уровень самосохранительного поведения. Это доказывается широкой распространенностью факторов риска БСК и злокачественных новообразований (курение, избыточная масса тела, нездоровое питание и другие). Экономические и демографические факторы играют ключевую роль в формировании самосохранительного поведения населения и влияют на эпидемиологический переход в Кыргызской Республике. составляющая низкого самосохранительного Экономическая населения Кыргызской Республики обусловлена уровнем доходов, социальной защищенностью и крайне недостаточным уровнем государственных расходов здравоохранения, приводящим к ограниченному доступу к качественным медицинским услугам. Финансовые ограничения вынуждают население, особенно малообеспеченные слои, пренебрегать здоровьем и откладывать обращение за медицинской помощью, что приводит к ухудшению общего состояния здоровья и росту как инфекционных так и неинфекционных заболеваний и смертности. Демографическая составляющая также оказывает

значительное влияние. Молодое население склонно к более рискованному поведению, что приводит к высоким показателям смертности от травм и несчастных случаев. В то же время старение населения, хотя и замедляется за счет высокой рождаемости, усиливает распространение хронических заболеваний, таких как сердечно-сосудистые и онкологические болезни, характерных для третьей стадии эпидемиологического перехода.

Перечисленные факторы, на наш взгляд, стали причиной, растянувшейся на десятилетия (1960-2011 годы) трансформации Кыргызстана и других проанализированных постсоветских республик из второй в третью стадию эпидемиологического перехода, завершившую их вступлением в третью стадию данного процесса в 2011-2012 годах.

Однако существуют противоречия в определении третьей стадии эпидемиологического перехода. В связи с этим, мы разработали дополнительные демографические и эпидемиологические индикаторы, которые позволят более точно характеризовать третью стадию эпидемиологического перехода. Эти индикаторы детально представлены в следующем разделе данной главы.

## 4.2. Научное обоснование критериев третьей стадии эпидемиологического перехода

Теория эпидемиологического перехода, впервые разработанная Omran A. [282, р.509] в 1971 году, была обоснована на изменениях показателей рождаемости, смертности от различных причин (инфекций, недостаточности питания, неинфекционных заболеваний) и СПЖ населения. На основе динамики этих показателей автор выделил три последовательные стадии эпидемиологического перехода. Первую стадию Omran A. охарактеризовал как эру мора и голода, когда СПЖ людей составляла 20-40 лет. Основными

причинами смертности были эпидемии инфекций и недоедание. Вторая стадия – это отступление пандемий, приведшее к увеличению СПЖ населения до 50 лет. Третья стадия — это рост дегенеративных и «рукотворных» заболеваний таких, как болезни системы кровообращения и рак, а также внешних причин (ДТП, несчастные случаи и др.). На этой стадии продолжается снижение инфекций, эффективный смертности OT налаживается контроль неинфекционных заболеваний (НИЗ), что сопровождается увеличением СПЖ населения до 70 лет. Однако Omran A. не предложил количественные критерии показателей рождаемости и смертности от болезней системы кровообращения (БСК), рака, внешних причин (ДТП, несчастные случаи и др.) и инфекций, за исключением СПЖ населения. Это, было показано выше, существенно затрудняет определение третьей стадии эпидемиологического перехода. Вместе планирование, развитие И устойчивое внедрение политики здравоохранения должны основываться на точных измерениях и понимании инфекционных неинфекционных заболеваний, распространенности И несчастных случаев и других состояний, смертности от них, принимая во внимание прошлые и текущие демографические и эпидемиологические особенности общества и их будущие изменения. Критически важно понимать и принять определенные механизмы и воздействующие факторы этих изменений, их финансовые и нефинансовые стоимости, последствия для индивидов, семей, общества и правительства в глобальном контексте (Defo B., 2014) [170, p.10].

На основе систематического обзора 136 опубликованных работ из 48 стран с низким и средним доходами в 1971-2013 годах Santosa A. et al. (2014) [307, р.15] показали значительные вариации в данных, как поддерживающих, так и противоречащих теории Omran A., а также критическую роль социальных детерминантов здоровья в отклонениях от предложенных им стадий эпидемиологического перехода. В связи с этим, эти авторы подчеркивают важность разработки новых доказательных рамок эпидемиологического перехода с учетом современных трендов причин смертности населения. Признано, что концепция (теория) эпидемиологического перехода стала

важным этапом в развитии научных представлений о демографическом переходе в целом.

Таким образом, точная оценка третьей стадии эпидемиологического перехода имеет важное значение для разработки научно обоснованной экономической и демографической политики, а также для формирования здравоохранения и укрепления здоровья с целью стратегии развития увеличения продолжительности жизни населения. В связи с этим, нами проведено изучение демографических данных и показателей здоровья населения некоторых развитых и развивающихся стран, находившихся в третьей стадии эпидемиологического перехода в разные периоды времени. Так, глубокий анализ причин смертности населения Австралии за последние 100 лет позволил Booth H. et al. (2016) [138, p.23] прийти к заключению о том, что 1970 между третьей И четвертой ГОД является «водоразделом» стадиями эпидемиологического перехода. В табл. 4.12 представлены некоторые демографические данные ключевые и показатели здоровья населения Австралии в 1956 году (начало третьей стадии эпидемиологического перехода) и в 1970 году (начало четвертой стадии эпидемиологического перехода), как образец, применительно к Кыргызстану и другим странам, с целью оценки их соответствия параметрам данной стадии.

Таблица 4.12 — Некоторые демографические данные и показатели здоровья населения Австралии в 1956 и 1970 годах (3-я стадия эпидемиологического перехода)

Год Показатель	1956	1970
СПЖ, лет	70	71
Рождаемость*	22,8	19,7
Смертность*	9,0	8,6
Фертильность**	3,3	2,7
Младенческая смертность***	22,2	17,8

Материнская смертность***	60,0	20,6
Смертность от болезней системы кровообращения****	800,0	450,0
Смертность от травм****	83,6	79,6
Смертность от инфекций****	15,3	9,8

Источник: AIHW, 2006 [107, p.519]

Примечание: \* – на 1000 населения, \*\* – количество детей на одну женщину, \*\*\* – на 1000 живорожденных детей, \*\*\*\* – на 100 тыс. живорожденных детей, \*\*\*\*\* – на 100 тыс. населения

Сравнительное изучение основных демографических показателей (СПЖ, смертность, фертильность, младенческая И материнская рождаемость, смертность), трендов смертности от БСК, внешних причин (травм и др.) и инфекционных заболеваний в Индии, Мексике, Коста-Рике, Кубе и Малайзии говорит о том, что Куба и Коста-Рика находились в третьей стадии эпидемиологического перехода в 1960-1964 годах, Малайзия – в 1985-1989 годах, Мексика – в 1995-1999 годах и Индия – в 2000-2004 годах (Santosa A. et al., 2014) [307, p.15], а Кыргызстан, по данным Гийо М. и соавт. (2011) [29, с.148], в 1920-1960 годах. Вышеуказанные показатели в этих странах сопоставлены с таковыми в Австралии в 1956-1970 годах, когда она находилась в третьей стадии эпидемиологического перехода. Как видно из табл. 4.13, в Австралии в начале третьей стадии эпидемиологического перехода СПЖ населения в 1956 году составила 70,0 лет, а в конце в 1970 году – 71 лет. А в Кыргызстане в 1960 году данный показатель был очень низким (56,1 лет) также, как и в остальных странах, представленных в данной таблице.

Таблица 4.13 – Динамика СПЖ (лет) населения Кыргызстана и отдельных стран, 1960-2021 годы

Год	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2021
Страна									
Кыргызстан	56,1	60,3	62,9	68,3	68,6	68,0	69,3	70,7	72,0
Индия	41,4	47,7	53,8	57,9	62,5	64,5	66,7	68,6	67,0

Мексика	57,1	61,4	66,6	70,9	74,3	75,3	75,1	74,9	70,0
Коста-Рика	60,4	65,8	72,1	75,7	77,5	78,1	78,8	79,6	77,0
Куба	63,8	69,8	73,8	74,6	76,7	77,7	78,3	78,6	74,0
Малайзия	60,0	64,6	68,1	70,9	72,6	73,6	74,5	75,5	75,0

В последующие десятилетия во всех анализируемых странах данный показатель постепенно увеличивался, и 70-летний рубеж, характерный для третьей стадии эпидемиологического перехода, был достигнут на Кубе в 1972 году (70,4 лет), в Коста-Рике – в 1978 году (70,5 лет), в Малайзии – в 1988 году (70,1 лет), в Мексике – в 1989 году (70,2 лет) и в Кыргызстане – в 2011 году (70 лет). В Индии СПЖ населения и в 2021 году была ниже 70 лет (67 лет).

Таким образом, только в Малайзии достижение СПЖ населения в 70 лет в 1988 году совпало с началом третьей стадии эпидемиологического перехода в 1988-1989 годах, согласно данным Santosa A. et al. (2014). В Кыргызстане СПЖ населения составила 70 лет лишь в 2011 году.

Показатель рождаемости в Австралии в 1956 и 1970 годах равнялся соответственно 22,8 и 19,7 на 1000 населения. В эти годы данный показатель в Кыргызстане и в анализируемых странах был значительно выше (табл. 4.14). В Кыргызской Республике показатель рождаемости в среднем в пределах 19-22 на 1000 населения, характерный для третьей стадии эпидемиологического перехода, был зарегистрирован в 2000-2005 годах (соответственно 21,6 и 21,7/1000), в Индии (21,1/1000) – в 2010 году, в Мексике (21,7/1000) – в 2005 году, в Коста-Рике и Малайзии (соответственно 19,3 и 22,0/1000) – в 2000 году и на Кубе – между 1970-1980 годами. Следует также отметить, что в 2010-2015 годах данный показатель Кыргызстана вновь повысился соответственно до 26,7 и 27,3 на 1000 населения, снизившись до 23,3 в 2021 году. В других государствах стабильное анализируемых имело место сокращение рождаемости. Ни в одной из стран не отмечено совпадение сроков третьей стадии эпидемиологического перехода по показателю рождаемости, согласно данным Santosa A. et al. (2014) и Гийо М. и соавт. (2011).

Таблица 4.14 — Динамика показателя рождаемости на 1000 населения в Кыргызстане и отдельных странах, 1960-2022 годы

Год	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2022
Страна									
Кыргызстан	40,7	32,3	31,9	31,5	21,7	21,6	26,7	27,3	23,3
Индия	42,0	39,1	36,2	31,5	26,4	24,1	21,1	18,6	16,3
Мексика	45,2	43,0	34,8	28,8	23,9	21,7	20,0	18,6	14,6
Коста-Рика	45,9	32,4	29,9	27,4	19,3	16,7	15,7	14,8	11,7
Куба	32,0	29,4	16,3	16,5	13,1	11,5	11,2	10,8	8,9
Малайзия	42,7	33,8	31,3	28,1	22,0	18,2	17,3	17,0	15,0

Что касается фертильности, то, как видно из табл. 4.15, в 1960 году во всех анализируемых странах она была очень высокой. Уровень фертильности, присущий третьей стадии эпидемиологического перехода в Австралии, составлял в 1956-1970 годах 2,7-3,3 детей на одну женщину. В Кыргызстане и Мексике показатель фертильности в 2,7 детей, в Малайзии в 2,8 и в Индии в 3,3 детей на одну женщину отмечен в 2000 году. В Коста-Рике данный показатель в 3,3 детей на одну женщину был в 1990 году, а на Кубе уже в 1980 году он оказался ниже уровня простого воспроизводства (1,9 детей на одну женщину). Ни в одной из стран не отмечено совпадение сроков третьей стадии эпидемиологического перехода по показателю фертильности, согласно данным Santosa A. et al. (2014).

Таблица 4.15 – Динамика показателя фертильности (количество детей на одну женщину) в Кыргызстане и отдельных странах, 1960-2022 годы

Год	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2022
Страна									
Кыргызстан	5,5	5,2	4,4	3,9	2,7	2,6	3,1	3,2	2,9
Индия	5,9	5,6	4,8	4,0	3,3	3,0	2,6	2,3	2,0

Мексика	6,8	6,6	4,8	3,5	2,7	2,5	2,3	2,2	1,8
Коста-Рика	6,7	4,6	3,6	3,3	2,4	2,0	1,9	1,8	1,5
Куба	4,2	3,9	1,9	1,7	1,6	1,6	1,6	1,7	1,4
Малайзия	6,5	5,0	4,1	3,6	2,8	2,3	2,1	2,1	1,8

Показатель смертности в пределах 8,7-9,0 и ниже на 1000 населения, характерный для третьей стадии эпидемиологического перехода на примере Австралии, стал наблюдаться в Кыргызстане с 1990 года (8,4/1000), в Индии – с 2000 года (8,7/1000), в Коста-Рике – с 1970 года (6,7/1000), на Кубе – с 1960 года (8,8/1000), в Малайзии – с 1970 года (7,2/1000) и в Мексике – с 1980 года (6,9/1000). В 2022 году данный показатель увеличился в Индии до 9,1 на 1000 населения и на Кубе – до 9,9 (табл. 4.16). Только на Кубе наблюдалось совпадение сроков третьей стадии эпидемиологического перехода по показателю смертности, согласно данным Santosa A. et al. (2014).

Таблица 4.16 — Динамика показателя смертности на 1000 населения в Кыргызстане и отдельных странах, 1960-2022 годы

Год	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2022
Страна									
Кыргызстан	15,7	11,2	9,9	8,4	7,7	7,7	7,1	6,2	6,0
Индия	22,2	17,2	13,3	10,9	8,7	8,1	7,5	7,2	9,1
Мексика	12,3	9,8	6,9	5,4	4,7	4,8	5,3	5,8	6,7
Коста-Рика	10,2	6,7	4,6	3,9	4,0	4,2	4,5	4,9	7,1
Куба	8,8	6,7	5,9	7,0	7,2	7,3	7,7	8,5	9,9
Малайзия	10,5	7,2	5,8	4,9	4,5	4,5	4,6	4,9	5,4

Источник: Мировой атлас данных, 2023; World Bank, 2024 [62, c.1; 376, p.1]

В Кыргызстане показатель младенческой смертности в среднем в пределах 17,8-22,2 и ниже на 1000 живорожденных детей, свойственный для 3-

й стадии эпидемиологического перехода, был зарегистрирован лишь в 2015 году (19,9), а в Индии — в 2021 году (19,1 на 1000 живорожденных детей). В Мексике данный уровень показателя стал регистрироваться с 2005 года (17,5/1000), в Коста-Рике и на Кубе — с 1980 года (соответственно 19,2 и 18,3/1000) и в Малайзии — в 1980-1990-х годах (14,2-25,2/1000) (табл. 4.17). Лишь в Малайзии отмечено совпадение сроков третьей стадии эпидемиологического перехода по показателю младенческой смертности, согласно данным Santosa A. et al. (2014).

Таблица 4.17 — Динамика показателя младенческой смертности на 1000 живорожденных детей в Кыргызстане и отдельных странах, 1960-2021 годы

Год	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2021
Страна									
Кыргызстан	119,6	87,8	78,7	53,9	42,2	34,1	26,1	19,9	11,9
Индия	161,4	142,9	114,7	88,6	66,6	55,7	45,1	35,0	19,1
Мексика	103,7	76,9	54,9	35,9	22,2	17,5	14,9	12,7	8,1
Коста-Рика	67,3	61,2	19,2	14,0	11,0	9,8	9,2	7,7	5,4
Куба	47,1	31,0	18,3	10,9	6,9	5,7	4,8	4,2	2,4
Малайзия	67,2	41,7	25,2	14,2	8,7	7,0	6,9	6,9	4,2

Источник: Мировой атлас данных, 2023; World Bank, 2024 [62, с.1; 376, р.1]

Уровень материнской смертности в пределах 20,6-60,0 на 100 тыс. живорожденных детей рассматривался как критерий третьей стадии эпидемиологического перехода на примере Австралии. Как видно из данных, представленных в табл. 4.18, в Кыргызстане только в 2017 году показатель материнской смертности составил 60 на 100 тыс. живорожденных детей), а в Индии даже в 2021 году (103 на 100 тыс. живорожденных детей) значительно превышал указанный уровень. В 1960 году в Коста-Рике и на Кубе материнская смертность равнялась соответственно 120 и 130 на 100 тыс. живорожденных детей (WHO, 1963; Espinosa M. et al., 2018) [348, p.330; 178, p.1].

Таблица 4.18 — Динамика показателя материнской смертности на 100 тыс. живорожденных детей в Кыргызстане и отдельных странах, 1990-2021 годы

Год	1990	2000	2005	2010	2015	2021
Страна						
Кыргызстан	80	79	82	79	66	50
Индия	556	370	286	210	158	103
Мексика	90	55	54	46	36	59
Коста-Рика	-	40	33	32	28	22
Куба	-	46	41	41	38	39
Малайзия	-	38	31	30	30	21

В Мексике, Коста-Рике, Кубе и Малайзии данный показатель был менее 60 на 100 тыс. живорожденных детей (критерий третьей стадии эпидемиологического перехода), начиная с 2000 года (соответственно 55, 40, 46 и 38 на 100 тыс. живорожденных детей) (Мировой атлас данных, 2023) [62, с.1]. Ни в одной из стран не отмечено совпадение сроков третьей стадии эпидемиологического перехода по показателю фертильности, согласно данным Santosa A. et al. (2014).

Одними из важных показателей трансформации эпидемиологического перехода из одной стадии в другую являются тренды смертности от инфекций и хронических НИЗ. В Австралии 1968 (третья В году эпидемиологического перехода) БСК и инфекции составили соответственно 44,5% и 7,8% в структуре общей смертности (AIHW, 2017) [108, р.1]. Из данных, представленных в табл. 4.19, следует, что в Кыргызстане в общей структуре смертности в 2016 году преобладали БСК (53%) и совместно с другими НИЗ (14%) и раком (11%) они составили 78%. Инфекции, перинатальные, материнские состояния и проблемы питания равнялись 10%. В других анализируемых странах даже в 2016 году доля БСК в структуре общей

смертности была ниже уровня Австралии в 1968 году (44,5%), особенно значительно, в Мексике (24%), Индии (27%) и Коста-Рике (29%).

Таблица 4.19 — Доля в процентах отдельных заболеваний и состояний в общей структуре смертности в Кыргызстане и отдельных странах, 2016 год

	БСК*	Другие	Рак	ХБОД***	Сахарный	Инфекции	Травмы
Страна		НИЗ**			диабет		
КР	53	14	11	4	1	10	8
Индия	27	13	9	11	2	36	11
Мексика	24	22	12	6	15	10	10
Коста-	29	20	23	7	4	6	10
Рика							
Куба	36	15	25	6	2	8	8
Малайзия	35	16	16	4	3	17	9

Источник: WHO Country Health Profiles, 2018 [353, p.1]

Примечание: \*БСК – болезни системы кровообращения, \*\*НИЗ – неинфекционные заболевания, \*\*\*ХБОД – хронические болезни органов дыхания

В то же время самая высокая доля инфекций, перинатальных, материнских состояний и проблем питания в общих причинах смертности населения отмечалась в Малайзии (17%) и Индии (36%). Наиболее высокой доля от рака была установлена на Кубе (25%), от хронических болезней органов дыхания и травм – в Индии (по 11%) и от сахарного диабета – в Мексике (15%) (WHO Country Health Profiles, 2018) [353, p.1].

В 1960 году в Коста-Рике стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от БСК был низким (133 на 100 тыс. населения), а от инфекционных и паразитарных заболеваний очень высоким (333 на 100 тыс. населения) (Мата L., Rosero L., 1988) [256, р.230]. Основными проблемами здравоохранения Коста-Рики и Кубы в 1960 году являлись туберкулез, малярия, кишечные и паразитарные инфекции, недоедание (WHO, 1963; Espinosa M. et

al., 2018) [348, p.330; 178, p.9]. В 1960-1964 годах в Коста-Рике и на Кубе внешние причины определяли соответственно 5,7% и 7,4% общей смертности населения, составив соответственно 55,6 и 62,3 на 100 населения (РАНО, 1994) [288, р.16]. В 1964 году на Кубе доля БСК в общей смертности населения равнялась около 20%, повысившись до 36% в 2002 году (WHO, 1963; Cooper R. et al., 2006) [348, p.330; 161, p.94]. В 1983-1987 годах в Малайзии отмечались вспышки холеры, высокими оставались заболеваемость и смертность от малярии, тифоидов, дизентерии, дифтерии, туберкулеза И других инфекционных и паразитарных заболеваний (Khor G., Gan C-Y., 1992) [223, р.159]. По данным этих авторов, это было обусловлено крайне низким уровнем финансирования здравоохранения (1,7% ВВП 4,4% ОТ OT общегосударственного бюджета в 1988 году). В 1990 году СВПС от инфекций составил 108 на 100 тыс. населения, что было в 7 раз выше, чем в Австралии в 1956 году в начале третьей стадии эпидемиологического перехода (15,3 на 100 тыс. населения). Поэтому Малайзия в 1985-1989 годах находилась во второй стадии эпидемиологического перехода, а не в третьей стадии, согласно данным Santosa A. et al. (2014) [307, p.15]. В Мексике в 1995 году СВПС от инфекций равнялся 77,1 на 100 тыс. населения и в 1999 году -55,7, а от БСК соответственно 193,5 и 175 на 100 тыс. населения. По данным Sepulveda J. et al. (2006) [311, р.4], в 1991-2001 годах в стране наблюдалась эпидемия холеры. В Индии в 2000 и 2004 годах СВПС от инфекций составила соответственно 441,0 и 364,4 на 100 тыс. населения, а от БСК – соответственно 314,2 и 280,7 на 100 тыс. населения (Мировой атлас данных, 2023) [62, с.1].

Таким образом, по основным демографическим данным и показателям здоровья — СПЖ, рождаемости, фертильности, общей, младенческой и материнской смертности, СВПС от БСК, инфекций, травм и других причин — ни одна из анализируемых стран не соответствовала третьей стадии эпидемиологического перехода в указанные Гийо М. и соавт. (2011) [29, с.148] и Santosa A. et al. (2014) [307, p.15] периоды времени, за исключением единичных случаев.

В связи с этим, в целях более комплексного и точного определения третьей стадии эпидемиологического перехода в табл. 4.20 нами приведены демографические данные и показатели здоровья населения не только Австралии, но и Испании и Канады.

Таблица 4.20 — Демографические данные и показатели здоровья населения Австралии, Канады и Испании в третьей стадии эпидемиологического перехода

Показатели	Австралия,	Испания,	Канада,
	1956 год	1964 год	1957 год
СПЖ, лет	70,0	70,2	70,0
Рождаемость	22,8	20,9	27,2
на 1000 населения			
Смертность	9,0	8,7	8,1
на 1000 населения			
Фертильность	3,3	2,8	3,8
(количество детей на			
одну женщину)			
Младенческая	22,2	40,3	33,1
смертность на 1000			
новорожденных			
детей			
Материнская	60,0	33,1	45 (1960)
смертность на 100			
тыс. новорожденных			
детей			
СВПС от БСК на 100	800	435 (1970)	400
тыс. населения			
СВПС от травм на	83,4	42,9	54,0
100 тыс. населения			
СВПС от инфекций	22,2	22,5	10,2
на 100 тыс.			
населения			

Источник: AIHW, 2017; Canada PHAC, 2014; Мировой атлас данных, 2019 [108, p.519; 148, p. 75; 62, c.1]

Как видно из данной таблицы, третья стадия данного процесса наблюдалась в Испании в 1964 году и Канаде — в 1957 году. СПЖ населения в этих странах колебалась от 70 лет до 70,2 лет, рождаемость — от 20,9 до 27,2 на 1000 населения, смертность — от 8,1 до 9,0 на 1000 населения, фертильность — от 2,8 до 3,8 детей на одну женщину, младенческая смертность — от 22,2 до 40,3 на 1000 новорожденных детей, материнская смертность — от 33,1 до 60,0 на 100 тыс. новорожденных детей, СВПС от БСК — от 400 до 800 на 100 тыс. населения, СВПС от травм — от 42,9 до 83,4 на 100 тыс. населения и СВПС от инфекций — от 10,2 до 22,5 на 100 тыс. населения.

Вышеизложенный анализ дополнен для большей обоснованности демографическими данными и показателями здоровья населения трех стран Азии, вступивших в третью стадию эпидемиологического перехода в различные годы (Япония – 1965 год, Южная Корея – 1988 год и Таиланд – 1991 год) (табл. 4.21). Как видно из данной таблицы, СПЖ населения составила в Японии и Таиланде 70,0 лет соответственно в 1965 и 1991 годах и в Южной Корее – 70,3 лет в 1991 году, что сопоставимо с таковой в Австралии (1956 год), Канаде (1957 год) и Испании (1964 год).

Таблица 4.21 — Демографические данные и показатели здоровья населения Японии, Южной Кореи и Таиланда в третьей стадии эпидемиологического перехода

	Япония,	Южная Корея,	Таиланд,
Показатели	1965 год	1988 год	1991 год
СПЖ, лет	70,0	70,3	70,0
Рождаемость на 1000	17,6	15,1	19,0
населения			
Смертность на 1000	7,0	5,8	5,8
населения			
Фертильность	2,0	1,5	2,1
(количество детей на			
одну женщину)			

	Япония,	Япония, Южная Корея,		
Показатели	1965 год	1988 год	1991 год	
Младенческая	21,1	15,6	29,0	
смертность на 1000				
живорожденных детей				
Материнская смертность	80,0	21,0	43,0	
на 100 тыс.				
живорожденных детей				
СВПС от БСК на 100 тыс.	255	136	219	
населения				
СВПС от травм на 100	60,0	50,0	63,5	
тыс. населения				
СВПС от инфекций на	80,0	13,3	41,4	
100 тыс. населения				

Источник: Aungkulanon S. et al., 2012; Kwon S. et al., 2015; Lee S. et al., 2015; Choe Y. et al., 2018; Sakamoto H. et al., 2018; OECD Asia/Pacific, 2020 [119, p.1794; 234, p.124; 238, p.202; 153, p.320; 306, p.248; 278, p.212]

Как видно из данной таблицы, СПЖ населения составила в Японии и Таиланде 70,0 лет соответственно в 1965 и 1991 годах и в Южной Корее – 70,3 лет в 1991 году, что сопоставимо с таковой в Австралии (1956 год), Канаде (1957 год) и Испании (1964 год). Показатель рождаемости в третьей стадии эпидемиологического перехода в Таиланде, Южной Корее и Японии равнялся соответственно 19, 15,1 и 17,6 на 1000 населения, а показатель смертности – соответственно 5,8-7,0 на 1000 населения. Фертильность была ниже уровня простого воспроизводства в Южной Корее (1,5 детей на одну женщину) и в Японии (2,0 детей на одну женщину), а в Таиланде – на уровне простого воспроизводства (2,1 детей на одну женщину). Младенческая смертность оказалась наименьшей в Южной Корее (15,6 на 1000 живорожденных детей) по сравнению с Таиландом и Японией соответственно 29 и 21,1 на 1000 живорожденных детей, также, как и материнская смертность – соответственно

21, 43 и 80 на 100 тыс. живорожденных детей. СВПС от БСК был существенно выше в Японии (255 на 100 тыс. населения), чем в Южной Корее и Таиланде (соответственно 136 и 219 на 100 тыс. населения). СВПС от травм составил в Таиланде 63,5 на 100 тыс. населения, в Японии – 60 и Южной Корее – 50. СВПС от инфекций был наименьшим в Южной Корее (13,3 на 100 тыс. населения) по сравнению с Таиландом (41,4) и Японией (80,0).

Итак, несмотря на некоторые различия в демографических данных и показателей здоровья населения шести стран мира (Австралия, Испания, Канада, Таиланд, Южная Корея и Япония), максимальные и минимальные их значения могут быть использованы для более точного определения третьей стадии эпидемиологического перехода (табл. 4.22).

Таблица 4.22 — Максимальные и минимальные значения демографических данных и показателей здоровья населения, характерные для третьей стадии эпидемиологического перехода

Показатель	Максимальное	Минимальное		
	значение	значение		
СПЖ, лет	71,0	70,0		
Рождаемость на 1000 населения	22,8	19,7		
Смертность на 1000 населения	9,0	8,1		
Фертильность (количество детей на	3,8	1,5		
одну женщину)				
Младенческая смертность на 1000	40,3	15,6		
новорожденных детей				
Материнская смертность на 100	60,0	20,6		
тыс. новорожденных детей				
СВПС от БСК на 100 тыс.	800	136		
населения				

СВПС от травм на 100 тыс.	83,6	42,9
населения		
СВПС от инфекций на 100 тыс.	80,0	9,8
населения		

Источник: собственные расчеты

Как отмечалось ранее, Кыргызстан вступил третью стадию 2011 эпидемиологического перехода году, при ЭТОМ ключевые демографические данные и показатели здоровья населения представлены в табл. 4.23. Из этих данных следует, что только два показателя не соответствовали максимальным и минимальным их значениям. Так, показатели рождаемости и материнской смертности были выше (соответственно 27,6 на 1000 населения и 74 на 100 тыс. живорожденных детей) максимальных значений (соответственно 22,8 на 1000 населения и 60 на 100 тыс. живорожденных детей).

Таблица 4.23 – Демографические данные и показатели здоровья населения КР в третьей стадии эпидемиологического перехода, 2011 год

СПЖ, лет	70
Рождаемость на 1000 населения	27,6
Смертность на 1000 населения	6,5
Фертильность, количество детей на одну женщину	3,2
Младенческая смертность на 1000 живорожденных детей	23
Материнская смертность на 100 тысяч живорожденных детей	74
СВПС от БСК на 100 тыс. населения	543,9
СВПС от травм на 100 тыс. населения	59,2
СВПС от инфекций на 100 тыс. населения	38,6

Источник: Our World in Data, 2022; World Bank, 2024) [286, p.1; 376, p.1]

На основании вышеизложенных данных, можно заключить, что по большинству анализируемых показателей только в 2011 году Кыргызская Республика начала соответствовать критериям третьей стадии эпидемиологического перехода, что произошло спустя более 50-90 лет (1920-1960 годы) по сравнению с утверждением Гийо М. и соавт. (2011) [29, с.148].

В Кыргызстане стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от БСК увеличился от 537 на 100 тыс. населения в 1990 году до 673 – в 2000 году и до 733 – в 2006 году, снизившись до 693 – в 2009 году, до 476,9 – в 2015 году и до 466,3 в 2019 году (Ibraimova A. et al., 2011; Our World in Data, 2022; Мировой атлас данных, 2022) [211, р.152; 286, р.1; 62, с.1]. Данное снижение смертности от БСК не следует рассматривать как начало «кардиоваскулярной революции» в Кыргызской Республике и, следовательно, вхождения страны в четвертую стадию эпидемиологического перехода по следующим причинам. Во-первых, это было обусловлено массовым оттоком этнических русских из Кыргызстана в Россию. В течение 1989-1999 годов доля этнических русских в республике снизилась от 21,5% до 12,5%, а к 2009 году этот показатель упал до 8% среди мужчин и до 9,4% среди женщин. В 2022 году доля русских сократилась до 3,9% (НСК КР, 2023) [73, с.5]. Согласно данным Duthé G. et al. (2017) [175, p.589], в 1975-2015 годах СВПС от БСК среди лиц в возрасте 20-59 лет в Кыргызстане был значительно выше среди русских по сравнению с кыргызами. Во-вторых, государственные расходы здравоохранения Кыргызской Республике были и остаются крайне низкими, как доли от ВВП (2,1-2,3% в 2000 и 2020 годах), и, особенно, в расчете на душу населения (соответственно 5,9 и 28,5 долларов США), что не позволяет внедрить современные технологии диагностики, лечения и профилактики БСК.

Из постсоветских республик только Эстонии благодаря высоким государственным расходам здравоохранения удалось совершить «кардиоваскулярную революцию» за последние десятилетия (Habicht T. et al., 2018) [204, p.193]. Общие и государственные расходы здравоохранения Эстонии значительно увеличились, особенно в долларах на душу населения,

также, как и расходы здравоохранения от общегосударственного бюджета. Это привело к сокращению СВПС от БСК соответственно от 778,6 на 100 тыс. населения в 1985 году до 569,8 в 2000 году и до 270,5 в 2019 году (табл. 4.24).

Таблица 4.24 — Расходы здравоохранения и динамика СВПС от БСК на 100 тыс. населения в Эстонии, 1985-2019 годы

Годы	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
Показатель								
ОРЗ в % ВВП	-	-	-	5,1	5,0	6,2	6,3	6,7
ГРЗ в % ВВП	-	-	-	3,9	3,7	4,6	4,7	5,0
OP3 в USD на	-	-	-	209	524	926	1112	1598
душу населения								
ГРЗ в USD на	-	-	-	159	388	687	838	1189
душу населения								
ГРЗ в % от ОГБ	-	-	-	10,8	11,1	11,6	12,2	12,9
СВПС от БСК	778,6	693,9	683,8	569,8	498,1	408,3	319	270,5

Источник: Habicht T. et al., 2018; World Bank, 2024 [204, p.193; 376, p.1]

Примечание: OP3 – общие расходы здравоохранения, ГР3 – государственные расходы здравоохранения, OГБ – общегосударственный бюджет

В Кыргызстане общие расходы здравоохранения составили 4,4% ВВП или 13 долларов США на душу населения в 2000 году, 7,4% ВВП или 28 долларов в 2005 году и 5,2% ВВП или 63 долларов в 2020 году (World Bank, 2024) [376, р.1]. Государственные расходы здравоохранения в 2000-2020 годах колебались в пределах 2,1-2,3% ВВП, а на душу населения оставались крайне низкими (5,9-28,5 долларов США). Расходы здравоохранения от общегосударственного бюджета составили 11,9% в 2000 году, снизившись до 6,9% в 2020 году (табл. 4.25).

Таблица 4.25 – Государственные расходы здравоохранения в Кыргызстане, 2000-2020 годы

Годы	2000	2005	2010	2015	2020
Показатель					
% от ВВП	2,1	3,8	3,4	2,7	2,3
в долларах США на	5,9	18,4	30,2	30,4	28,5
душу населения					

Источник: World Bank, 2024 [376, p.1]

В результате низких государственных расходов здравоохранения в Кыргызской Республике отмечалось крайне медленное увеличение СПЖ населения, достигнув 70 лет лишь в 2011 году и свидетельствуя о вхождении республики в третью стадию эпидемиологического перехода. Только в 2000 году показатели рождаемости и смертности (соответственно 21,7 и 7,7 на 1000 населения) и фертильности (2,7 детей на одну женщину) в Кыргызстане стали третьей критериям соответствовать указанным выше стадии 2010-2022 эпидемиологического перехода. Однако В годах показатели рождаемости и фертильности вновь увеличились. Младенческая смертность стала соответствовать третьей стадии эпидемиологического перехода только в 2010 году (26,1 на 1000 живорожденных детей), а материнская смертность достигла необходимого уровня (60 и менее на 100 тыс. живорожденных детей) в 2021 году, составив 50 на 100 тыс. живорожденных детей.

Таким образом, на основании разработанных нами максимальных и минимальных критериев третьей стадии эпидемиологического перехода можно утверждать, что Кыргызстан достиг этой стадии в 2011 году. Научное обоснование данных критериев позволяет объективно оценивать прогресс стран в эпидемиологическом переходе и использовать эти данные для дальнейшего планирования социально-демографической политики. Для Кыргызстана важным шагом станет ускорение перехода к четвертой стадии, при которой смертность от основных неинфекционных заболеваний, особенно болезней

системы кровообращения, сместится от лиц молодого трудоспособного возраста к старшим возрастным группам. Это позволит извлечь выгоду из первого демографического дивиденда, связанного c высокой долей трудоспособного населения, а укрепление здоровья и продление активной людей обеспечит второй и третий демографические пожилых дивиденды. Важно учитывать опыт других стран, например, Эстонии, которая благодаря значительным государственным расходам на здравоохранение смогла провести «кардиоваскулярную революцию» и вступить в четвертую стадию эпидемиологического перехода, когда смертность от инфекционных заболеваний сведена к минимуму, а основное внимание уделяется борьбе с НИЗ укреплению здоровья стареющего населения. Применение подобных подходов в Кыргызстане может способствовать улучшению здоровья населения и ускорению эпидемиологического перехода.

## 4.3. Смешанная модель эпидемиологического перехода в Кыргызской Республики

Определение «эпидемиологический переход» было впервые предложено Отал А. [282, р.509] в 1971 году, под которым он подразумевал «комплексное изменение в трендах здоровья и болезней, взаимодействие между этими трендами и их демографическими, экономическими и социологическими детерминантами и последствиями». По мнению Вишневского А.Г. (2006) [12, р.608], суть эпидемиологического перехода, заключается в том, что «по достижении тем или иным обществом определенного, достаточно высокого уровня развития начинается быстрая, по историческим меркам, смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим её типом, одной структуры болезней и причин смерти – другой».

В 1998 году Отал А. (1998) [283, р.99] почти 30 лет спустя после разработки трех стадий эпидемиологического перехода в 1971 году на основе новых трендов в СПЖ населения, фертильности, младенческой смертности и доле лиц в возрасте 65 лет и старше выделил 6 моделей эпидемиологического перехода: 1) классическая или западная; 2) полу-западная или ускоренная модель; 3) быстрая полу-западная модель; 4) незападная выше промежуточная модель; 5) незападная ниже промежуточная модель.

Классическая или западная модель описана на примерах Австралии, Западной Европы, Северной Америки и Японии.

Полу-западная или ускоренная модель эпидемиологического перехода свойственна не только Аргентине и Парагваю, но и таким социально-ориентированным государствам и территориям, как Гонконг, Китай, Сингапур, Южная Корея и др. Они находились в третьей стадии эпидемиологического перехода, преодолев «тройное» бремя болезней и состояний, в 1960-х годах.

Быстрая полу-западная модель наблюдалась на Кубе, Коста-Рике, Мартинике, Чили и Ямайке.

Незападная выше и ниже промежуточные модели эпидемиологического перехода отражают опыт стран со средним или низким доходами, в которых изменения смертности и рождаемости сходны с таковыми при быстрой и медленной моделях эпидемиологического перехода. К странам с незападной выше промежуточной моделью эпидемиологического перехода относились Бразилия, Венесуэла, Индонезия, Колумбия, Ливан, Мексика, Панама, Тунис и Таиланд. Такие государства, как Доминиканская Республика, Египет, Марокко, Перу и Эквадор являются странами с незападной ниже промежуточной моделью эпидемиологического перехода. Этим двум группам государств свойственно «двойное» бремя инфекционных болезней и недостаточного питания с нарастающей распространенностью НИЗ, часто в комбинации с ВИЧ/СПИД или малярией (Defo B., 2014) [170, p.10].

Для многих развивающихся государств и стран с очень низкими доходами в Азии, Африке и Латинской Америке характерна медленная модель эпидемиологического перехода. Этим странам свойственен спад рождаемости до умеренных уровней после 1950-х годов и сохранение высокой фертильности 1990-x годов. Помимо неинфекционных заболеваний (НИЗ), ДО испытывают тяжелое бремя ВИЧ/СПИД, малярии, туберкулеза и других вновь появившихся или возвратных болезней. Во многих развивающихся странах, особенно Африке, за последние два десятилетия инфекционные и паразитарные заболевания такие, как малярия и ВИЧ/СПИД, сочетаются с быстрым распространением НИЗ, обусловленных неправильным питанием и нездоровым образом жизни населения. Например, в регионе ниже Сахары частота сахарного диабета 2-го типа и болезней системы кровообращения (БСК) увеличилась в 10 раз (Adogu P. et al., 2015) [103, p.150]. В арабских странах Персидского залива распространенность сахарного диабета 2-го типа достигла 25-35% среди взрослого населения (Amuna P., Zotor F., 2008) [116, р.82]. Тренды смертности от острых инфекционных заболеваний к хроническим НИЗ, появление и исчезновение некоторых болезней свидетельствуют о продолжающейся трансформации болезней, особенно в развивающихся странах. Они подчеркивают важность политических, экономических, биологических, социальных, культурных и поведенческих факторов, а также изменений окружающей среды в трансформациях эпидемиологического перехода. Поэтому одной стране ΜΟΓΥΤ наблюдаться перекрывающих друг друга стадий эпидемиологического перехода (Adogu P. et al., 2015) [103, p.150].

На основании вышеизложенных данных, нами проведен подробный анализ данных по СПЖ населения, фертильности, младенческой смертности и доле лиц в возрасте 65 лет и старше в свете 6 моделей эпидемиологического перехода, разработанных Отвап А. (1986, 2005) [283, р.99; 284 р.731]. Целью анализа было выявление модели или их комбинации, характерной для эпидемиологического перехода в Кыргызской Республике, с учётом её

демографических и эпидемиологических особенностей. Динамика демографических показателей (СПЖ населения, фертильность, младенческая смертность и доля лиц в возрасте 65 лет и старше) при 6 моделях эпидемиологического перехода в модифицированном нами виде представлена таблицах 4.26-4.29.

Как показано в табл. 4.26, СПЖ населения увеличивалась при всех моделях эпидемиологического перехода, начиная с 1950 года.

Таблица 4.26 — Динамика средней продолжительности жизни (лет) населения при различных моделях эпидемиологического перехода, 1950-2005 годы

Годы	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1990-95	2000-05
Модель						
Классическая	69	70	72	74	75	76
Полузападная	63	65	66	67	70	72
Быстрая	57	62	66	70	74	75
Выше промежуточная	52	56	59	63	66	67
Ниже промежуточная	46	52	56	60	65	66
Медленная	42	46	52	55	60	63

Источник: Omran A., 1986, 2005 [283, p.99; 284, p.731]

При классической модели данный показатель возрос от 69 лет в 1950-1955 годах до 76 лет в 2000-2005 годах, а при медленной модели – соответственно от 42 лет до 63 лет. Ежегодное увеличение СПЖ при первой модели составило 0,14 лет и при второй модели – 0,42 лет.

Самая высокая фертильность (7 детей на одну женщину) в 1950-1955 годах была при ниже промежуточной и медленной моделях эпидемиологического перехода и начала постепенно снижаться с середины 1970-х годов (табл. 4.27). Однако к концу прошлого столетия данный показатель сохранялся высоким (4-5 детей на одну женщину) при этих моделях эпидемиологического перехода. При других моделях фертильность была

относительно низкой. В 1950-1955 годах в странах с классической моделью отмечался бум рождаемости, поэтому фертильность была выше (3,6 детей на одну женщину), чем в странах с полузападной моделью (3,0 детей на одну женщину). Но в последующие десятилетия (1980-2005 годы) фертильность в странах с классической моделью сократилась до 1,8-1,9 детей на одну женщину. В 2000-2005 годах данный показатель при быстрой и выше промежуточной моделях равнялся соответственно 2,4 и 2,6 детей на одну женщину.

Таблица 4.27 — Динамика фертильности (количество детей на одну женщину) при различных моделях эпидемиологического перехода, 1950-2005 годы

Годы	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1990-95	2000-05
Модель						
Классическая	3,6	3,5	2,0	1,8	1,9	1,9
Полузападная	3,0	3,0	3,1	3,0	2,6	2,5
Быстрая	5,0	5,0	4,0	3,6	2,4	2,4
Выше промежуточная	6,4	6,5	5,5	4,0	3,0	2,6
Ниже промежуточная	7,0	7,0	6,0	4,9	4,0	3,0
Медленная	7,0	7,0	6,6	5,6	5,0	3,8

Источник: Omran A., 1986, 2005 [283, p.99; 284, p.731]

Младенческая смертность также снизилась при всех моделях эпидемиологического перехода с 1950 года (табл. 4.28). Наиболее высокий уровень данного показателя наблюдался при медленной модели (174 на 1000 живорожденных детей) и самый низкий – при классической модели (30 на 1000 живорожденных детей). В странах с выше и ниже промежуточными моделями эпидемиологического перехода младенческая смертность была ниже соответственно 128 и 146 на 1000 живорожденных детей, чем в странах с медленной моделью и выше по сравнению с другими моделями. В 1950-1955 годах данный показатель в странах с быстрой моделью был выше (96 на 1000

живорожденных детей), чем в государствах с полузападной моделью (65 на 1000 живорожденных детей). К 2000-2005 годах младенческая смертность снизилась при всех моделях эпидемиологического перехода, достигнув минимального уровня (8 на 1000 живорожденных детей) при классической модели.

Таблица 4.28 — Динамика младенческой смертности на 1000 живорожденных детей при различных моделях эпидемиологического перехода, 1950-2005 годы

Годы	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1990-95	2000-05
Модель						
Классическая	30	28	20	16	10	8
Полузападная	65	60	50	40	30	22
Быстрая	96	80	50	22	18	10
Выше промежуточная	128	100	80	60	56	37
Ниже промежуточная	146	122	100	82	60	40
Медленная	174	140	120	90	64	50

Источник: Omran A., 1986, 2005 [283, p.99; 284, p.731]

К 1950-1955 годам в странах с классической моделью эпидемиологического перехода началось старение населения, то есть, доля лиц в возрасте 65 лет и старше превысила 7%, составив 8%. Данный процесс наблюдается в странах с полузападной моделью с 1970-1975 годов (7,2%) и быстрой моделью — с 1990-1995 годов (7%). При остальных моделях эпидемиологического перехода к 2000-2005 годах данный процесс не наступил (табл. 4.29).

Таблица 4.29 – Динамика доли населения (%) в возрасте 65 лет и старше при различных моделях эпидемиологического перехода, 1950-2005 годы

Годы	1950-55	1960-65	1970-75	1980-85	1990-95	2000-05
Модель						
Классическая	8,0	9,0	9,8	11,5	12,0	12,5

Полузападная	4,8	6,0	7,2	8,4	9,0	9,7
Быстрая	4,6	4,8	5,8	6,2	7,0	7,6
Выше промежуточная	3,6	3,8	3,9	4,0	4,2	4,5
Ниже промежуточная	3,8	3,9	3,9	3,9	4,0	4,2
Медленная	3,6	3,8	3,8	3,9	3,8	3,9

Источник: Omran A., 1986, 2005 [283, p.99; 284, p.731]

Вышеуказанные модели эпидемиологического перехода также существенно отличались между собой по причинам смертности населения. По данным Omran A. (1986, 2005) [283, р.99; 284, р.731], при классической модели ведущей причиной смертности являлись болезни системы кровообращения (БСК), которые начали снижаться после 1970 года. Инфекции в этих странах занимали незначительную долю в общей структуре причин смертности. При полузападной модели также преобладали БСК, однако доля инфекционных болезней была выше, чем при классической модели. Быстрой модели были присущи высокая доля инфекций и перинатальных причин с постепенным их снижением и рост хронических НИЗ как причин смертности населения. В этих странах также наблюдалось увеличение смертности от внешних причин (травмы, несчастные случаи и др.). При выше и ниже промежуточной моделях высокая смертность от инфекций и перинатальных причин начала снижаться в 1960-х годах. Смертность от БСК и рака была умеренной в 1960-х годах, но затем начался рост, также как и от внешних причин с 1970-х годов. Медленная характеризовалась высокой долей смертности от инфекций и перинатальных причин cпоследующим незначительным снижением. Смертность от БСК в этих странах была низкой, а от внешних причин стала расти, начиная с 1975 года (Omran A., 1986) [283, р.99].

Детальный анализ трендов СПЖ, фертильности, младенческой смертности и доли населения в возрасте 65 лет и старше в Кыргызстане, проведенный нами, показал, что динамика СПЖ населения с 1960 года по 2000-2005 годы была близкой к таковой при полузападной и выше промежуточной

моделях, динамика фертильности — близкой к быстрой модели, динамика младенческой смертности — близкой к выше промежуточной модели. Динамика доли населения в возрасте 65 лет и старше в Кыргызской Республике существенно отличалась от таковых при всех анализируемых моделях, а именно, данный показатель снизился от 7,1% в 1960 году до 5,8% в 2021 году, в то время как при других моделях эпидемиологического перехода он непрерывно повышался (табл. 4.30). Эти особенности были обусловлены этнической структурой населения Кыргызской Республики.

Таблица 4.30 — Динамика демографических данных и показателей здоровья населения Кыргызстана, 1960-2021 годы

Годы	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2021
Показатель									
СПЖ, лет	56,1	60,3	62,9	68,3	68,6	68,0	69,3	70,7	72,0
Фертильность*	5,5	5,2	4,4	3,9	2,7	2,6	3,1	3,2	2,9
Младенческая смертность**	-	87,8	78,7	53,9	42,2	34,1	26,1	19,9	16,0
Доля населения	7,1	6,2	5,8	5,0	5,5	5,6	4,5	4,3	5,8
в возрасте 65									
лет и старше, %									

Источник: Мировой атлас данных, 2022; World Bank, 2024 [62, с.1; 376, р.1]

Примечание: \* – количество детей на одну женщину, \*\* – на 1000 живорожденных детей.

Так, в 1959 году доля кыргызов составляла лишь 40,4%, в то время как доля русских равнялась 30,3%, украинцев — 6,6%, узбеков — 6,6% и других национальностей — 16,1%. По мнению Васина С. (2008) [9, с.2], в Кыргызстане демографическое старение русского населения обусловило высокую долю пожилых в 1959 году, а в последующие десятилетия рост численности молодого кыргызского населения привел к сокращению доли лиц в возрасте 65 лет и старше.

Стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от болезней системы кровообращения (БСК) в Кыргызстане составил в 1980 году 486,9 на 100 тыс. населения, повысившись до 594,8 в 1995 году и до 561,4 в 2010 году и снизившись до 419,0 в 2020 году и до 404,2 в 2021 году. В эти десятилетия отмечалось постепенное сокращение СВПС от рака от 143,6 на 100 тыс. населения в 1980 году до 88,3 в 2020 году и до 86,6 в 2021 году. СВПС от инфекционных заболеваний был высоким, составив в 1990 году и 2000 году соответственно 91,2 и 84,8 на 100 тыс. населения. Таким образом, динамика смертности от БСК и рака в Кыргызстане была сходной с таковой при полузападной модели, а динамика смертности от инфекций близкой к быстрой модели эпидемиологического перехода. Как и в странах с указанными эпидемиологического перехода Кыргызской Республике моделями наблюдалось увеличение смертности от ДТП, особенно в 2005-2015 годах (18 на 100 тыс. населения) (Our World in Data, 2023) [286, p.1].

На основании вышеизложенных данных, нами обоснован научный тезис о смешанной (mixed or blended model) модели эпидемиологического перехода в Кыргызской Республике, который основывается на концепции Omran A. об эпидемиологическом переходе, предложенном в 1971 году и дополненном им в 1998 году. В условиях Кыргызстана этот переход проявляется в виде одновременного сосуществования традиционных инфекционных заболеваний и растущего бремени хронических неинфекционных заболеваний, что и формирует смешанную модель.

Таким образом, смешанная модель эпидемиологического перехода в Кыргызской Республике представляет собой уникальное сочетание характеристик различных моделей эпидемиологического перехода, отражая как сохраняющуюся нагрузку инфекционных заболеваний, так и растущую долю хронических неинфекционных заболеваний в структуре заболеваемости и смертности населения.

В условиях данной модели крайне важно разработать всестороннюю государственную политику, направленную на преодоление «тройного» бремени

заболеваний и состояний. Прежде всего, это должно быть осуществлено за счет увеличения государственных расходов здравоохранения, что позволит улучшить доступ к медицинским услугам и повысить качество оказания медицинской помощи, что, в свою очередь, окажет позитивное влияние на уровень жизни населения и будет способствовать борьбе с бедностью.

Не менее важным является достижение оптимальных уровней рождаемости и фертильности для поддержания высокой доли трудоспособного населения, что создаст условия для получения демографических дивидендов. Это требует внедрения программ по улучшению репродуктивного здоровья и образования, а также поддержки семейных инициатив.

Кроме ΤΟΓΟ, необходимо сосредоточить усилия на снижении младенческой смертности, что послужит важным шагом к дальнейшему увеличению средней продолжительности жизни населения. Для достижения этих целей рекомендуется развивать комплексные программы, направленные на профилактику инфекционных, И лечение как так хронических неинфекционных заболеваний, с акцентом на межсекторное сотрудничество и участие местных сообществ. Таким образом, стратегический подход к демографической политике является важным шагом ДЛЯ достижения долгосрочных целей развития страны.

## ГЛАВА 5. ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕРАВЕНСТВА И БЕДНОСТИ С УЧЕТОМ ПОЛИТИЧЕСКИХ, ЭКОНОМИЧЕСКИХ, ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И МИГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

## 5.1. Обоснование научного тезиса об «эпидемиологическом дивиденде» как важнейшем факторе экономического развития и процветания

В 1998 году Bloom D., Williamson J. [132, p.107] на основе обширных исследований по изменениям возрастной структуры населения в результате снижения рождаемости, смертности и фертильности, обусловивших увеличение численности трудоспособной части населения по отношению к иждивенцам (дети и пожилые лица) использовали понятие «демографический подарок» (demographic gift). Этот термин означает позитивный вклад в экономический рост и развитие страны. В последующих трудах многих исследователей, включая российских ученых, стало широко применяться определение «демографический дивиденд» (demographic dividend) (Bloom D. et al., 2003; Mason A., Kinugasa T., 2008; Luoma K., 2016; Васин С., 2008; Вишневский А.Г., 2014, Абрамова И., 2014 и др.) [132, p.107; 253, p.389; 246, p.14; 9, c.2; 13, c.6; 1, c.4].

Учитывая взаимообусловленность тесную взаимосвязь И демографических и эпидемиологических переходов, а также демографических дивидендов, на наш взгляд, представляется логичным обоснование научного «эпидемиологическом тезиса дивиденде», учитывая колоссальные экономические расходы на диагностику лечение, прежде всего, неинфекционных заболеваний в мировом масштабе.

Так, экономические затраты на пять основных форм неинфекционных заболеваний (НИЗ) (болезни системы кровообращения, рак, болезни органов

дыхания, сахарный диабет и психические расстройства) на глобальном уровне достигнут в период 2010-2030 годов 47 триллионов долларов США как в развитых, так и в развивающихся странах (NCD Alliance 2023) [269, р.6]. При этом наибольшее внимание привлекают экономические затраты в развитых странах, где последствия НИЗ значительно отражаются на экономике. В частности, в США экономическое бремя болезней системы кровообращения (БСК) составило 457 млрд. долларов в 2005 году (Leal J. et al., 2006) [236, p.1610]. Согласно прогнозам American Heart Association (2017) [114, p.14], к 2035 году экономический ущерб от БСК в США превысит 1,1 триллиона долларов, из них расходы на медицинские услуги составят 749 млрд. и непрямые расходы – 368 млрд. При этом под непрямыми расходами подразумеваются потери от снижения производительности труда на рабочих местах и на дому. Экономические затраты Канады на БСК равнялись 22 млрд. долларов США в 2015 году, увеличившись до 28 млрд. долларов в 2020 году (Tran D. et., 2021) [321, p.425]. Boisclair D. et al. (2018) [137, p.1] отмечают, что в 2012-2050 годах ежегодные экономические потери Канады составят 13,1 млрд. канадских долларов в ценах 2012 года. Стоимость же за счет сохраненных жизней людей может достигнуть 38 млрд. канадских долларов (Canada PHAC, 2014) [148, p.75]. По данным European Cardiovascular Disease Statistics (2017) [181, р.1], экономическая цена БСК в 2014-2015 годах возросла в странах ЕС и достигла 210 млрд. евро в год. Из них 53% (111 млрд. евро) – это стоимость медицинских услуг, 26% (54 млрд. евро) – производственные потери и 21% (45 млрд. евро) – официальная помощь больным с БСК. По данным Centre for Economics and Business Research (2014) [150, p.14], в шести европейских экономиках (Великобритания, Германия, Испания, Италия, Франция, Швеция) общая стоимость затрат на БСК в 2014 году оценена в 102,1 млрд. евро. Согласно прогнозам, в этих шести странах количество смертей от БСК увеличится от 1,1 млн. в 2014 году до 1,2 млн. в 2020 году. Ожидается значительный рост смертей среди трудоспособного населения от 93584 в 2014 году до 99743 в 2020 году. Tuppina P. et al. (2016) [324, p.399] по базе данных

Национальной медицинской страховой системы определили экономический ущерб от БСК во Франции. Оплаченные затраты за медицинские услуги, предоставленные 3,5 миллионам больным с БСК, составили 15,1 млрд. евро в 2015 году. В 2015 году прямые расходы Великобритании на БСК равнялись 12,3 млрд. евро, потери производительности труда из-за смерти – 6,2 млрд., потери производительности труда в результате болезни - 2,5 млрд. и неформальной помощи – 5,5 млрд. евро (Wilkins E. et al., 2017) [364, p.192]. По данным Collins B. et al. (2022) [159, p.1], экономические затраты Англии и Уэльса на БСК в 2020-2029 годах достигнут 54 млрд. фунтов стерлингов, из них 13 млрд. составят расходы здравоохранения, 1,5 млрд. – социальные расходы, 8 млрд. – неформальная помощь и 32 млрд. – потери DALY. В 2015 году прямые БСК равнялись 28,3 евро, расходы Германии на млрд. производительности из-за смерти – 8,5 млрд., потери производительности в результате болезни – 8,4 млрд. и неформальной помощи – 12,1 млрд. (Wilkins E. et al., 2017) [364, p.192]. В 2017 году прямые расходы Германии на БСК увеличились до 54,4 млрд. долларов США (Rittiphairoj T. et al., 2022) [302, p.65]. Социально-экономическое бремя БСК в стране в 2019 году составило 1,1 млрд. евро в результате госпитализаций и реабилитации больных и 23,4 млрд. евро из-за потерь производительности труда (Brenner J. et al., 2022) [142, p.58]. В Японии экономические затраты в связи со смертностью от коронарной болезни сердца (КБС) возросли от 904,2 млрд. йен в 1996 году до 1 триллиона 40 млрд. йен в 2014 году (Gochi T. et al., 2018) [200, p.1]. В 2017 году прямые расходы страны на БСК равнялись 49,5 млрд. долларов США (Rittiphairoj T. et al., 2022) [302, р.65]. В 2006 году 3,7 млн. австралийцев или 19% общей численности населения страдали БСК и 1,4 млн. человек были инвалидами от них (Australian Government, 2009) [120, p.24]. Ежегодно в Австралии умирают 45670 чел. от БСК, что составляет 34% всех причин смерти. В 1960-1970-х годах, когда наблюдался пик смертности, БСК были причиной смертности в 55% всех случаев смерти. Однако с 1968 года по 2006 год стандартизированный по возрасту показатель смертности от БСК в Австралии снизился соответственно

от 830,6 до 201,9 на 100 тыс. населения, а от КБС – соответственно от 428,3 до 101,8 на 100 тыс. населения. Если бы данные показатели сохранялись на уровне 1968 года, то число смертей от них было бы в 4 раза выше их уровня в 2006 году или вместо 45670 умерли бы 187000 австралийцев. Число сохраненных жизней составило более 140000 (Australian Government, 2017) [121, p.24]. В 2017-2018 годах экономические затраты только при остром коронарном синдроме составили 1,9 млрд. долларов США (National Heart Foundation of Australia, 2018) [268, p.3]. В 2017 году прямые расходы Южной Кореи на БСК равнялись 7,8 млрд. долларов США (Rittiphairoj T. et al., 2022) [302, p.65].

Неинфекционные заболевания, прежде всего, болезни кровообращения (БСК) стали ведущей причиной смертности населения и в развивающихся стран, нанося огромный ущерб их экономическому и демографическому развитию (Gheorghe A. et al., 2018) [194, p.975]. Рост этих заболеваний объясняется быстрой урбанизацией И современным эпидемиологическим переходом, охватившим эти государства (Estel C., Conti С., 2016) [179, р.369]. Экономические потери стран с низким и средним доходами от НИЗ в 2011-2030 годах достигнут 21 триллионов долларов США, из них от БСК – 7 триллионов (Bloom D. et al., 2011) [134, p.39]. При этом в 2011-2025 годах ежегодный экономический ущерб составит 500 млрд. долларов США (Hennis A., 2021) [208, р.21]. В мире ежегодно от НИЗ умирают 41 млн. человек и ожидается рост количества смертей до 52 млн. в 2030 году. Три четверти этих смертей и 85% преждевременных смертей у лиц в возрасте 30-70 лет происходит в странах с низким и средним доходами. Более 80% этих смертей могут быть предупреждены или отсрочены в более пожилые и старческие годы благодаря внедрению современных экономически эффективных технологий, разработанных и рекомендованных BO3 (NCD Best Buys) в 2017 году (NCD Alliance 2023) [269, р.6]. Они включают меры по сокращению курения, потребления алкоголя и нездоровой пищи, увеличения физической активности, а также эффективное управление БСК, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний (WHO, 2017) [355, p.48]. Несмотря на это, финансирование программ борьбы с НИЗ в развивающихся странах составляет лишь 1-2% помощи на развитие в последние годы, в то время как инвестиции в сельское хозяйство и добычу полезных ископаемых ежегодно превышают 1,8 триллиона долларов. Ежегодное выделение 18 млрд. долларов США в течении 2023-2030 годов на профилактику НИЗ позволит предотвратить 39 млн. смертей и получить экономическую выгоду в 2,7 триллионов долларов (NCD Countdown 2030) [270,p.1266]. Ниже изложены масштабы отдельных БСК экономического бремени НИЗ И, прежде всего, развивающихся странах мира. Так, в 2017 году прямые расходы Бразилии на БСК равнялись 10,9 млрд. долларов США (Rittiphairoj T. et al., 2022) [302, p.65]. Экономические потери Коста-Рики от хронических НИЗ и психических расстройств в 2015-2030 годах достигнут 81,96 млрд. долларов США (Hennis A., 2021) [208, p.12]. По данным Vega-Solano J. et al. (2023) [341, p.13], ежегодные расходы здравоохранения на госпитализации, консультации и медикаменты с целью сокращения избыточного потребления соли для профилактики артериальной гипертонии (АГ) среди лиц в возрасте 15 лет и старше в 2018 году составили 15,1 млн. долларов США. В 2015 году экономическое бремя 4-х основных БСК (АГ, сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий) в Мексике достигло 6,1 млрд. долларов США. 46% составили расходы здравоохранения, а остальные – потери производительности труда и неформальная помощь (Stevens B. et al., 2018) [314, р.241]. В 2017 году прямые расходы страны на БСК равнялись 2,8 млрд. долларов США (Rittiphairoj T. et al., 2022) [302, p.65]. По прогнозам Рісо-Guzman F. et al. (2022) [294, p.86], в 2019-2028 годах ожидается более 2 млн. новых случаев БСК и 960 тысяч случаев сахарного диабета. Прямые расходы здравоохранения на них могут достичь 75 млрд., а экономическое бремя – 31 млрд. долларов США. В 2015 году экономическое бремя БСК в Перу составило 243 млн. долларов США (9 млрд. сол) (Pezzulo L. et al., 2016) [292, p.130]. При внедрении политики снижении потребления табака, алкоголя и поваренной соли, клинических вмешательств по контролю БСК и диабета, повышения

доступности медицинских услуг при психических расстройствах с 2020 года по 2035 год в стране могут быть предотвращены более 183 тысячи смертей и сэкономлены 9 млрд. долларов США (Peru, PAHO) [290, p.34].

Экономические потери Китая и Индии от неинфекционных заболеваний (БСК, рак, хронические болезни легких и сахарный диабет) в течении 2012-2030 годов, по данным Bloom D. et al. (2015) [135, p.13], могут достигнуть соответственно 27,8 и 6,2 триллионов долларов США. В 2018 году в Индии катастрофические расходы при госпитализации и амбулаторной помощи больным БСК испытали соответственно 50,3% и 43,2% домохозяйств, а соответственно 19% и 8,9% домохозяйств оказались ниже черты бедности (Allarakha S. et al., 2022) [110, p.10]. Экономические потери Индонезии от НИЗ в 2012-2030 годы могут составить 4,47 триллионов долларов США, причем БСК будут определять 39,6% этих потерь (Bloom D. et al., 2015) [135, p.13]. В 2017 году затраты системы здравоохранения страны только на коронарную болезнь сердца достигли 139 млрд. долларов, а потери от производительности труда – 33,3 млрд. долларов США (Uli R. et al., 2020) [325, p.10]. В Малайзии прямые расходы здравоохранения на БСК, сахарный диабет и рак в 2017 году равнялись 11,4 млрд. долларов США (Ministry of Health Malaysia, WHO, 2022) [264, р.72]. По данным отчета ООН и Министерства общественного здравоохранения Таиланда, инвестиции в 211 млрд. тайских батов на внедрение пяти современных программ профилактики основных хронических НИЗ, рекомендованных ВОЗ, сохранит 310 тысяч жизней и 430 млрд. тайских батов национальной экономики в последующие 15 лет (2020-2035 годы) (United Nations, Thailand 2022) [332, p.94]. Исследования показали, что экономические потери страны от хронических НИЗ составили 1,6 триллиона тайских батов или 9,7% ВВП в 2019 году. Прямые и непрямые расходы здравоохранения на БСК в 2019 годы достигли 19,5 млрд. долларов США (United Nations, Thailand, 2022) [332, р.168]. В Шри-Ланке экономический ущерб от раковых заболеваний, обусловленных курением, в 2015 году достиг 121,2 млн. долларов США (Amarasinghe H. et al., 2018) [113, p.542]. В 2016 году общие экономические

расходы на БСК в Иране составили 1,15 млрд. долларов США (60% прямые и 40% непрямые расходы), что равнялось 6,7% ВВП страны (Emamgholipour S. et al., 2018) [176, р.6]. Экономическое бремя от БСК в стране увеличилось в 1,2 раза за последние два года (2018-2020 годы) (Alipour V. et al., 2021) [109, р.202]. Экономический ущерб от БСК в Турции возрастет от 10,2 млрд. долларов США в 2016 году до 19,4 млрд. в 2035 году (Balbay Y. et al., 2018) [122, р.235]. По данным World Bank (2023) [375, р.66], в таких странах Персидского залива, как Бахрейн, Катар, Кувейт, ОАЭ, Оман и Саудовская Аравия в 2019 году прямые расходы здравоохранения на хронические НИЗ составили 16,7 млрд. долларов, а непрямые расходы в результате снижения производительности труда — 80 млрд. долларов США. В 2020 году прямые расходы здравоохранения и социальные расходы ЮАР только на артериальную гипертонию равнялись соответственно 0,711 и 2,08 млрд. долларов США (Kohli-Lynch C. et al., 2022) [230, р.10].

В посткоммунистических странах Восточной Европы экономический ущерб от НИЗ, включая БСК, остается высоким. Так, в 2015 году прямые БСК 343,5 расходы Болгарии на равнялись МЛН. потери евро, производительности из-за смерти 329,4 потери труда МЛН., производительности труда в результате болезни – 67,5 млн. и неформальной помощи – 208,3 млн. В Венгрии в 2015 году прямые расходы на БСК составили 1,5 млрд. евро, потери производительности труда из-за смерти – 381,8 млн., потери производительности труда в результате болезни – 120,9 млн. и неформальной помощи – 555,9 млн. (Wilkins E. et al., 2017) [364, p.192]. В 2019 году только на лечение больных сердечной недостаточностью были затрачены 149,2 млн. евро (Endrei D. et al., 2019) [177, p.542]. В 2015 году прямые расходы Польши на БСК равнялись 4,3 млрд. евро, потери производительности труда изза смерти – 1,6 млрд., потери производительности труда в результате болезни – 902,1 млн. и неформальной помощи – 1,7 млрд. (Wilkins E. et al., 2017) [364, р.192]. В Румынии в 2015 году прямые расходы страны на БСК достигли 1,2 млрд. евро, потери производительности труда из-за смерти – 752,6 млн., потери производительности труда в результате болезни – 174,3 млн. и неформальной помощи – 632,8 млн. (Wilkins E. et al., 2017) [364, p.192]. В 2015 году прямые БСК 657,0 расходы Словакии на равнялись МЛН. евро, потери 202.2 производительности труда из-за смерти МЛН., потери производительности труда в результате болезни – 150,2 млн. и неформальной помощи – 262,6 млн. В Чехии в 2015 году прямые расходы на БСК составили 1,48 млрд. евро, потери производительности труда из-за смерти – 432,2 млн., потери производительности труда в результате болезни – 345 млн. и неформальной помощи – 522,9 млн. В 2015 году прямые расходы Латвии на БСК равнялись 130,3 млн. евро, потери производительности труда из-за смерти – 181,4 млн., потери производительности труда в результате болезни – 44,9 млн. и неформальной помощи – 111,3 млн. В Литве в 2015 году прямые расходы на БСК составили 226,4 млн. евро, потери производительности труда из-за смерти – 187,6 млн., потери производительности труда в результате болезни – 82,7 млн. и неформальной помощи – 140,2 млн. В 2015 году прямые расходы Эстонии на БСК равнялись 177,8 млн. евро, потери производительности труда из-за смерти – 105,0 млн., потери производительности труда в результате болезни – 90,2 млн. и неформальной помощи – 115,4 млн. (Wilkins E. et al., 2017) [364, p.192].

В России суммарный экономический ущерб от БСК в 2008-2009 годах 3%  $BB\Pi$ 1 трлн. руб., соответствовало страны что 3a соответствующий период (Оганов Р.Г. и соавт., 2011) [75, с.4]. 21,3% общего экономического ущерба в 2009 году составили прямые затраты системы здравоохранения, а 78,7 % – потери в экономике. Расходы на госпитализации, скорой медицинской помощи, амбулаторные вызовы посещения, высокотехнологичную медицинскую помощь, а также на медикаментозную терапию на амбулаторном этапе лечения рассматривались как прямые затраты. Потери в экономике включали снижение ВВП вследствие смерти в трудоспособном возрасте и временной нетрудоспособности, а также выплаты пособий по инвалидности. Столь значительный экономический ущерб от БСК свидетельствует о необходимости большего инвестирования

профилактические программы и совершенствование медицинской помощи, что будет способствовать снижению риска смерти в трудоспособном возрасте (Оганов Р.Г. и соавт., 2011; Стародубов В.И и соавт., 2015) [75, с.4; 92, с.19]. Концевая А.В. и соавт. (2018) [49, с.156] рассчитали «потерянные годы потенциальной жизни», то есть, число лет жизни, недожитых в экономически активном возрасте из-за преждевременной смерти от БСК в РФ. Потери, обусловленные преждевременной смертностью в экономически активном возрасте, включали непроизведенный ВВП вследствие потерянных лет жизни в соответствующей возрастной группе по причине смерти от БСК с учетом коэффициента занятости населения. Результаты исследований показали, что в 2016 году из-за преждевременной смерти от БСК Россия потеряла 4,5 млн. лет потенциальной жизни в экономически активном возрасте, преимущественно, за счет мужчин (3,3 млн. лет). В целом экономический ущерб от БСК в стране в 2016 году составил 2,7 трлн. рублей или 3,2% ВВП. В структуре экономического ущерба свыше 90% составляют потери в экономике, обусловленные преждевременной смертью лиц экономически активного возраста. По данным Чазовой И.Е., Ощепковой Е.В. (2015) [96, с.4], в 2014 году среди всех умерших около 30% были лица трудоспособного возраста (более 560 тыс. человек в год), из них 80% – мужчины. При этом смертность среди мужчин трудоспособного возраста в 4,1 раза превышала смертность среди женщин. Сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста от БСК является основной причиной отставания России от других государств по СПЖ населения (Харченко В.И. и соавт., 2006; Вишневский А.Г. и соавт., 2015) [95, с.138; 14, с.6]. По мнению Rechel B. et al. (2004) [301, p.47], снижение смертности от БСК и травм в России гораздо сильнее отразилось бы на СПЖ, чем достижение Целей развития тысячелетия в сфере здравоохранения (снижение детской и материнской смертности, заболеваемости ВИЧ/СПИД и туберкулезом). Демографическая и эпидемиологическая ситуация в России столь сложна, что вероятность того, что 15-летний российский мальчик не доживет до 60 лет составляет более 40%, то есть, на 16% выше, чем в Бразилии, вдвое выше, чем в

Турции, и в четыре раза выше, чем в Великобритании (Suhrcke M. et al., 2008) [315, р.97]. Смертность мужчин от БСК в РФ значительно выше, чем в других странах со сходным уровнем доходов на душу населения. В России соотношение смертности от БСК для разных возрастных групп было крайне неблагоприятным по сравнению со Швецией. Так, смертность пожилых людей в России превышала этот показатель в Швеции в два-три раза, а в возрастной группе от 30 до 34 лет — в 12 раз. Экономические потери страны, обусловленные пропуском рабочих дней по болезни, составляют 0,55-1,37% от ВВП. Статическая экономическая выгода (стоимость жизни, выраженная в ВВП на душу населения) от снижения смертности взрослого населения от НИЗ и травм в России к 2025 году до нынешнего уровня в ЕС-15 оценивается в 3,6-4,8% от ВВП страны в 2002 году (Suhrcke M. et al., 2008) [315, р.97]. В последние время (2020-2022 годы) ежегодные экономические потери от основных болезней (БСК и др.) и несчастных случаев достигли 15-24 триллионов рублей (Варшавский А., Кузнецова М., 2023) [8, с.2206].

В Кыргызстане, по данным Кыдыралиевой Р.Б., Рыскельдиевой Э.Ф. (2007) [53, с.83], стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от БСК в возрастных группах 30-44 лет и 45-59 лет составил соответственно 172,0 и 926,8 на 100 тыс. населения, а в европейских странах группы А – соответственно 36,5 и 207,3 на 100 тыс. населения. Таким образом, смертность лиц наиболее трудоспособного возраста в Кыргызской Республике в 4,4-4,8 раза превышала таковую в Европе. Кроме того, авторы отметили, что на протяжении 10 лет (1995-2005 годы) БСК занимали первое место как причины первичной инвалидности населения. В 2013 году СВПС от преждевременной смерти от НИЗ (БСК, рак, хронические болезни легких и сахарный диабет) в Кыргызстане составил 833 на 100 тыс. населения у мужчин и 417 — у женщин, что было значительно выше, чем в среднем в странах Европейского регионального бюро ВОЗ (соответственно 548 и 266 на 100 тыс. населения) (WHO/UNDP, 2017) [356, р.30]. Обширные оценочные исследования ВОЗ и Программы развития ООН (WHO/UNDP, 2017) [356, р.30], проведенные

в Кыргызстане в 2016 году, показали, что экономическое бремя НИЗ в 2015 году составило 17,1 млрд. сомов, из них прямые расходы правительства — 3,83 млрд. и непрямые расходы — 13,29 млрд. сомов. Экономические потери от преждевременной смертности от НИЗ равнялись 10,4 млрд. сомов, из них от БСК — 5,5 млрд., от рака — 4,3 млрд., от хронических болезней легких — 0,4 млрд. и от сахарного диабета — 0,2 млрд. Общее экономическое бремя БСК в стране в 2015 году достигло 8,99 млрд. сомов. Важно отметить, что общий бюджет здравоохранения Кыргызстана в 2015 году составил 13,2 млрд. сомов, то есть, был меньше, чем экономическое бремя неинфекционных заболеваний (НИЗ) (17,1 млрд. сомов).

Таким образом, экономический и демографический ущерб от НИЗ, прежде всего, от БСК сохраняется высоким в развитых странах и быстро нарастает в развивающихся государствах, в том числе, в Кыргызской Республике. Вместе с тем, недорогие, но эффективные профилактические вмешательства в странах с низкими и средними доходами могут сохранять 24 млн. жизней ежегодно. Сокращение смертности от БСК приведет к снижению экономических расходов развивающихся стран на 8 млрд. долларов США в год (Estel C., Conti C., 2016) [179, p.369]. Так, на Американском континенте, по данным Wan H. et al. (2016), Hambleton I. et al. (2023) [449, p.23; 343, p.13], в 2000-2019 годах были достигнуты значительные успехи в контроле НИЗ (БСК, рак, сахарный диабет, хронические респираторные болезни, психические и неврологические нарушения). Так, стандартизированный показатель смертности (СВПС) от этих заболеваний снизился от 424 на 100 тыс. населения в 2000 году до 329 в 2019 году, от БСК – соответственно от 203 до 137, рака – соответственно от 128 до до 101. Особенно существенным было сокращение данного показателя от коронарной болезни сердца и мозгового инсульта (соответственно от 44 до 18 на 100 тыс. населения) благодаря прекращению/снижению курения, эффективному контролю артериальной гипертонии и гиперхолестеринемии, а также доступности качественной медицинской помощи. Сходные тренды произошли в развитых странах таких

как Австралия, Великобритания, Голландия, Ирландия, Канада, Новая Зеландия и Япония (GBD 2013; Roth G. et al., 2015; Hartley A. et al., 2016; Giedriemiene D., King R., 2018) [193, p.117; 304, p.1667; 207, p.1916; 195, p.207]. Опыт стран с высоким доходом свидетельствует о том, что устранив факторы риска, можно предупредить или отсрочить смерть от БСК на 85%, от рака — на 55% и от хронических респираторных болезней — на 70% (WHO, 2017; World Economic Forum, 2023) [354, p.28; 378, p.56].

Факторы риска НИЗ (артериальная гипертония, курение, нездоровое питание, физическая гиподинамия, избыточная масса тела и ожирение и др.) не только способствуют развитию этих болезней, но и наносят огромный экономический и демографический ущерб. Например, в 2009-2012 годах на глобальном уровне экономические потери от курения достигли 289-332,5 млрд. долларов США, из них 132,5-175,9 млрд. составили прямые медицинские расходы и 151 млрд. – потери производительности труда от преждевременной смерти. В 2020 году от курения умерли 8,09 млн. человек в мире. При этом 80% курильщиков были жителями стран с низким и средним доходами (Tsao C. et al., 2022) [322, p.153]. Артериальная гипертония (АГ) является ведущим фактором риска смертности от БСК на глобальном уровне, при этом в странах с низким И средним доходами распространенность данной патологии увеличивается, а в странах с высокими доходами снижается (Campbell N. et al., 2016) [147, р.714]. На глобальном уровне данные по АГ угрожающие: каждый четвертый из десяти лиц старше 25 лет имеет повышенное артериальное давление (АД), но лишь около 50% из них знают о своем статусе и только 14% эффективно контролируют АД (Mills K. et al., 2016) [262, p.441]. По данным систематического обзора, проведенного Crosland P. et al. (2019) [165, p.484], в Австралии ежегодные экономические потери производительности труда от ожирения равнялись 0,84-14,9 млрд. долларов США, от курения – более 10,5 млрд., от избыточного потребления алкоголя – 1,1-6,8 млрд., от физической гиподинамии – более 15,6 млрд. и от неправильной диеты – 562 млн. долларов. В 2020 году, по данным d'Errico M. et al. (2022) [171, p.177], общие

экономические затраты Италии на ожирение составили 13,34 млрд. евро, из них прямые расходы — 7,89 и непрямые расходы — 5,45 млрд. евро.

Аналитические данные ВОЗ (WHO, 2018) [357, р.18] свидетельствуют о том, что один доллар США, выделенный на борьбу с НИЗ, вернет 7 долларов в виде продуктивной трудовой деятельности, долгой и здоровой жизни людей. Также показано, что один доллар США, инвестированный на вакцинацию против вируса папилломы (HPV) и скрининг на рак шейки матки, приводит к экономии 2,34 долларов, эффективное управление БСК и сахарного диабета – 3,12 долларов, образовательные и информационные кампании по физической активности — 3,2 долларов, снижение курения (налоги, регулирование, информационные кампании и т.д.) — 7,11 долларов, снижение потребления алкоголя (налоги, регулирование, информационные кампании и т.д.) — 8,32 долларов и здоровая диета, сокращение потребления соли — 11,93 долларов (WHO, 2018) [357, р.18].

В 1990 году для согласованной оценки бремени болезней в разбивке по болезням, факторам риска и регионам Murray C., Lopez A. (1997) [267, p.1269] разработали методику глобального бремени болезней (ГББ) (Global Burden of Diseases). Результаты первого исследования ГББ были опубликованы в Отчете о мировом развитии ВБ в 1993 году (World Bank Development Report 1993) [366, р.348]. Под глобальным бременем болезней подразумевается количество лет жизни, потерянных в результате инвалидности и годы жизни, утраченные из-за преждевременной смертности и в связи с состояниями здоровья, не отвечающими критериям полного здоровья (Disabled-Adjusted Life Year, DALY). Основной целью оценки ГББ является предоставление достоверной информации лицам, принимающим решения, для разработки политики здравоохранения по оптимальному распределению ресурсов и максимальному улучшению здоровья населения. В 2010 году было проведено обширное исследование ГББ с охватом 187 стран и 21 регионов, в том числе, Европы и Центральной Азии (IHME, 2013) [212, p.49]. В совместном отчете BБ, Института по измерению показателей здоровья и оценки состояния здоровья

(Institute for Health Metrics and Evaluation) и Сети человеческого развития (Human Development Network) (IHME, 2013) [212, p.49] были представлены глобальные, региональные и на уровне отдельных стран изменения главных причин DALY по потенциально изменяемым причинам потери здоровья и факторам риска. Данные исследования ГББ могут использоваться для сравнения и выявления структуры болезней, а также для более глубокого понимания того, как улучшается или ухудшается здоровье населения в различных странах. Исследование 2010 года показало, что с 1990 года по 2010 год в Кыргызской Республике увеличились потери DALY от коронарной болезни сердца, цирроза печени, туберкулеза и ВИЧ/СПИД, а уменьшились от острых кишечных инфекций, неонатальной энцефалопатии, осложнений при преждевременных родах и инфекциях нижних дыхательных путей. В России наблюдался рост потерь DALY, помимо коронарной болезни сердца, цирроза печени, туберкулеза и ВИЧ/СПИД, также от злоупотребления алкоголя, сахарного диабета и механических травм, но отмечено снижение потерь от рака легких и желудка, хронических обструктивных болезней легких и ДТП (ІНМЕ, 2013) [212, р.49]. При всех вышеперечисленных достоинствах метода оценки ГББ он не учитывает экономическую составляющую, а именно, экономические потери от изменений структуры болезней и факторов их развития. Voigt K., King N. (2017) [342, p.244] считают, что метод ГББ не может использоваться для определения приоритетов в глобальном здравоохранении, тем более в распределении финансовых ресурсов. Dieleman J. et al. (2014) [174, p.878], сравнив бремя болезней в DALY и финансовую помощь доноров и международных организаций на развитие здравоохранения в 130 странах с низким и средним доходами, установили их значительное несоответствие. Так, на борьбу с НИЗ, которые определяют 49,8% общего бремени болезней были выделены 2,3% финансовых ресурсов, в то время как на программы профилактики ВИЧ/СПИД, материнских, неонатальных и детских патологий, которые составляют соответственно 3,7% и 21% бремени болезней – соответственно 45,9% и 32,2% финансовых средств. Огромные перекосы в

распределении финансовых ресурсов были установлены между странами. Например, Ботсвана получила в 14 раз больше ожидаемой финансовой помощи, а Малайзия – только 4%.

Представленные выше данные указывают на разнообразие определений, касающихся экономических аспектов увеличения или снижения смертности от БСК и других заболеваний, а именно, экономический ущерб, экономическое бремя, экономические сбережения, экономическая цена, экономические затраты, статическая экономическая выгода и др. Однако, по нашему мнению, эти термины не полностью отражают важнейшую роль демографических процессов, которые играют ключевую роль в формировании этих экономических показателей.

обеспечения единообразия понятийном целью В аппарате составляющей, обосновали научный экономической МЫ тезис об «эпидемиологическом дивиденде» по аналогии с широко признанным понятием «демографический дивиденд». Важным аспектом представляется естественная взаимосвязь и взаимообусловленность между двумя определениями. Под «эпидемиологическим дивидендом» МЫ подразумеваем получение экономической выгоды от перехода высокой смертности к низкой среди населения трудоспособного возраста, прежде всего, от БСК. Предотвращение преждевременной смертности трудоспособного населения от БСК приведет к сохранению и/или увеличению соотношения трудоспособной части населения к обеспечит иждивенцам, TO есть, условия ДЛЯ получения демографического дивиденда. Увеличение СПЖ, сохранение и укрепление здоровья пожилого населения благоприятно сказываются на получении второго демографического дивиденда. Наконец, формирование ЗОЖ ДЛЯ предупреждения развития факторов риска НИЗ, и, прежде всего, БСК будет способствовать достижению третьего демографического дивиденда. Кроме того, определение «эпидемиологический дивиденд» более привлекательно и понятно, особенно, для лиц, принимающих политические решения, при определении приоритетов финансирования отраслей народного хозяйства в

пользу системы здравоохранения. Это особенно важно для развивающихся государств мира, которые сталкиваются с «тройным» бременем болезней и других состояний. Учитывая опыт развитых государств, развивающиеся страны могли бы при соответствующей политической воле, пересмотре приоритетов финансирования отраслей экономики и социальной сферы в пользу системы здравоохранения значительного сокращения смертности достичь трудоспособного БСК, населения, прежде всего, OT которые более «чувствительны» к профилактическим вмешательствам на уровне первичной медико-санитарной помощи и методам вторичной профилактики. Это в свою очередь будет способствовать получению как эпидемиологического дивиденда, так и демографических дивидендов.

Хронологическое развитие исторически важных понятий (теорий, концепций) демографического и эпидемиологического переходов, на наш взгляд, можно представить в следующей последовательности: демографический переход — эпидемиологический переход — демографический дивиденд — эпидемиологический дивиденд. Этот концептуальный подход иллюстрирует взаимообусловленность и тесную взаимосвязь демографических и эпидемиологических теорий и его следует принимать во внимание при разработке социально-экономической и демографической политики страны.

Обоснование научного тезиса об «эпидемиологическом дивиденде» выделяет его как инновационную концепцию, отражающую не только влияние здоровья населения на экономическое развитие, но и его потенциальную роль в бедности. Этот тезис подчеркивает, что сокращении инвестиции здравоохранение и профилактику заболеваний могут служить стратегическим инструментом для достижения экономического процветания. Предотвращение преждевременной укрепление смертности И здоровья, прежде всего, трудоспособного населения не только является основой для создания эффективной рабочей силы, но и способствует экономическому росту страны.

## 5.2. Пути преодоления неравенства и бедности с учетом экономических, демографических и миграционных процессов в Кыргызской Республике

Кыргызстан признал бедность проблемой государственного значения в начале 1990-х годов с обретением независимости. Для преодоления бедности были приняты такие стратегические документы, как Национальная программа преодоления бедности «Аракет» (1998-2005 годы), Национальная стратегия сокращения бедности на 2003-2005 годы, Комплексная основа развития Кыргызской Республики до 2010 года, Национальная стратегия устойчивого развития Кыргызской Республики на период 2013-2017 годов и Национальная стратегия развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годов.

Олной важнейших целей Национальной стратегии развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы [68, с.75] является создание конкурентоспособной и инновационной экономики, поддержка и расширение сектора, который очередь будет обеспечивать частного свою высококачественные рабочие места для растущей доли работоспособного населения страны. Важной задачей программы является сокращение трудовой миграции и зависимости экономики страны от денежных переводов трудовых мигрантов. Образование и здравоохранение рассматриваются как краеугольные камни социальной политики государства. Одной из приоритетных целей данной программы является охват государственной поддержкой социально уязвимых групп населения. С учетом предстоящего старения населения, начиная с 2030 года, будет разработана стратегия достойного труда и почтенной старости, направленная на более эффективное использование потенциала пожилых людей в стране.

Национальная стратегия предусматривает дальнейшее укрепление первичной медико-санитарной помощи, усиление охраны материнства и детства, сокращение преждевременной смертности от БСК на 7,7%, раковых

заболеваний — на 8,1% и сахарного диабета — на 7,1%. Продолжится борьба с инфекциями и ДТП. Согласно стратегии, население страны должно иметь максимально улучшенные показатели здоровья и к 2040 году СПЖ населения должна достигнуть 80 лет. Планируется укрепление института семьи, как цементирующего элемента духовности, образования, воспитания и формирование культурного, образованного человека, стремящего к здоровому образу жизни.

Национальная стратегия предусматривает улучшение государственного управления и снижение уровня коррупции.

Предлагается оценка достижений страны по отдельным международным рейтингам, в частности, достичь к 2040 году 40-го места в рейтинге легкости ведения бизнеса, 70-го места в рейтинге глобальной конкурентоспособности, 30-го места в глобальном индексе счастья и 50-го места в индексе восприятия коррупции. В социальной сфере планируется вхождение в число 60 стран по индексу человеческого развития.

Таким образом, в Национальной стратегии развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы отражена тесная связь экономического развития с демографическими и эпидемиологическими процессами. Для достижения поставленных целей и задач важно изучить международный опыт.

Принимая во внимание сходство демографических данных, показателей здоровья населения и уровней бедности в Кыргызстане и Южной Корее в 1950-1970 годы, а также значительную разницу в траектории развития в период 1980-2020 годов, представляется важным проведение сравнительного анализа демографических аспектов бедности этих стран. Кроме того, рассматриваемые стран имели и другие сходные данные, такие как ограниченность природных ресурсов, высокий уровень трудовой миграции и коррупции. Поэтому, на наш взгляд, выдающиеся достижения Южной Кореи в экономическом росте, искоренении бедности и смягчении неравенства заслуживают внимательного изучения. До 1961 года страна испытывала экономическую стагнацию, страдая от политической коррупции и зависимости от импорта продукции. В это время

более одного миллиона корейцев находились трудовой миграции в арабских странах, около 20 тысяч шахтеров и 10 тысяч медицинских сестер в Германии. ВВП на душу населения составлял всего 67 долларов США. Военное правительство, пришедшее к власти в 1961 году, провозгласило приоритетом государства экономическое развитие, сосредоточив внимание на сочетании государственного планирования и частного предпринимательства. природных ресурсов, правительство незначительных сделало подготовку образованной и дисциплинированной рабочей силы. Страна перешла от текстильной промышленности к производству стали, кораблей, электроники и автомобилей. Индустриализация страны характеризовалась сотрудничеством государства и больших семейных конгломератов, известных как чеболи (chaebols). В 1962-1980 годах ежегодный экономический рост составлял в среднем 4,9%. В эти годы экспорт возрос от 55 млн. до 22 млрд. долларов США. Существенное значение имела финансовая помощь США, которая достигла 12,6 млрд. долларов в 1946-1976 годах. ВВП на душу населения увеличился до 5000 долларов в 1990 году. Уровень абсолютной бедности сократился от 40,9% в 1965 году до 5,1% в 1987 году (Кіт К., 1991) [225, р.63]. В 1996 году Южная Корея была признана как развитая страна и стала членом ОЭСР. Несмотря на это, международная миграция продолжает играть важное значение в экономическом развитии Южной Кореи. Так, количество корейских трудовых мигрантов только в США увеличилось от 290 тысяч в 1980 году до 1,06 млн. человек в 2017 году. Исследования показывают, что мигранты из Южной Кореи внесли значительный вклад в развитие индустрии программного обеспечения и других секторах производства высоких технологий, что способствовало ускоренному экономическому росту, снижению бедности и неравенства в стране (United Nations, 2020) [330, p.196]. Денежные переводы корейских мигрантов возросли от 1 млрд. долларов США в 1985 году до 6,9 млрд. долларов в 2019 году (O'Connor A., Batalova J., 2015) [272, p.12]. К концу 2012 года количество иммигрантов в Южной Корее превысило 1,4 млн. человек (Seol D., 2019) [310, p.63]. В 2022 году ВВП на душу населения достиг 32661

долларов США. Эти выдающиеся успехи страны в экономическом развитии были оценены как «корейское чудо» (Gribble J., 2012) [202, р.1]. Экономические успехи Южной Кореи в значительной степени были обусловлены позитивными демографическими трендами. Показатели рождаемости, смертности фертильности, которые были очень высокими в 1950-1970 годах, начали резко 1980 года. начиная cЗначительно снизились сокращаться, показатели младенческой и материнской смертности. Средняя продолжительность жизни населения, составлявшая 35,3 лет в 1950 году, достигла 83 лет в 2020 году. Доля работоспособной части населения (15-64 лет) возросла от 54,6% в 1970 году до 72,4% в 2010 году (рисунок 5.1) (UN, 2010) [329, р.1].

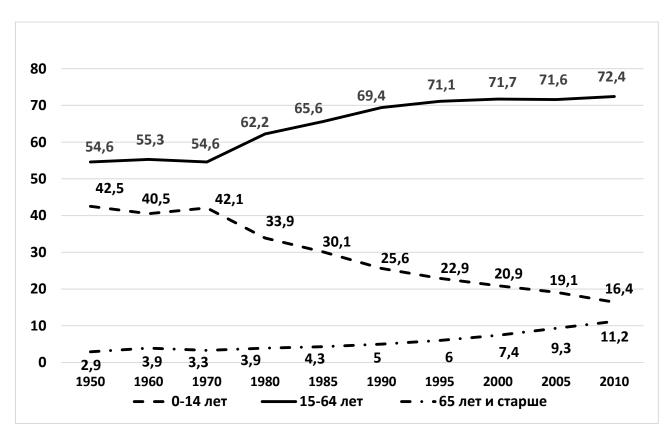


Рисунок 5.1 – Изменения возрастной структуры населения (%) Южной Кореи, 1950-2010 годы Источник: UN, 2010 [329, p.1]

Благодаря этим позитивным тенденциям Южная Корея получила наибольший демографический дивиденд среди «азиатских тигров» в 1965-2000

годах, который составил от 10 до 50% роста ВВП (Gribble J., 2012) [202, р.1]. Впечатляющие успехи в экономическом развитии страны были достигнуты также посредством продуманных мер политики в сфере образования и устойчивого макроэкономического здравоохранения, управления эффективного взаимодействия со странами региона и мира. Были выделены 4 приоритетные области: создание рабочих мест, увеличение сбережений, инвестиции в человеческий капитал и экономический рост. Ключевую роль в экономическом развитии Южной Кореи сыграли экспорт-ориентированная стратегия (экспорт составляет половину ВВП), быстрая индустриализация и урбанизация, а также активные меры правительства по планированию семьи и репродуктивному здоровью, качественному образованию, инвестициям в управление девочек. Эффективное государственное способствовало успеху. Южная Корея продемонстрировала, что образование и здравоохранение являются действенными инструментами снижения бедности, неравенства и повышения экономического роста.

Демографический дивиденд, обусловленный снижением фертильности и высокой доли работающего населения к иждивенцам, был получен не только Южной Кореей, но и такими странами как Китай, Индия и Индонезия. В этих странах также наблюдался значительный рост ВВП на душу населения в долларах США и средней продолжительности жизни населения (табл. 5.1) (Bloom D. et al., 2009) [133, p.1].

Таблица 5.1. – Динамика некоторых демографических показателей и экономического роста в отдельных странах Азии, 1960-2005 годы

Показатели	ВВП на душу		СПЖ		Фертильность,		Соотношение	
	населения,		населения,		количество		работающего	
	в долларах		лет		детей на одну		населения	
	CL	ЦA			женщину		к иждивенцам	
Страна	1960	2005	1960	2005	1960	2005	1960	2005
Китай	445	5333	37,6	73,7	3,39	1,81	1,26	2,42
Индия	870	2990	42,3	69,7	6,57	2,84	1,32	1,95

Индонезия	1099	4064	48,5	72,8	7,0	2,07	1,09	2,04
Южная	1544	18421	55,8	81,1	5,67	1,08	1,24	2,46
Корея								

Источник: Bloom D. et al., 2009 [133, p.1]

Следует отметить, что крайне низкая фертильность в Южной Корее, составившая всего 0,84 детей на одну женщину в 2020 году, приведет к уменьшению численности трудоспособного населения в стране в следующие 20-30 лет. Это, в сочетании со старением, увеличит экономическое бремя для правительства и домохозяйств. Согласно прогнозам ООН (UN, 2010) [329, р.1], общая демографическая нагрузка в Южной Корее возрастет более чем в 2 раза, с 383 на 1000 трудоспособного населения в 2015 году до 911 в 2060 году до 868 в 2100 году. При этом доля пожилых лиц в Южной Корее достигнет 33,7% в 2060 году и 30,6% в 2100 году.

За последние 20 лет средняя продолжительность жизни населения Южной Кореи увеличилась от 76,4 лет в 2001 году до 84,0 лет в 2021 году, а младенческая смертность снизилась от 3,2 до 1,6 на 1000 живорожденных детей. Эти достижения рассматриваются как один выдающихся успехов здравоохранения Южной Кореи (Chun Ch. et. al., 2009; World Bank, 2022) [154, p.184; 374. p.274]. Следует отметить, что государственные расходы здравоохранения как доля ВВП в процентах и в долларах США на душу населения в Южной Корее составили в 2000 году соответственно 2,0% и 241 долларов и в 2021 году соответственно 5,1% и 1612 долларов. Это значительно ниже по сравнению с другими развитыми странами, что свидетельствует о высокой эффективности системы здравоохранения Южной Кореи. Например, в Японии доля государственных расходов здравоохранения равнялась 5,66% от ВВП или 2216 долларов США на душу населения в 2000 году и соответственно 9,19% и 3696 долларов в 2021 году.

Что касается эпидемиологического перехода, до 1940-х годов Корея находилась в первой стадии, а вторая ее стадия завершилась в Южной Корее в

1975-1979 годах. В 1988 году страна вступила в третью стадию эпидемиологического перехода и достигла четвертой стадии в начале 2000-х годов (Zhao Z., Kinfu Y., 2005) [383, р.30]. Как показано в табл. 5.2, Южной Корее удалось осуществить «кардиоваскулярную революцию», сократив стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от БСК от 397,2 на 100 тыс. населения в 1990 году до 95,4 в 2019 году. Также были снижены СВПС от рака — соответственно от 161,6 до 119,6, от травм — соответственно от 84,3 до 42,6 и от инфекций — соответственно от 58,1 до 26,2.

Таблица 5.2. – Динамика основных причин смертности на 100 тыс. населения в Южной Корее, 1990-2019 годы

Год	1990	1995	2000	2005	2010	2019
Причины						
БСК	397,2	284,8	224,6	172,0	122,2	95,4
Рак	161,6	169,1	169,3	147,9	135,5	119,6
Травмы	84,3	82,4	70,1	62,5	57,2	42,6
Инфекции	58,1	37,0	33,1	33,1	27,3	26,2

Источник: Kwon S. et al., 2015; Our World in Data, 2022 [234, p.124; 286, p.1]

Сравнительный анализ демографических данных и показателей здоровья населения Кыргызской Республики и Южной Кореи показывает, что исходные данные в 1950-1970 годы были более благоприятными в Кыргызстане, чем в Южной Корее. Однако в последующие десятилетия эти показатели значительно ухудшились в Кыргызстане (табл. 5.3). Это подчеркивает необходимость более глубокого изучения факторов, способствовавших успешному развитию Южной Кореи и ставших причиной ухудшения демографической ситуации в Кыргызстане, что может помочь в формулировании эффективных стратегий для улучшения здоровья населения и повышения уровня жизни в стране.

Из данных, представленных в таблице 5.3, видно, что показатели рождаемости в Кыргызстане и Южной Корее были высокими в 1950-1970

годах, резко сократившись с 1980 года, особенно в Южной Корее. В Кыргызской Республике данный показатель после снижения в 1990-2000 годах вновь увеличился в 2010-2020 годах.

Таблица 5.3. – Динамика некоторых демографических данных и показателей здоровья населения Кыргызстана и Южной Кореи, 1950-2020 годы

Год	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
Страна		(	<u> </u> СПЖ нас	сепения	пет			
		1	ı		1	T	1	T
Кыргызстан	56,1	60,3	62,9	68,3	68,6	68,0	69,3	71,9
Южная	35,3	54,2	60,8	65,9	70,3	75,8	80,1	83,0
Корея								
		Рожда	емость н	на 1000 н	населени	Я	ı	
Кыргызстан	40,7	32,3	31,9	31,5	21,7	21,6	26,7	27,3
Южная	36,9	41,9	30,2	21,6	15,5	12,4	9,1	7,1
Корея								
		Смер	тность н	а 1000 н	аселения	I		
Кыргызстан	15,7	11,2	9,9	8,4	7,7	7,7	7,1	6,2
Южная	25,5	13,2	8,9	6,9	5,7	5,3	5,3	5,3
Корея								
	Фертил	ьность,	количест	гво детей	й на одну	женщи	ну	
Кыргызстан	5,5	5,2	4,4	3,9	2,7	2,6	3,1	3,2
Южная	5,2	6,0	4,3	2,6	1,6	1,3	1,2	0,84
Корея								
MJ	паденчес	ская смеј	ртность і	на 1000 з	живорож	денных	детей	
Кыргызстан	119,6	87,8	78,7	53,9	42,2	34,1	26,1	19,9
Южная	197,0	86,7	49,4	30,2	13,5	6,1	3,2	1,9
Корея								
Мат	геринска	я смерті	ность на	100 тыс.	живоро	жденных	х детей	l
Кыргызстан	-	-	-	-	80	79	79	60

Южная	1516	-	-	-	21	30	23	19
Корея	(1958)				(1988)			(2017)

Источник: UN, 2010; Our World in Data, 2022 [329, p.1; 286, p.1]

Показатель смертности в 1950 году в Южной Корее был очень высоким (25,5 на 1000 населения), значительно превышая аналогичный показатель в Кыргызстане (15,7 на 1000 населения). В последующие десятилетия отмечалось снижение данного показателя в обеих странах, но более значимое в Южной Корее. Показатель фертильности в 1950-1970 годах был примерно сходным и очень высоким в обеих странах. Однако, начиная с 1980 года, в Южной Корее произошло резкое снижение данного показателя, достигшего крайне низкого уровня в 2020 году (0,84 детей на одну женщину). В Кыргызстане после сокращения фертильности в 1990 и 2000 годах соответственно до 2,7 и 2,6 детей на одну женщину, в 2010 и 2020 годах отмечен рост соответственно до 3,1 и 3,2 детей на одну женщину. СПЖ населения Южной Кореи была ниже по сравнению с Кыргызстаном в 1950-1980 годах. В последующие десятилетия отмечался быстрый рост данного показателя в Южной Корее и его стагнация в Кыргызской Республике.

В Национальной стратегии развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы [68, с.75] планируется достичь СПЖ населения страны в 80 лет к 2040 году, то есть, в течении следующих 20 лет, учитывая, что в 2020 году данный показатель равнялся 71,9 лет. Насколько реальна поставленная цель? Проанализируем динамику данного показателя в Южной Корее. Лишь один раз с 1950 года по 1970 год стране удалось за 20 лет увеличить СПЖ населения на 25,5 лет (соответственно от 35,3 лет до 60,8 лет), то есть, прирост составлял 1,27 лет в год. В остальные двадцатилетия (1960-1980 годы, 1970-1990 годы, 1990-2010 годы и 2000-2020 годы) прирост СПЖ населения составлял в среднем 0,5 лет в год. В Кыргызстане данный показатель возрос от 56,1 лет в 1950 году до 62,9 лет в 1970 году, то есть, на 6,8 лет или 0,34 лет в год, с 1960 года по 1980 год — на 8 лет (0,4 лет в год) и с 1970 года по 1990 год — на 7,4 лет

(0,37 лет в год). В последние два двадцатилетия прирост СПЖ населения резко замедлился, повысившись лишь от 68,6 лет в 1990 году до 69,3 лет в 2010 году или на 0,7 лет (0,035 лет в год) и от 68 лет в 2000 году до 71,9 лет в 2020 году или на 3,9 лет (0,18 лет в год). Исходя из вышеизложенных нами данных, цель Национальной стратегии развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы по увеличению СПЖ населения страны до 80 лет к 2040 году представляется невыполнимой, поскольку ежегодный прирост СПЖ должен составлять в среднем 0,4 лет.

Вместе тем, на основе полученных научных данных ПО демографическим и эпидемиологическим переходам и дивидендам, полагаем, что Кыргызстан может приблизиться к поставленной цели при выполнении следующих приоритетных задач. Во-первых, необходимы инвестиции в программы планирования семьи и репродуктивное здоровье женщин, повышение образованности и участия женщин на официальном рынке труда для сокращения фертильности до уровня 2,2-2,4 детей на одну женщину, который наиболее благоприятен для получения демографического чрезвычайно Во-вторых, постепенное дивиденда. важно увеличение государственных расходов здравоохранения до 5% и более ВВП с целью формирования здорового образа жизни, профилактики неинфекционных и заболеваний инфекционных ДТП. будет способствовать И Это предотвращению преждевременной смертности, сохранению и увеличению трудоспособной части населения, самым тем позволит получать демографические и эпидемиологический дивиденды, что в свою очередь обеспечит экономический рост, снизит неравенство и бедность в стране. Ввнесение дополнений в Концепцию миграционной Кыргызской Республики на 2021-2030 годы, предусматривающих не только поддержку трудовых мигрантов, но и их семей, оставшихся на родине. Денежные переводы кыргызских трудовых мигрантов являются демографическим дивидендом и достигают треть ВВП страны. При их исключении уровень крайней бедности составил бы не 6,0%, а 17,1% в 2021

году. В-четвертых, одобрение и внедрение новой концепции политических систем, разработанной нами впервые и основанной на всеобъемлющей оценке политической, экономической И социальной ситуации страны использованием общепризнанных международных рейтингов. Концепция, подробно изложенная в главе 5.3, предоставляет направление социального и экономического развития, которое позволит улучшить демографическую и эпидемиологическую ситуацию, а также обеспечит движение от политической системы низкими социальными и экономическими гарантиями политическую систему с высокими социальными И экономическими гарантиями. В-пятых, необходимо учесть нижеследующие рекомендации ученых и международных организаций развития. Согласно классификации Ahmed S. et al., 2016) [106, p.41], большинство (9) республик бывшего СССР (Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызская Республика, Латвия, Молдова, Российская Федерация и Эстония) оказались в группе стран latedemographic dividend (поздний демографический дивиденд). Приоритетом политики ДЛЯ этой группы стран признаны устойчивый рост производительности, создание условий, необходимых для получения второго демографического дивиденда и подготовка к старению населения. В этих целях важными являются мобилизация сбережений для эффективного инвестирования, обеспечение государственной политики по вовлечению на рынок труда мужчин и женщин, создание экономически устойчивых систем благополучия и человеческого развития (здравоохранение, образование, поддержка детей и пожилых людей), социальная защита уязвимых и бедных людей. Признано, что улучшение доступа женщин на рынок труда имеет одновременный положительный эффект на демографическую ситуацию, человеческий капитал и развитие, которые необходимы для реализации первого демографического дивиденда. Вслед за ростом инвестиций в человеческий капитал следует увеличение доходов и производительности труда. Расширение доступа к финансированию, содействие развитию сильного частного сектора и создание устойчивой инфраструктуры обеспечивают

людям доступ к трудоустройству, что будет способствовать искоренению крайней бедности. Для преодоления бедности большинству развивающихся стран нужно решить три важные задачи: 1) создать больше рабочих мест в официальном секторе экономики, 2) повысить качество неформальной занятости и 3) обеспечить уязвимые категории населения работой или более качественными рабочими местами. Одной важных причин экономического неравенства недостаточное инвестирование образование. является Малоимущие категории населения не в состоянии получить хорошее образование. Это ограничивает их социальную мобильность и препятствует получению новых навыков. Семьи с низким уровнем образования больше других страдают от роста неравенства. Неравенство отражается на качестве человеческого потенциала. Ограничения в доходах влияют на состояние здоровья людей, уровень их культуры и образования. Инвестиции в людей в виде улучшения питания, качественного здравоохранения, образования, социальной защиты, занятости и профессионального обучения способствуют человеческого капитала, одного ключевых факторов развитию ИЗ экономического роста, и имеют определяющее значение для искоренения крайней бедности и построения более социально сплоченного общества. Технологическая революция, «зеленая экономика», урбанизация, надлежащие стратегии по изменению климата могут способствовать снижению уровня неравенства в странах и регионах (World Bank, 2022) [373, p.72].

ОЕСО (2015) [274, р.1] предлагает для снижения растущего расслоения между богатыми и бедными людьми 4 основные стратегии: 1) участие женщин в экономической жизни; 2) улучшение занятости и качества работы; 3) новые навыки и доступное, качественное образование; 4) совершенствование системы налогов и трансфертов для эффективного распределения.

Таким образом для преодоления неравенства и бедности в Кыргызской Республике следует учитывать демографические процессы такие, как снижение фертильности, старение населения и миграция, а также опираться на успешный опыт других стран, в частности, Южной Кореи. Ключевыми шагами могут

стать создание рабочих мест, соответствующих потребностям растущего трудоспособного населения, а также повышение качества образования и профессиональной подготовки. Это позволит обеспечить квалифицированную рабочую силу и снизить зависимость от трудовой миграции, как это было реализовано в Южной Корее, где инвестиции в образование сыграли решающую роль в экономическом росте.

Важно внедрять социальные программы, направленные на защиту уязвимых групп населения, включая пожилых людей и молодежь. Опыт Южной Кореи показывает, что стратегии устойчивого развития, улучшение инфраструктуры и поддержка малого и среднего бизнеса могут значительно сократить уровень бедности и неравенства. Инвестиции в здравоохранение и социальные услуги также являются важными факторами, способствующими экономическому росту и улучшению качества жизни населения.

В заключении мы хотели бы подчеркнуть, что опыт Южной Кореи, одной из беднейших стран мира в середине прошлого столетия, но достигшей впечатляющих успехов в экономическом развитии, искоренении бедности и смягчения неравенства за последние 30 лет, является обнадеживающим примером для Кыргызской Республики. Эти успехи были достигнуты благодаря эффективному государственному управлению и продуманной демографической политике.

## 5.3. Новая классификация политических систем государств с переходной экономикой и развивающихся стран

В современных условиях, когда государства с переходной экономикой и развивающиеся страны сталкиваются с множеством вызовов, становится особенно актуальным изучение политических систем, влияющих на демографическую политику. Различные системы (типы) управления

(governmentality) определяют особенности демографической политики тех или иных стран (Клупт М.А., 2018) [47, с.6], что в свою очередь может позитивно или негативно влиять на экономическое развитие, масштабы бедности и неравенства. В качестве примера можно рассмотреть Индонезию, где при президенте Сухарто была инициирована политика снижения рождаемости. Новая власть смогла эффективно мобилизовать региональную бюрократию, создать стимулы для активного участия в ней деревенских общин и убедить мусульманское духовенство не противодействовать политике правительства (Barnwall A., 2004) [124, p.43]. Такой подход стал важным элементом в контексте улучшения демографических показателей способствовал И экономическому росту, что иллюстрирует, как правильная стратегия управления может влиять на развитие страны. Важную роль в проведении демографической политики сыграл также унитарный характер государства, обеспечивавший жесткую вертикаль власти и подчинение региональной В бюрократии центральной. результате реализации данной фертильность в Индонезии снизилась от 5,7 детей на одну женщину в 1960 году до 3,1 в 1990 году и до 2,2 детей в 2022 году (Мировой атлас данных, 2023) [62, с.1]. Важно отметить, что ВВП на душу населения в стране увеличился от 79 долларов США в 1970 году до 4788 долларов в 2022 году, то есть, в 60 раз. А уровень бедности снизился за это же время более чем в 5 раз с 50,6% в 1970 году до 9,5% в 2022 году (World Bank, 2024) [376, с.1]. Несомненно, что эффективная демографическая политика сыграла немалую роль в таком впечатляющем экономическом росте и снижении бедности.

Одним негативных примеров воздействия политической ИЗ нестабильности демографическую политику является Нигерия. Это на федеративное государство, характеризующееся частыми военными переворотами, постоянными конфликтами на этнической и религиозной почве, что не позволяют проводить эффективную демографическую политику. Регионы политическое страны конкурируют 3a влияние ресурсы, распределяемые центральным правительством, и в силу этого заинтересованы в

большей численности населения. Поэтому фертильность в Нигерии повысилась от 6,4 детей на одну женщину в 1960 году до 6,5 в 1990 году и снизилась лишь до 5,1 детей на одну женщину в 2022 году (Adebowale A., 2019; Мировой атлас данных, 2023) [102, р.3; 62, с.1]. Что касается ВВП, то данный показатель возрос с 225 долларов США на душу населения в 1970 году до 2162 долларов в 2022 году, то есть, не так значительно, как в Индонезии. А уровень бедности оставался все эти годы стабильно высоким, как и уровень фертильности.

Ярким примером того, как государственная политика может определять демографические изменения, служит Китай. По мнению Greenhalgh S. (2003) [201, р.163] эволюция демографической политики в Китае заключается в постепенном переходе от политики одного ребенка, присущей маоистскому периоду китайской истории, к политике западных государств, при которой контроль над индивидом переходит от государства к рынку. Фертильность в Китае уменьшилась от 5,7 детей на одну женщину в 1960 году до 2,4 в 1990 году и до 1,2 детей в 2022 году (Мировой атлас данных, 2023) [62, с.1]. Со снижением фертильности наблюдался рост ВВП от 89 долларов США в 1960 году до 347 в 1990 году и до 12720 долларов в 2022 году. Уровень бедности, достигавший 66,6% в 1990 году, сократился до 1,9% в 2013 году, а к 2020 бедность была искоренена (World Bank, 2024) [376, р.1].

Политика государства, направленная на улучшение демографической ситуации, может принимать различные формы, отражающие социальноэкономические и культурные контексты. Так послевоенная трансформация немецкого социального государства заключалась эволюции В OT пронаталистской демографической фашизма политики политике, ориентированной на семью, в которой муж обеспечивал материальное благополучие, а жена была домохозяйкой и воспитывала детей (Клупт М.А., 2018) [47, с.6]. Эта модель оказалась менее благоприятной по сравнению с французской моделью, включающей финансовое поощрение рождаемости и создание доступной сети детских дошкольных организаций. Так, фертильность в Германии снизилась от 2,4 детей на одну женщину в 1960 году до 1,5 в 1990 и

2022 годах, в то время как во Франции данный показатель составил 2,9 детей на одну женщину в 1960 году и 1,8 детей в 1990 и 2022 годах (Мировой атлас данных, 2023) [62, с.1].

Вышеизложенные нами данные свидетельствуют о важном значении политической детерминанты в демографическом развитии, особенно развивающихся стран и государств с переходной экономикой. В связи с этим, проанализирована ее роль в экономических и демографических процессах, и проведен критический анализ классификации политических систем стран с переходной экономикой, разработанной ВБ в 2002 году [22, с.276] (табл. 5.4).

Таблица 5.4 – Классификация политических систем в странах с переходной экономикой

Политические системы	Страны
Конкурентно-способные демократии	Венгрия, Латвия, Литва, Польша,
	Словения, Чехия, Эстония
Концентрированные политические	Болгария, Кыргызстан, Молдова,
системы	Россия, Румыния, Словакия, Украина,
	Хорватия
Неконкурентно-способные	Беларусь, Казахстан, Туркменистан,
политические системы	Узбекистан
Раздираемые войной системы	Азербайджан, Албания, Армения,
	Грузия, Македония, Таджикистан

Источник: ВБ, 2002 [22, с.276]

Согласно данной классификации Всемирного банка, конкурентоспособные поддерживают демократии высокий уровень политических свобод, позволяющий конкурировать в рамках многопартийных демократических выборов, и были представлены такими странами, как Венгрия, Латвия. Литва. Польша. Словения. Чехия Эстония. Концентрированные политические системы осуществляют многопартийные

выборы, однако на какое-то время они либо урезают полноценные права участия указанных выборах ИЛИ ограничивают политическую состязательность иным образом, например, посредством ограничения гражданских свобод. Результатом этого является концентрация политической власти, часто в исполнительной ветви власти, в рамках многопартийной избирательной системы. К этой группе стран относились Болгария, Кыргызстан, Молдова, Румыния, Россия, Словакия, Украина и Хорватия. Неконкурентные политические системы ограничивают вступление потенциальных оппозиционных партий в избирательный процесс и резко свертывают их политическое участие в осуществлении гражданских свобод. К этим странам были причислены Беларусь, Казахстан, Туркменистан и Узбекистан. Раздираемые войной политические системы продолжительные войны или участвовали в гражданских конфликтах, что приводило некоторые из этих стран к длительной утрате политического порядка и контроля, а также к значительным недостаткам в обеспечении основными общественными благами. Эти страны включали Азербайджан, Албанию, Армению, Грузию, Македонию и Таджикистан. Основу данной классификации составляли такие критерии, как политическая свобода, многопартийность, участие оппозиционных партий в избирательном процессе, наличие или отсутствие войн или гражданских конфликтов в стране, но она не отражает многогранности процесса социально-экономических демографических трансформаций. Выбор политической системы и прогресс экономических реформ теснейшим образом взаимосвязаны, особенно, это важно на ранних этапах переходного периода. В долгосрочной перспективе взаимодействие между экономической реформой, мошное результатами экономической деятельности и политической эволюцией (ВБ, 2002) [22, с.276]. Следует подчеркнуть, что в последние два десятилетия в мире были разработаны такие международные рейтинги, как BTI (Bertelsmann Transformation Index) индекс политической, экономической трансформации и менеджмента, индекс делового климата, индекс экономической свободы,

индекс глобальной конкурентоспособности, индекс качества жизни, индекс восприятия коррупции, индекс Джини и другие.

Вышеизложенные данные свидетельствуют об актуальности разработки новой универсальной классификации политические системы более всесторонне отражающей социально-экономические особенности государств. В этих целях для построения классификации политических систем в государствах с переходной экономикой и развивающихся странах, мы предлагаем комплексное использование международно-признанных рейтингов c учетом демографических и эпидемиологических процессов. При ЭТОМ следует дополнить их такими важными факторами, как доля государственных расходов здравоохранения в процентах от ВВП, доля расходов здравоохранения в процентах от общегосударственного бюджета и доля государственных расходов здравоохранения в процентах от общих расходов здравоохранения. В рамках данной классификации предлагается использовать следующие индексы:

- 1. ВТІ индекс политической трансформации,
- 2. ВТІ индекс экономической трансформации,
- 3. ВТІ индекс менеджмента,
- 4. Индекс экономической свободы,
- 5. Индекс глобальной конкурентоспособности,
- 6. Индекс качества жизни,
- 7. Индекс легкости ведения бизнеса,
- 8. Индекс Джини,
- 9. Индекс восприятия коррупции,
- 10. Доля государственных расходов здравоохранения в процентах от ВВП,
- 11. Доля расходов здравоохранения в процентах от общегосударственного бюджета,
- 12. Доля государственных расходов здравоохранения в процентах от общих расходов здравоохранения.

На основе вышеуказанных международных рейтингов и показателей здравоохранения нами разработана новая классификация политических систем для государств с переходной экономикой и развивающихся стран:

- 1. политические системы с высокими социальными и экономическими гарантиями,
- 2. политические системы со средними социальными и экономическими гарантиями,
- 3. политические системы с ниже средними социальными и экономическими гарантиями,
- 4. политические системы с низкими социальными и экономическими гарантиями.

Критериями отнесения развивающихся стран и стран с переходной экономикой к той или иной политической системе предложены следующие показатели и их ранжирование (табл. 5.5). Данная матрица показателей позволяет более всесторонне оценить и отнести ту или иную страну в соответствующую группу государств по уровню социальных и экономических гарантий.

Таблица 5.5. – Показатели оценки политических систем (ПС) развивающихся стран и государств с переходной экономикой

Показатели	ПС с высокими	ПС со средними	ПС с ниже	ПС с низкими
	социальными и	социальными и	средними	социальными и
	экономическими	экономическими	социальными и	экономическими
	гарантиями	гарантиями	экономическими	гарантиями
			гарантиями	
BTI индекс	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-127 место
политической				
трансформации				
BTI индекс	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-127 место
экономической				
трансформации				
BTI индекс	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-127 место
менеджмента				
Индекс	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-177 место
экономической				
свободы				
Индекс глобальной	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-144 место
конкуренто-				
способности				

Показатели	ПС с высокими	ПС со средними	ПС с ниже	ПС с низкими
	социальными и	социальными и	средними	социальными и
	экономическими	экономическими	социальными и	экономическими
	гарантиями	гарантиями	экономическими	гарантиями
			гарантиями	
Индекс качества	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-192 место
ИНЕИЖ				
Индекс легкости	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-178 место
ведения бизнеса				
Индекс восприятия	1-50 место	51-75 место	76-100 место	101-127 место
коррупции				
Индекс Джини	Менее 30,0	30,0-35,0	36,0-40,0	Более 40,0
Процент	Более 5	4-5	2,5-3,9	Менее 2,5
государственных				
расходов				
здравоохранения от				
ВВП				
Процент расходов	Более 15	10-15	8-9	Менее 8
здравоохранения от				
общегосударст-				
венного бюджета				
Госрасходы	Более 70	60-70	40-59	Менее 40
здравоохранения в				
процентах от общих				
расходов				
здравоохранения				

Источник: собственные расчеты

На основе предложенных показателей в табл. 5.6 представлена новая классификация политических систем стран Европы и Центральной Азии в зависимости от уровня социальных и экономических гарантий.

Таблица 5.6. – Новая классификация политических систем (ПС) стран Европы и Центральной Азии (2022)

Политические системы	Страны
ПС с высокими социальными и	Латвия, Литва, Польша, Словакия,
экономическими гарантиями	Словения, Чехия, Хорватия, Эстония
ПС со средними социальными и	Албания, Болгария, Венгрия,
экономическими гарантиями	Македония, Румыния, Молдова

ПС с ниже средними социальными и	Беларусь, Казахстан, Россия, Украина
экономическими гарантиями	
ПС с низкими социальными и	Азербайджан, Армения, Грузия,
экономическими гарантиями	Кыргызстан, Таджикистан,
	Туркменистан, Узбекистан

Источник: собственные расчеты

Согласно предложенной нами новой классификации, Кыргызстан по большинству показателей относится к группе государств с низкими социальными и экономическими гарантиями.

Показатели Кыргызской Республики и их ранжирование по международным рейтингам и показателям здравоохранения (2022):

1.	ВТІ индекс политической трансформации	63 место
2.	ВТІ индекс экономической трансформации	68 место
3.	BTI индекс менеджмента	85 место
4.	Индекс экономической свободы	115 место
5.	Индекс глобальной конкурентоспособности	96 место
6.	Индекс качества жизни	114 место
7.	Индекс легкости ведения бизнеса	80 место
8.	Индекс восприятия коррупции	140 место
9.	Индекс Джини	0,29
10	. Процент государственных расходов	
	здравоохранения от ВВП	2,3
11	. Процент расходов здравоохранения	
	от общегосударственного бюджета	6,9
12	. Госрасходы здравоохранения в процентах	
	от общих расходов здравоохранения	45,0

Таким образом, разработанная Всемирным банком классификация политических систем стран с переходной экономикой (2002) [22, с.276] не

За последние годы соответствует современным условиям. произошли радикальные изменения в политической, экономической и социальной сферах практически всех стран с переходной экономикой. Поэтому предложенная нами новая классификация политических систем позволяет более всесторонне оценить и отнести ту или иную страну в соответствующую группу государств по уровню социальных и экономических гарантий. Данная классификации может служить важным инструментом при подготовке стратегии развития страны, учитывающей основные политические, экономические демографические параметры и направленной на создание государства с высокими социальными и экономическими гарантиями, что позволит достичь стабильного экономического роста, улучшения демографической ситуации, смягчения неравенства и снижения бедности в стране.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ha проведенного основе комплексного анализа мониторинга И взаимовлияния экономических и демографических процессов, а также факторов неравенства и бедности в Кыргызской Республике, нами выявлена U-образная зависимость между ВВП на душу населения и такими демографическими показателями как рождаемость, естественный прирост и фертильность. Так, при снижении ВВП на душу населения отмечалось уменьшение этих показателей, тогда как при их росте наблюдалась обратная тенденция. В то же время динамика ВВП не оказывала существенного влияния на такие важные демографические показатели, как младенческая и материнская смертность, что указывает на наличие других, не только экономических факторов, влияющих на эти показатели. Сравнительный анализ Кыргызской Республики с рядом стран Азии и Африки, имеющих сходные уровни общих расходов здравоохранения на душу населения в долларах США, на примере Кыргызстана убедительно демонстрирует ключевую роль таких факторов, как высокий уровень грамотности женщин, обеспеченность врачами и медицинскими сестрами, использование контрацептивных средств, доступность к чистой питьевой воде и санитарии (туалеты) в положительной динамике показателей младенческой и материнской смертности.

Международный опыт свидетельствует о сильной положительной корреляционной связи между уровнем бедности, показателями рождаемости и фертильности. Так, со снижением рождаемости и фертильности сокращаются масштабы бедности и отмечается бурный экономический рост. А в Кыргызстане, несмотря на значительное падение рождаемости и фертильности в середине 1990-х и начале 2000-х годов, уровень бедности оставался высоким (57-62,6%) в силу очень сложных социально- экономических условий.

Сравнительный анализ динамики ВВП на душу населения в долларах США и уровней бедности в 1990-2020-х годах в Российской Федерации и Кыргызской Республике показал, что в 1990 году перед распадом СССР, в

России ВВП на душу населения в долларах США был в шесть раз выше, чем в Кыргызстане (соответственно 3492 и 609 долларов). В десятилетия этот разрыв увеличился более чем в десять раз. В обеих странах за анализируемый период (1990-2020 годы) отмечался рост ВВП на душу населения: в России в 3,5 раза (соответственно 3492 и 12194 долларов) и почти в 2 раза в Кыргызстане (соответственно 609 и 1182 долларов). Можно было бы предположить, что и разница в уровне бедности между двумя странами будет столь же значительной, как между ВВП на душу населения в долларах США. Однако разница в уровнях бедности в 1990-2015 годах была несущественной, а более чем двукратная разница в уровне бедности между странами наблюдалась только в 2000 и 2020 годах. Индекс Джини, являющийся мерилом неравенства, составлял в Кыргызстане в 1985 и 1990 годах соответственно 0,236 и 0,224, указывая на низкий уровень неравенства в советский период. В 2000 и 2013 годах данный индекс увеличился почти в 2 раза соответственно до 0,449 и 0,456, то есть, отмечался значительный рост неравенства. В 2020-2022 годах индекс Джини уменьшился соответственно до 0,27 и 0,31, что свидетельствует о существенном снижении неравенства в стране. Сравнительный анализ индекса Джини показал, что в 1993 году данный показатель был очень высоким в Кыргызстане (0,537) по сравнению с таковым в России (0,420). В последующие годы индекс Джини постепенно снизился в обеих странах, но более значительно в Кыргызской Республике. Начиная с 2000 года, неравенство в России было выше (0,368-0,413) по сравнению с Кыргызстаном (0,290-0,326), почти сравнявшись лишь в 2020 году (соответственно 0,300 и 0,290). Эти данные свидетельствуют о том, что на бедность и неравенство влияют не только экономические показатели, такие как ВВП на душу населения, но и другие демографические и географические факторы такие, как численность населения и размер территории.

Одним из ключевых факторов преодоления неравенства и бедности является доступ к услугам здравоохранения. Сравнительный анализ доступности медицинских услуг как фактора смягчения бедности и неравенства

в Кыргызстане и России с учетом их огромных различий в экономическом развитии говорит о том, что, несмотря на многократную разницу между двумя странами в общих и государственных расходах здравоохранения в долларах США демографические на душу населения, такие важные эпидемиологические показатели, как СПЖ населения, стандартизированный по возрасту показатель смертности (СВПС) от БСК и злокачественных новообразований в России не были лучше, чем в Кыргызстане. Например, в 2000 году СПЖ населения Кыргызстана (66,6 лет) была выше, чем в России (65,5 лет). СВПС от БСК в России в 1990 и 2010 годах составил соответственно 618,0 и 801,0 на 100 тыс. населения, а в Кыргызстане – соответственно 537,0 и 693,0 на 100 тыс. населения. СВПС от раковых заболеваний в России также был значительно выше в эти годы (соответственно 192,2 и 128,4 на 100 тыс. населения), чем в Кыргызской Республике (соответственно 120 и 90,5 на 100 населения). Эти различия могут быть объяснены значительными отличиями в системах финансирования здравоохранения и предоставления медицинских услуг. В России 70,4%, финансовых средств направляются на дорогостоящую стационарную и высокотехнологичную медицинскую помощь, тогда как на первичную и амбулаторную помощь приходится всего 16,2%. В Кыргызстане стационарная помощь потребляет 58,7%, а ПМСП и амбулаторная помощь – 35,3%. Приоритетное финансирование ПМСП в условиях резко ограниченных финансовых ресурсах в Кыргызской Республике привело к почти 3-х кратному росту доступности населения к медицинским услугам.

Динамика показателей рождаемости, фертильности и смертности в Кыргызстане за период 1960-2020 годов свидетельствует о том, что уровень рождаемости существенно превышал уровень смертности в течение 60 лет. Этот демографический тренд обусловил неуклонный рост численности населения от 2,1 млн. человек в 1960 году до 5,9 млн. человек в 2015 году и до 7 млн. человек в 2022 году. В 2005 и 2010 годах доля трудоспособного населения (15-64 лет) достигла соответственно 63,1% и 65,5%. Эти положительные демографические изменения указывают на то, что Кыргызстан находится на

третьей стадии демографического перехода, согласно классификации МВФ. Эта стадия характеризуется снижением уровня смертности и фертильности, а также увеличением доли трудоспособного населения, что создает потенциал для экономического роста, но требует эффективного использования человеческого капитала для снижения бедности и неравенства.

В последние годы в Кыргызстане наблюдается значительное ослабление традиционных семейных связей, что связано с усилившейся внутренней и внешней миграцией. Экономические и политические потрясения, а также изменения в отношениях собственности привели к кризису семьи как основы общества. Об этом свидетельствует тот факт, что за годы независимости доля внебрачных детей увеличилась от 12,7% в 1989 году и до 31% в 2015 году. Кроме того, также следует отметить, что после распада СССР начался массовый отток русскоязычного населения в Россию, что привело к значительному изменению этнического состава населения. Доля русских, составлявшая 21,5% в 1989 году, сократилась до 3,9% в 2022 году. Эти изменения в этническом составе и брачном поведении населения, на наш являются признаками третьего и четвертого демографических взгляд, переходов в Кыргызстане, которые характеризуются изменениями в семейной структуре, брачном поведении и миграционными процессами, оказывающими влияние на социальные и демографические показатели страны.

Рост численности молодого трудоспособного населения является мощным фактором, стимулирующим миграцию. Из Кыргызстана в Россию эмигрирует образованная и трудоспособная часть населения, которая вносит определенный вклад в экономику принимающей страны. С другой стороны, денежные переводы от кыргызских трудовых мигрантов составляют значительную долю ВВП страны, достигнув 27-34% ВВП страны в период с 2007 по 2017 годы. В 2021 денежные переводы достигли 2,2 млрд. долларов США, снизившись до 1,7 млрд. долларов в 2022 году из за последствий пандемии COVID-19. Таким образом, по мнению автора, трудовая миграция из Кыргызстана в Россию имеет «двойное» позитивное значение, с одной стороны,

она пополняет долю трудоспособной части населения России и, с другой стороны, приносит демографический дивиденд Кыргызской Республике, поддерживая экономическую стабильность страны через поступления денежных переводов, что способствует смягчению последствий внутреннего демографического давления и создает возможности для экономического роста.

Для населения Кыргызстана, как и для других постсоветских государств, характерен низкий уровень самосохранительного поведения. Так, хронические НИЗ составляют 83% всех причин смертности населения. На БСК приходятся 53%, на инфекционные болезни, материнские и перинатальные патологии и болезни, связанные с питанием, — 11%, травмы и несчастные случаи — 10%. Это указывает на то, что страна испытывает «тройное» бремя НИЗ и инфекций, а также травм и других несчастных случаев. Полученные данные позволили нам обосновать научное положение о трансформации республики со второй в третью стадию эпидемиологического перехода за последние десятилетия, начиная с 1960 года, и вступлении в третью стадию этого процесса в 2011 году, что опровергает утверждение Гийом М. и соавт. (2011) о том, что Кыргызстан в 1920-1960-х годах находился в третьей стадии эпидемиологического перехода. Мы также установили наличие смешанной модели эпидемиологического перехода в стране.

Впервые нами обоснован научный тезис об «эпидемиологическом дивиденде» по аналогии с демографическим дивидендом, который получил мировое признание. Важным представляется также естественная взаимосвязь и взаимообусловленность между определениями. Под ЭТИМИ двумя «эпидемиологическим дивидендом» МЫ подразумеваем получение экономической выгоды возникающую в результате снижения высокой смертности среди населения трудоспособного возраста, прежде всего, от болезней системы кровообращения. Предотвращение преждевременной смертности трудоспособного населения от БСК будет способствовать сохранению и/или увеличению соотношения трудоспособной части населения к иждивенцам, обеспечивая условия для получения первого демографического

дивиденда. Увеличение СПЖ, сохранение и укрепление здоровья пожилого населения создают благоприятные условия ДЛЯ получения второго демографического дивиденда. Наконец, формирование ЗОЖ ДЛЯ предупреждения развития факторов риска НИЗ, и, прежде всего, БСК будет способствовать получению третьего демографического дивиденда. Кроме того, концепция «эпидемиологический дивиденд» является более привлекательной и понятной, особенно, для лиц, принимающих политические решения, при определении приоритетов финансирования отраслей народного хозяйства в пользу системы здравоохранения. Это крайне важно для развивающихся стран, сталкивающихся с «тройным» бременем болезней и других состояний, и может стать основой для эффективной политики в области демографии и социального развития.

Хронологическое развитие исторически важных понятий (теорий, концепций) в области демографии и эпидемиологии, на наш взгляд, можно порядке: демографический представить В следующем переход эпидемиологический переход демографический дивиденд эпидемиологический дивиденд. Этот концептуальный подход подчеркивает взаимообусловленность взаимосвязь демографических И тесную эпидемиологических понятий. Учитывая это, важно принимать во внимание разработке данные взаимосвязи при социально-экономической, демографической и миграционной политики страны.

Особенности демографической политики страны определяются системой ее государственного управления, что в свою очередь может позитивно или экономическое развитие, масштабы бедности негативно влиять на неравенства. В этой связи, мы предлагаем комплексное использование международно-признанных рейтингов и показателей здравоохранения для построения классификации политических систем в государствах с переходной экономикой Разработанная И развивающихся странах. нами новая универсальная классификация политических систем всесторонне отражает

социально-экономические особенности государства и основана на следующих критериях:

- 1. ВТІ индекс политической трансформации,
- 2. ВТІ индекс экономической трансформации,
- 3. ВТІ индекс качества менеджмента,
- 4. Индекс экономической свободы,
- 5. Индекс глобальной конкурентоспособности,
- 6. Индекс качества жизни,
- 7. Индекс легкости ведения бизнеса,
- 8. Индекс восприятия коррупции,
- 9. Индекс Джини,
- 10. Доля государственных расходов здравоохранения в процентах от ВВП,
- 11. Доля расходов здравоохранения в процентах от общегосударственного бюджета,
- 12. Доля государственных расходов здравоохранения в процентах от общих расходов здравоохранения.

На базе отобранных критериев, учитывающих основные политические, экономические и социальные параметры, нами предложена новая классификация политических систем государств с переходной экономикой и развивающихся стран:

- 1) политические системы с высокими социальными и экономическими гарантиями,
- 2) политические системы со средними социальными и экономическими гарантиями,
- политические системы с ниже средними социальными и экономическими гарантиями,
- 4) политические системы с низкими социальными и экономическими гарантиями.

Политические системы с высокими экономическими и социальными гарантиями более успешны как в экономическом развитии, так и в

наращивании человеческого капитала, что создает благоприятные условия для снижения бедности и неравенства. Согласно предложенной классификации, Кыргызстан в настоящее время относится к группе государств с низкими социальными и экономическими гарантиями. В связи с этим, важно, чтобы стратегия развития страны была направлена на создание политической системы с высокими социальными и экономическими гарантиями.

Таким образом, **основные выводы** диссертационного исследования следующие:

- 1. Комплексный анализ и мониторинг взаимовлияния неравенства и бедности с экономическими и демографическими процессами в Кыргызской Республике показал, что тренды ВВП на душу населения в долларах США, показателей рождаемости, естественного прироста и фертильности с 1990 года по 2020 год имели схожую U-образную кривую. Так, при понижении ВВП на душу населения наблюдалось снижение этих показателей, а с повышением их рост. В то же время динамика ВВП не оказывала значительного влияния на такие демографические показатели как общая, младенческая и материнская смертность.
- 2. Слабая отрицательная корреляционная связь наблюдалась между уровнем бедности и показателем рождаемости в Кыргызстане. В то время как, международный опыт свидетельствует о сильной взаимосвязи между этими показателями, то есть, со снижением рождаемости и фертильности сокращаются масштабы бедности и отмечается бурный экономический рост. В Кыргызстане, несмотря на значительное падение рождаемости и фертильности в середине 1990-х и начале 2000-х годов, уровень бедности оставался высоким (57-62,6%) в силу очень сложных социально-экономических и политических условий.
- **3.** Индекс Джини, составлявший в 1985 и 1990 годах соответственно 0,236 и 0,224, свидетельствовал о низком уровне неравенства в республике в советский период. После распада СССР данный индекс увеличился почти в 2 раза, особенно в 2000 и 2013 годах (соответственно 0,449 и 0,456), что

указывало на рост неравенства в стране. Однако в последующие годы данный показатель стабильно снижался, достигнув в 2020 и 2022 годах соответственно 0,27 и 0,31, то есть, отмечалось значительное сокращение неравенства в стране. Индекс восприятия коррупции повысился от 22 в 2005 году до 28 и 27 соответственно в 2015 и 2022 годах, свидетельствуя о некотором снижении уровня коррупции.

- 4. Установлены позитивные демографические тренды в Кыргызской Республике. В течение 1960-2020 годов показатель рождаемости оставался значительно выше показателя смертности, что способствовало росту численности населения, несмотря на интенсивную внешнюю миграцию, начавшуюся в 1990-х годах. Доля лиц трудоспособного возраста (15-64 лет) достигла 65,9% в 2015 году и 64,3% в 2020 году. Эти факты свидетельствуют о том, что республика находится в третьей стадии демографического перехода, согласно классификации МВФ. На основе анализа трендов этнического состава и брачного поведения населения обоснован тезис о наличии критериев третьего и четвертого демографических переходов в Кыргызской Республике.
- 5. На примере Кыргызской Республики, в сравнении с рядом странах Азии и Африки с аналогичным уровнем общих расходов убедительно показана важная роль таких факторов как высокий уровень грамотности женщин, обеспеченность врачами И медицинскими сестрами, использование контрацептивных средств, доступность к чистой питьевой воде и санитарии (туалеты) в улучшении показателей младенческой и материнской смертности. Эти данные позволили прийти к заключению о том, что экономический фактор не является единственным, влияющим на такие важные демографические материнская смертность. Причиннопоказатели, как младенческая данной области являются более глубокими и следственные связи В многогранными.
- **6.** Благоприятная возрастная структура, характеризующаяся высокой долей трудоспособного населения по сравнению с долей детей и пожилых лиц, создает «окно возможностей» для получения демографического дивиденда,

который способствует экономическому росту страны. Трудовая миграция из Кыргызстана в Россию имеет двойное позитивное значение: с одной стороны, она пополняет долю трудоспособной части населения России, а, с другой стороны, приносит демографический дивиденд Кыргызской Республике. Объем денежных трансфертов от кыргызских трудовых мигрантов за 2007-2017 годы достигал 27-34% ВВП страны, что следует рассматривать как демографический дивиденд. При исключении денежных переводов трудовых мигрантов уровень крайней бедности в Кыргызстане вырос бы от 6,0% до 17,1% в 2021 году.

- 7. Высокие показатели смертности от неинфекционных заболеваний, инфекций и несчастных случаев свидетельствуют о том, что Кыргызстан испытывает «тройное бремя» болезней и травм. На основе глубокого анализа показана ошибочность эпидемиологических трендов утверждения нахождении республики в третьей стадии эпидемиологического перехода в период 1920-1960-x голы. В результате исследования обоснована трансформация Кыргызстана со второй в третью стадию данного процесса в последние десятилетия И 0 вступлении страны В третью стадию эпидемиологического перехода в 2011 год. Также обосновано положение о наличии смешанной модели эпидемиологического перехода в Кыргызской республике.
- 8. Низкий уровень самосохранительного поведения населения страны, диктует необходимость увеличения государственных расходов здравоохранения до 5% и более от ВВП с целью формирования здорового образа жизни населения и эффективной профилактики заболеваний, травм и несчастных случаев. Это позволит получить первый, второй и третий демографические устойчивого дивиденды создаст условия ДЛЯ экономического и социального развития Кыргызстана.
- **9.** Обоснован научный тезис об «эпидемиологическом дивиденде», под которым подразумевается получение экономической выгоды от перехода высокой смертности к низкой среди населения трудоспособного возраста, прежде всего, от БСК. Предотвращение преждевременной смертности

трудоспособного населения от БСК приведет к сохранению и/или увеличению соотношения трудоспособной части населения к иждивенцам, то есть, обеспечит условия для получения первого демографического дивиденда. Увеличение СПЖ, сохранение и укрепление здоровья пожилого населения создаст условия для получение второго демографического дивиденда. Наконец, формирование ЗОЖ для предупреждения развития факторов риска НИЗ, и, прежде всего, БСК позволит снизить уровень заболеваемости и смертности от них, уменьшит нагрузку на систему здравоохранения и будет способствовать получению третьего демографического дивиденда. В итоге, это приведет к экономии ресурсов, которые могут быть перераспределены на другие приоритетные области. Кроме того, концепция об «эпидемиологическом дивиденде» является более привлекательной и понятной, особенно, для лиц, политические решения, при принимающих определении приоритетов финансирования отраслей народного хозяйства В пользу системы здравоохранения, что крайне важно для развивающихся государств мира, включая Кыргызстан, испытывающих «двойное» или «тройное» бремя болезней и других состояний.

10. Теоретически обоснована концепция политических систем различным уровнем социальных и экономических гарантий, имеющая существенное значение для экономики народонаселения и борьбы с бедностью и неравенством. Эта концепция разработана впервые и основывается на всеобъемлющей оценке политической, экономической и социальной ситуации страны на основе общепризнанных международных рейтингов и показателей здравоохранения. Концепция предоставляет стратегическое направление для социального и экономического развития, позволяя перейти от политической системы с низкими социальными и экономическими гарантиями к системе с высокими гарантиями. Такой переход, в свою очередь, может способствовать улучшению демографической ситуации в конкретной стране, создавая условия бедности ДЛЯ повышения жизненного уровня, уменьшения уровня неравенства. Улучшение социальных и экономических гарантий, в свою

очередь, может обеспечить доступ к качественным медицинским услугам, образованию и социальной защите, что поможет создать более справедливое общество и способствовать устойчивому развитию страны.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- 1. Экономический рост, выразившийся в увеличении ВВП на душу населения в два раза с 1990 года по 2020, год позволил Кыргызской Республике перейти из группы стран с низким доходом в группу стран с ниже среднего доходом, согласно классификации Всемирного банка. Этот рост способствовал сокращению бедности и неравенства, а также снижению уровня коррупции. Для дальнейшего наращивания усилий по искоренению бедности и неравенства необходима разработка национальной демографической политики с учетом оценки политической системы и взаимовлияния экономических и демографических факторов. Также важно разработать эффективную стратегию ее реализации с достижимыми целями и четко определенными индикаторами мониторинга и оценки.
- 2. Снижение фертильности в Кыргызстане является критически важным условием для получения демографического дивиденда. Фертильность, близкая к уровню простого воспроизводства населения (2,2-2,4 детей на одну женщину) будет выгодна как для семей, так и для государства. При данном уровне фертильности обеспечивается высокая доля трудоспособной части населения, что способствует реализации демографического дивиденда и ускорению темпов экономического роста. Это, в свою очередь, позволит снизить уровень бедности и неравенства в стране.
- 3. Показатели младенческой и материнской смертности в Кыргызской Республике, несмотря на их снижение в последние годы, сохраняются на высоком уровне не только по сравнению с развитыми, но и некоторыми развивающимися странами мира. Поэтому важно дальнейшее обеспечение и повышение грамотности девочек и женщин, улучшение их знаний по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи, а также трудоустройство женщин. Эти меры будут способствовать не только снижению младенческой и материнской смертности, но и увеличению доходов домохозяйств.

- 4. Разработанные впервые на основе международного опыта максимальные И минимальные значения демографических показателей здоровья населения, характерные ДЛЯ третьей стадии эпидемиологического перехода, могут существенно помочь Кыргызстану и более точной развивающимся странам В оценке складывающейся эпидемиологической ситуации. Правительствам необходимо идентифицировать болезни и состояния, представляющие наибольшее бремя для экономики страны, чтобы разработать эффективную социально-экономическую политику, направленную на снижение этого бремени и улучшение здоровья населения.
- 5. Благоприятная демографическая ситуация в Кыргызстане, характеризующаяся высокой долей трудоспособного населения по отношению к иждивенцам (дети и пожилое население) сохранится до 2050 года. В связи с этим, и принимая во внимание негативные изменения для трудовых мигрантов на международной арене, важно разработать социально-экономическую политику для достойного трудоустройства молодых трудоспособных людей в стране с целью получения демографического дивиденда, способствующего экономическому росту, снижению бедности и неравенства.
- **6.** Старение населения Кыргызской Республики начнется с 2030 года, когда доля лиц в возрасте 65 лет и старше превысит 7% и достигнет 9,6% в 2050 году. Поэтому необходимо заблаговременно с учетом международного опыта предусмотреть программы долговременной помощи пожилым людям, которые совершенно неразвиты в стране. Сохранение и укрепление здоровья пожилых лиц способствуют увеличению продолжительности их активной жизни и получению второго демографического дивиденда.
- 7. Увеличение государственных расходов здравоохранения до 5% и более от ВВП обеспечит универсальный охват качественными медицинскими услугами и их доступность, станет важным фактором смягчения бедности, предотвращения катастрофических неравенства И оплат ИЗ кармана домохозяйств, приводящих к обнищанию населения. Кроме того, это позволит сократить высокую преждевременную смертность, прежде всего,

трудоспособной части населения, от болезней системы кровообращения и получить эпидемиологический дивиденд, что, в свою очередь, ускорит экономический рост Кыргызстана.

8. Согласно разработанной нами классификации политических систем, Кыргызстан относится К группе стран c низкими социальными экономическими гарантиями. В связи с этим, важна разработка долгосрочной государственной политики, направленной на постепенный переход в группу стран с высокими социальными и экономическими гарантиями. Эта политика должна включать меры, способствующие улучшению демографической ситуации, снижению уровня бедности и неравенства. Устойчивое развитие системы социального обеспечения, увеличение инвестиций в здравоохранение и образование, а также создание рабочих мест могут значительно повысить жизненный уровень населения и способствовать экономическому росту.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Абрамова, И. «Демографический дивиденд» и будущее развитие человечества [Текст] / И. Абрамова // Перенаселенный мир. 2014. С. 4.
- Аганбегян, А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России [Текст] / А.Г. Аганбегян // Народонаселение. – 2017. – № 3. – С. 4-23.
- 3. Андреев, Е.М., Дарский, Л.Е., Харькова, Т.Л. Население Советского Союза, 1922–1991 гг. [Текст]: моногр. / Е.М. Андреев, Л.Е. Дарский, Т.Л. Харькова // М.: Наука, 1993. 378 с.
- Андреев, Е., Кваша, Е., Харькова, Т. Возможно ли снижение смертности в России? Первый и второй эпидемиологический переход [Текст] / Е. Андреев, Е., Кваша, Т. Харькова // Демоскоп Weekly 2004. № 145-146. С. 2-6.
- 5. Антонов, А.И. Проблемы изучения самосохранительного поведения населения в демографии [Текст] / А.И. Антонов // Демографическое поведение и возможности социального воздействия на него в условиях социализма. М., 1986. С. 131.
- Антонов, А.И. Современные демографические тенденции и аналитические прогнозы, проблемы семейно-демографической политики в социальном государстве [Текст] / А.И. Антонов // Вестник Московского университета. Серия 18 Социология и политология. – 2010. – № 4. – С. 134-150.
- 7. Бердикеева, Т. Обзор демографической ситуации в Кыргызстане и вопросы старения [Текст] / Т. Бердикеева // UNFPA, 2015. 23 с.
- Варшавский, А., Кузнецова, М. Оценка экономического ущерба при сокращении продолжительности жизни людей в результате основных видов заболеваний [Текст] / А. Варшавский, М. Кузнецова // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2023. № 12 (429). С. 2206-2236.

- 9. Васин, С. Демографическое старение и демографический дивиденд [Текст] / С. Васин // Демоскоп Weekly. 2008. № 317-318. С. 2.
- 10. Вишневский, А.Г. Демографическая революция [Текст] / А. Вишневский // М.: Статистика, 1976. С. 7.
- 11. Вишневский, А.Г. Воспроизводство населения и общество: история, современность, взгляд в будущее [Текст] / А. Вишневский // М.: Финансы и статистика. 1982. 287 с.
- 12. Вишневский, А.Г. Демографическая модернизация России 1900-2000 [Текст]: моногр. / А.Г. Вишневский // под ред. А. Вишневского. М.: Новое издательство, 2006. 608 с.
- 13. Вишневский, А.Г. Демографическая революция меняет репродуктивную стратегию вида Homo Sapiens [Текст] / А. Вишневский // Демографическое обозрение. 2014. №1. С. 6-33.
- 14. Вишневский, А.Г., Андреев, Е.М. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России [Текст] / А. Вишневский, Е.М., Андреев, С.А. Тимонин // Демографическое обозрение. 2015. Т.3. №1. С. 6–34.
- 15. Вишневский, А.Г. Глобальные демографические вызовы здравоохранению [Текст] / А.Г. Вишневский // Демоскоп Weekly. 2015. № 653-654. С. 5-10.
- Вишневский, А., Андреев, Е., Тимонин, С. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России [Текст] / А. Вишневский, Е. Андреев, С. Тимонин // Демографическое обозрение. 2016. Т.3. № 1. С. 6-34.
- 17. Вишневский, А.Г. Эпидемиологический переход и его интерпретации [Текст] / А.Г. Вишневский // Демографическое обозрение. 2020. № 7 (3) С. 6-50.

- 18. ВОЗ, 2008. Первичная медико-санитарная помощь: Сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире [Текст] / ВОЗ, 2008. // 2008, ВОЗ, Женева. 125 с.
- 19. ВОЗ, 2014. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. Достижение девяти глобальных целей по НИЗ. Общая ответственность [Текст] / ВОЗ. 2008. // ВОЗ, Женева, 2014. 16 с.
- Всемирный банк. Доклад о мировом развитии 2000/2001. Наступление на бедность [Текст] / Всемирный банк. 2001 // Пер. с англ. Изд-во «Весь Мир». М.: 2001. 376 с.
- 21. Всемирный банк. Доклад о мировом развитии 2002. Создание институциональных основ рыночной экономики [Текст] / Всемирный банк. 2002 // Пер. с англ. Изд-во «Весь Мир». М.: 2002. 264 с.
- 22. Всемирный банк. Переходный период: анализ и уроки первого десятилетия для стран Восточной Европы и бывшего Советского Союза [Текст] / Всемирный банк. 2002 // Исследование Всемирного банка. Пер. с англ. Изд-во «Весь Мир». М: 2002. 276 с.
- 23. Всемирный банк. Доклад о мировом развитии 2005. Улучшение инвестиционного климата в интересах всех слоев населения [Текст] / Всемирный банк. 2005 // Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, 2005. 253 с.
- 24. Всемирный банк. База данных 2015-2022. ВВП на душу населения. [Текст] / Всемирный банк. 2022. https://www.worldbank.org.
- 25. Всемирный банк. Кыргызская Республика. Устойчивое восстановление на фоне существующих недостатков. В зоне особого внимания: трудовая миграция [Текст] / Всемирный банк. 2017 // Обзор экономики Кыргызской Республики № 6, 2017. 36 с.

- 26. Всемирный банк. Ликвидация бедности, инвестиции в создание возможностей [Текст] / Всемирный банк. 2019 // Годовой отчет 2019 года. Вашингтон, округ Колумбия, 2019. 95 с.
- 27. Всемирный банк, 2022. Бедность и уязвимость в Кыргызской Республике: оценка тенденций, движущих сил и проблем. Обзор и рекомендации по мерам социально-экономической политики [Текст] / Всемирный банк. 2022 // Группа Всемирного банка. Вашингтон, округ Колумбия, 2022. 15 с.
- 28. Гийо, М. Смертность в Кыргызской Республике в 1958-1999 годах [Текст] / М. Гийо // В кн.: Население Кыргызстана. Бишкек, 2004. С. 18-32.
- 29. Гийо, М., Денисенко, М., Калмыкова, Н. Смертность и эпидемиологический переход [Текст] / М. Гийо, М. Денисенко, Н. Калмыкова // В кн.: Население Кыргызстана в начале XXI века // Под редакцией М.Б. Денисенко. Бишкек. 2011. С. 148-192.
- 30. Гусева, В.И., Гусева, Ю.В. Неравенство доходов населения и экономический рост в Кыргызской Республике [Текст] / В.И. Гусева, Ю.В. Гусева // Вестник КРСУ. 2015, № 15 (3). С. 17-21.
- 31. Джунушалиев, Д.Д. Кыргызстан в годы реформ сверху (1950-1991 годы) [Текст]: моногр. / Д.Д. Джунушалиев // Бишкек. 1994. 218 с.
- 32. Демографический ежегодник Кыргызской Республики, 2023 [Текст] / Демографический ежегодник, 2023 // Бишкек. 2023. 311 с.
- 33. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2008. РФ перед лицом демографических вызовов [Текст] / Доклад о развитии человеческого потенциала // Под общей редакцией А.Г. Вишневского и С.Н. Бобылева. М: «Сити-Принт». 2009. 208 с.
- 34. Драпкина, О.М., Самородская, И.В., Старинская, М.А. Сравнение смертности от болезней системы кровообращения, нервных и психических расстройств в России в 2013 и 2017 г. [Текст] / О.М. Драпкина, И.В.

- Самородская, М.А. Старинская // Профилактическая медицина. 2019. № 22 (4). С. 7-13.
- 35. Единый доклад по миграции по Кыргызской Республике [Текст] / Единый доклад по миграции // Бишкек. 2014. 40 с.
- 36. Иванов, С.Ф. Демография современного мира. Мировая экономика в начале XXI века [Текст] / С.Ф. Иванов // Учебное пособие. Под редакцией Л.М. Григорьева. М.: 2013. С. 336-345.
- 37. Иванов, С.Ф. Детерминанты демографического перехода на глобальном юге [Текст] / С.Ф. Иванов // Демографическое обозрение. 2017. № 4 (2). С. 6-52.
- 38. Иванов, В.Н., Суворов А.В. Современные проблемы развития российского здравоохранения. Часть 1 [Текст] / В.Н. Иванов, А.В. Суворов // Проблемы прогнозирования. 2021. № 6 (189). С. 59-71.
- 39. Ионцев, В.А. Международная миграция населения и демографическое развитие России [Текст] / В.А. Ионцев // Международная миграция населения: РФ и современный мир. Вып. 5. М.: МАКС-Пресс. 2000. С. 38-62.
- 40. Ионцев, В.А. Международная миграция населения и глобализация мирового хозяйства [Текст] / В.А. Ионцев // Международная экономика. 2006. С. 38-50
- 41. Ионцев, В.А. Экономика народонаселения [Текст] / В.А. Ионцев // Учебник. М.: 2007. 256 с.
- 42. Ионцев, В.А., Прохорова, Ю.А. Международная миграция населения и брачность в свете концепции четвертого демографического перехода [Текст] / [Текст] / В.А. Ионцев, Ю.А. Прохорова // Международная миграция населения и демографическое развитие. Гл. ред. серии. проф. В.А. Ионцев. М.: Проспект. 2014. С. 26-44.

- 43. Исупов, В. Эпидемиологический переход в России: взгляд историка [Текст] / В. Исупов // Демографическое обозрение. 2016. № 3. С. 82-92.
- 44. Калабеков И.Г. СССР и страны мира в цифрах [Текст] / И.Г. Калабеков // Справочное издание. М., 2017. 296 с.
- 45. Карлсон, А. Общество семья личность [Текст] / А. Карлсон // Ред. перевода А. И. Антонов. М.: 2003. С. 247-248.
- 46. Клум, Д. Демографические потрясения [Текст] / Д. Клум // Финансы и развитие. 2016. № 1 (53). С. 6-11.
- 47. Клупт, М.А. Переосмысливая современную историю рождаемости: семья, государство, мир-система [Текст] / М.А. Клупт // Демографическое обозрение. 2018. № 5 (3). С. 6-24.
- 48. Комплексная основа развития Кыргызской Республики до 2010 года. Общенациональная стратегия [Текст] / Комплексная основа развития // Бишкек. 2001. 106 с.
- 49. Концевая, А.В., Драпкина, О.М., Баланова, Ю. А. Экономический ущерб сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2016 году [Текст] / А.В. Концевая, О.М. Драпкина, Ю. А. Баланова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018. № 14 (2). С. 156-166.
- 50. Концепция миграционной политики Кыргызской Республики на 2021-2030 годы. [Текст] / Концепция миграционной политики // Утверждена Кабинетом Министров КР от 13 апреля 2022 года № 163. 40 с.
- 51. Коулмен, Д. Иммиграция и этнические сдвиги в странах с низкой рождаемостью третий демографический переход в действии [Текст] / Д. Коулмен // Миграции и развитие. М.: СП «Мысль». 2007. С. 12-48.

- 52. Крыжанова, О.К. Особенности демографического развития Кыргызской Республики на современном этапе [Текст] / О.К. Крыжанова // Вестник КРСУ. 2015. № 15 (8). С. 96-99.
- 53. Кыдыралиева, Р.Б., Рыскельдиева, Э.Ф. Проблемы кардиологии в Кыргызской Республике [Текст] / Р.Б. Кыдыралиева, Э.Ф. Рыскельдиева // Российский кардиологический журнал. 2007. № 5 (67). С. 83-87.
- 54. Кузьминов, Я., Шейман, И., Вишневский, А. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса [Текст] / Я. Кузьминов, И. Шейман, А. Вишневский // Доклад на VII Международной научной конференции «Модернизация экономики и государство». 2006, 4. С. 3-6.
- 55. Кумсков, Г.В. Тенденции динамики денежных переводов трудовых мигрантов [Текст] / Г.В. Кумсков // Вестник КРСУ. 2012. № 12 (4). С. 56-59.
- 56. Ли, Р., Мейсон, О. Что такое демографический дивиденд? Возвращение к основам [Текст] / Р. Ли, О. Мейсон // Финансы и развитие. 2006. С. 16-17.
- 57. Максимова, Т.Г., Антохин Ю.Н. Состояние и перспективы финансового обеспечения российского здравоохранения: краткий статистический обзор [Текст] / Т.Г. Максимова, Ю.Н. Антохин // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. 2017. № 1-2 (103). С. 173-178.
- 58. Мальтус, Т. Опыт закона о народонаселении [Текст]: моногр. / Т. Мальтус // М.: Издательство К.Т. Солдатенкова. 1895. 364 с.
- 59. Маркс, К. Наемный труд и капитал [Текст]: моногр. / К. Маркс // Собр. Соч. К. Маркс, Ф. Энгельс, 2-е издание. М.: Политиздат, 1957, Т. 6. 577 с.
- 60. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Статистический сборник «Здоровье населения и деятельность организаций

- здравоохранений в 2015 году» [Текст] / Министерство здравоохранения Республики Казахстан // Астана. 2016. 355 с.
- 61. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Здравоохранение в России 2017 [Текст] / Министерство здравоохранения Российской Федерации // Статистический сборник России. М.: 2017. 170 с.
- 62. Мировой атлас данных, 1960-2023. [Текст] / Мировой атлас данных, 1960-2023. https://ru.knoema.com>atlas.
- 63. Митрофанова, Е.С. Демографическое поведение поколений РФ в сфере семьи и рождаемости [Текст] / Е.С. Митрофанова // Экономический журнал ВШЭ. 2011. № 4. С. 519-543.
- 64. Национальный банк Кыргызской Республики, 2023. [Текст] / Национальный банк Кыргызской Республики, 2023. https://nbkr.kg>index1.
- 65. Национальная стратегия преодоления бедности «Аракет» 1996-1998 годов [Текст] / Национальная стратегия сокращения бедности 1996-1998 годов // URL: http://cbd. minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/35234 3.
- 66. Национальная стратегия сокращения бедности на 2003-2005 годы // Утверждена Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 8 мая 2003 года № 269. 24 с. [Текст] Национальная стратегия сокращения бедности на 2003-2005 годы // / URL: http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ruru61542.
- 67. Национальная стратегия по устойчивому развитию Кыргызской Республики в 2013-2017 годах [Текст] / Национальная стратегия по устойчивому развитию Кыргызской Республики в 2013-2017 годах // URL: http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru56585.
- 68. Национальная стратегия развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы [Текст] / Национальная стратегия развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы // Бишкек, 2018. 75 с.

- 69. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Методы анализа бедности для Кыргызской Республики [Текст] / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. // Бишкек, 2002. 12 с.
- 70. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики [Текст] / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики // Бишкек, 2015. 24 с.
- 71. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики [Текст] / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики // Бишкек, 2020. 20 с.
- 72. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики [Текст] / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики // Бишкек, 2024. 21 с.
- 73. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Об уровне бедности в Кыргызской Республике в 2021 году [Текст] / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики // Бишкек, 2023. 5 с.
- 74. Новосельский, С.А. Обзор главнейших данных по демографии и санитарной статистике [Текст]: моногр. / С.А. Новосельский // 1916. 243 с.
- 75. Оганов, Р.Г., Концевая, А.В., Калинина, А.М. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации [Текст] / Р.Г. Оганов, А.В. Концевая, А.М. Калинина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. № 10 (4). С. 4-9.
- 76. ООН, 2015. Цели развития тысячелетия. Доклад за 2015 год. [Текст] / ООН. 2015. // ООН, Нью-Йорк. 2015. 71 с.
- 77. Ошанин, Л.В. Материалы по антропологии Средней Азии. Киргизы Южного побережья Иссык-Куля [Текст] / Л.В. Ошанин // В кн.:

- В.В.Бартольд. Туркестанские друзья, ученики, почитатели. Ташкент. 1927. 566 с.
- 78. Реклю, Э. Богатство и нищета [Текст] / Э. Реклю // М.: Либроком, 2011. 64 с.
- 79. Реэр, Д. Экономические и социальные последствия демографического перехода (перевод с английского) [Текст] / Д. Реэр // Демографическое обозрение. 2017. № 1 (4). С. 41-67.
- 80. Рикардо, Д. Начала политической экономии и налогового обложения [Текст] / Д. Рикардо // Антология экономической мысли. М.: Эксмо, 2008. 960 с.
- 81. Римашевская, Н.М. Проблемы развития человеческого потенциала. Дети и молодежь будущее России [Текст] / Н.М. Римашевская // 27-29 июня 2007 г.
- 82. Росстат 2012-2022. [Текст] / Росстат 2012-2022 // https://rosstat.gov.ru.
- 83. Рыбаковский, Л.Л. Практическая демография [Текст] / Л.Л. Рыбаковский // Под ред. Л.Л. Рыбаковского. М:. ЦСП. 2005. 290 с.
- 84. Рыбаковский, О. Л., Таюнова О.А. Цели стратегии миграционного развития России [Текст] / О.Л. Рыбаковский, О.А. Таюнова // Народонаселение. 2018. № 21 (1). С. 22-30.
- 85. Рязанцев, С.В. Миграционный кризис: понятие и критерии [Текст] / С.В. Рязанцев // ДЕМИС. Демографические исследования. 2021. № 1 (1). С. 7-20.
- 86. Самородская, И.В., Старинская, М.А. Семёнов, В.Ю., Какорина, Е.П. Нозологическая и возрастная структура смертности от болезней системы кровообращения в 2006 и 2014 годах [Текст] / И.В. Самородская, М.А.

- Старинская, В.Ю. Семёнов, Е.П. Какорина // Российский кардиологический журнал. -2016. -№ 6 (134). C. 7-14.
- 87. Семенова, В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России [Текст] / В.Г. Семенова // М.: ЦСП. 2005. 235 с.
- 88. Сигов, В.И., Верзилин, Д.Н., Верзилин, С.Д. Программно-целевое управление социальной безопасностью: концептуальный подход к оцениванию результативности [Текст] / В.И. Сигов, Д.Н. Верзилин, С.Д. Верзилин // Журнал правовых и экономических исследований. 2015. № 4. С. 162-168.
- 89. Смит, А. Исследование о природе и причинах богатства народов [Текст] / А. Смит // М.: Издательство социально-экономической литературы, 1962. 684 с.
- 90. Сови, А. Общая теория населения. Экономика и рост населения. Том 1. [Текст] / А. Сови // – М.: Прогресс. – 1977. – 497 с.
- 91. Спенсер, Г. Социальная статистика. Изложение социальных законов, обуславливающих счастье человечества [Текст] / Г. Спенсер // СПг.: 1906. 425 с.
- 92. Стародубов, В.И., Николаев, Д.В., Коростылев, К.А. О качестве данных профилактических программ в центрах здоровья и способе повышения эффективности бюджетных расходов [Текст] / В.И. Стародубов, Д.В. Николаев, К.А. Коростылев // Аналитический вестник Совета Федерации РФ. Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Составители: О.Б. Аникеева, О.В. Павленко, С.Н. Титов, Е.А. Фалецкая. Аналитический вестник № 44 (597). 2015. С. 19-43.
- 93. Стратегия развития страны (2009 2011 гг.) Кыргызская Республика, Бишкек, 2009. 196 с. [Текст] / Стратегия развития страны (2009 2011 гг.) URL: http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/90220?cl=ru-ru

- 94. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации 2014-2017 [Текст] / Федеральная служба государственной статистики // M.: 2016. 1 с.
- 95. Харченко, В.И., Какорина, Е.П., Корякин, М.В. Сверхсмертность населения Российской Федерации по сравнению с развитыми странами [Текст] / В.И. Харченко, Е.П. Какорина, М.В. Корякин // Проблемы прогнозирования. 2006. С. 138-150.
- 96. Чазова, И.Е., Ощепкова Е.В. Опыт борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России [Текст] / И.Е. Чазова, Е.В. Ощепкова // Аналитический вестник Совета Федерации РФ. Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Составители: О.Б. Аникеева, О.В. Павленко, С.Н. Титов, Е.А. Фалецкая. Аналитический вестник № 44 (597). 2015. С. 4-8.
- 97. Шишкин, С.В., Шейман И.М., Абдин А.А. и соавт. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы [Текст] / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Абдин и соавт. // Доклад НИУ «Высшая школа экономики». М.: 2016. 67 с.
- 98. Шишкин, С.В. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития [Текст] / С.В. Шишкин // Доклад к XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, Москва, 11–14 апр. 2017 г. Рук. авт. кол. С. В. Шишкин; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики. 2017. С. 54.
- 99. Шишкин, С.В., Шейман, И. М., Власов, В. В., Потапчик, Е. Г., Сажина, С. В. Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы [Текст] / С. Шишкин // Докл. к XXIII Ясинской (Апрельской) междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2022 г. / С. В. Шишкин, И. М. Шейман, В. В. Власов, Е. Г. Потапчик, С. В.

- Сажина; отв. ред. С. В. Шишкин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики. 2022. 59 с.
- 100. Энгельс, Ф. Положение рабочего класса в Англии [Текст] / Ф. Энгельс // Собр. соч. К.Маркс, Ф. Энгельс. М.: Политиздат, 1967, Т.2. 533 с.
- 101. Addae-Korankye, A. Theories of poverty [Text] / A. Addae-Korankye // Journal of Poverty, Investment, and Development, 2019, 48. P. 55-62.
- 102. Adebowale, A. Ethnic disparities in fertility and its determinants in Nigeria [Text] / A. Adebowale // Fertility Research and Practice. 2019. Vol. 5, 3. https://doi.org/10.1186/s40738-019-0055-y
- 103. Adogu, P., Ubajaka, C., Emelumadu, O., Alutu, C. Epidemiologic transition of diseases and health-related events in developing countries. A Review [Text] / P. Adogu, C. Ubajaka, O. Emelumadu, C. Alutu // American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2015. Vol. 5 (4). P. 150-157.
- 104. Ahlburg, D., Cassen, R. Population and development [Text] / D. Ahlburg, R. Cassen // In: International Handbook of Development Economics. A. Dutt, J. Ros (eds). UK, Cheltenham, 2008. P. 316-327.
- 105. Ahmed, S., Li, O., Liu, L., Tsui, A. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries [Text] / S. Ahmed, O. Li, L. Liu, A. Tsui // The Lancet. 2012. Vol. 380, 9837. P. 111-125.
- 106. Ahmed, S., Cruz, M., Quillin, B., Schellekens, P. Demographic change and development: a global typology [Text] / S. Ahmed, M. Cruz, B. Quillin, P. Schellekens // Policy Research Working Paper 7893, World Bank, 2016. 41 p.
- 107. AIHW. Australia's Health 2006. [Text] / AIHW. Australia's Health 2006 // AIHW 2006, № 12. Canberra. 519 p.
- 108. AIHW. Australia's Health 2017. [Text] / AIHW. Australia's Health 2017 // Overview. https://aihw.gov.au

- 109. Alipour, V., Zandian, H., Yazdi-Feyzabadi, V. Economic burden of cardiovascular diseases before and after Iran's health transformation plan: evidence from a referral hospital of Iran [Text] / V. Alipour, H. Zandian, V. Yazdi-Feyzabadi // Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2021. Vol. 19 (1). P. 202-207.
- 110. Allarakha, S., Yadav, J., Yadav, A. Financial burden and financing strategies for treating the cardiovascular diseases in India [Text] / S. Allarakha, J. Yadav, A. Yadav // Social Sciences and Humanities Open. 2022. Vol. 6 (1). P. 1-10.
- 111. Alvaredo, F., Chancel, L., Piketty, T. et al. World Inequality Report, 2018 [Text] / F. Alvaredo, L. Chancel, T. Piketty et al. // Belknap Press, 2018. 300 p.
- 112. Amaglobeli, D., Shi, W. Fiscal policy: how to assess fiscal implications of demographic shifts: a granular approach [Text] / D. Amaglobeli, W. Shi // International Monetary Fund, Washington, DC. 2016. 19 p.
- 113. Amarasinghe, H., Ranaweera, S., Ranasinghe, T. Economic cost of tobaccorelated cancers in Sri Lanka [Text] / H. Amarasinghe, S. Ranaweera, T. Ranasinghe // Tobacco Control. 2018. Vol. 27. P. 542-546.
- 114. American Heart Association. Cardiovascular disease: a costly burden for America. [Text] / American Heart Association // Projections through 2035. Washington, DC. – 2017. – 14 p.
- 115. Andreev, E. The dynamics of mortality in the Russian Federation [Text] / E. Andreev // In: Health and Mortality Issues of Global Concern, 1999, UN. New York. 1999. P. 262-290.
- 116. Amuna, P., Zotor, F. Epidemiologic and nutritional transition in developing countries: impact on human health and development [Text] / P. Amuna, F. Zotor // Proceedings of The Nutrition Society. 2008. Vol. 67 (1). P. 82-90.

- 117. Asian Development Bank, 2014. Inequality in Asia and the Pacific: trends, drivers, and policy implications [Text] / Asian Development Bank // Manila, 2014. 437 p.
- 118. Asian Development Bank, 2023. Key indicators for Asia and the Pacific, 54<sup>th</sup> Edition [Text] / Asian Development Bank // Manila, 2023. 354 p.
- 119. Aungkulanon, S., McCarron, M., Lertiendumrong, J. Infectious disease mortality rates, Thailand, 1958-2009 [Text] / S. Aungkulanon, M. McCarron, J. Lertiendumrong // Emerging Infectious Diseases. 2012. Vol. 18 (11). P. 1794-1801.
- 120. Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. Impact of falling cardiovascular disease death rates: deaths delayed and years of life extended [Text] / Australian Government // April 2009, Bulletin 70. 24 p.
- 121. Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. Trends in cardiovascular deaths. Bulletin 141 [Text] / Australian Government // September 2017. 24 p.
- 122. Balbay, Y., Gagnon-Arpin, I., Malhan, S. Modelling the burden of cardiovascular disease in Turkey [Text] / Y. Balbay, I. Gagnon-Arpin, S. Malhan // Anatolian Journal of Cardiology. 2018. Vol. 20 (4). P. 235-240.
- 123. Banerjee, A., Duflo, E. Inequality and growth: what can the data say [Text] / A. Banerjee, E. Duflo // Journal of Economic Growth, 2003, 8 (3). P. 267-299.
- 124. Barnwal, A. Success of the Indonesian population program: lessons for India [Text] / A. Barnwal // Journal of Development and Social Transformation. 2004. Vol. 1. P. 43-49.
- 125. Barrett, R., Kuzawa, C., McDade, A., Armelagos, G. Emerging and re-emerging infectious diseases: the third epidemiologic transition [Text] / R. Barrett, C. Kuzawa, A. McDade, G. Armelagos // Annual Review of Anthropology. 1998. Vol. 27 (1). P. 247-271.

- 126. Barro, R. Inequality and growth in a panel of countries [Text] / R. Barro // Journal of Economic Growth, 2000, 5 (1). P. 5-32.
- 127. Becker, G. The economic approach to human behavior [Text] / G. Becker // Chicago, University of Chicago Press, 1976. 320 p.
- 128. Berg, A., Ostry, J. Equality and efficiency [Text] / A. Berg, J. Ostry // Finance & Development, 2011, 48 (3). P. 12-15.
- 129. Berg, A. Inequality and unsustainable growth. Two sides of the same coin? [Text] / A. Berg, J. Ostry // IMF Economic Review. 2017. Vol. 65 (4). P. 792-815.
- 130. Birdsall, N., Kelley, A., Sinding, S. Population matters. Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world [Text] / N. Birdsall, A. Kelley, S. Sinding // Oxford University Press, New York, 2001. P. 147-161.
- 131. Blacher, J., Levy, B., Mourad, J. From epidemiological transition to modern cardiovascular epidemiology: hypertension in the 21<sup>st</sup> century [Text] / J. Blacher, B. Levy, J. Mourad // Lancet. 2016. Vol. 388 (10043). P. 530-532.
- 132. Bloom, D., Canning, D., Sevilla, J. The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change [Text] / D. Bloom, D. Canning, J. Sevilla // Population Matters Monographs MR-1274. Santa Monica: RAND. 2003. 107 p.
- 133. Bloom, D., Canning, D., Fink, G., Finlay, J. The cost of low fertility in Europe [Text] / D. Bloom, D. Canning, G. Fink, J. Finlay // European Journal of Population. 2009. Vol. 26 (14820) DOI: 10.1007/s10680-009-9182-1
- 134. Bloom, D., Canning, D., Fink, G. Implications of population aging for economic growth [Text] / D. Bloom, D. Canning, G. Fink // January 2011. PGDA Working Paper 64. 39 p.

- 135. Bloom, D., Chen, S., McGovern, M. Economics of non-communicable diseases in Indonesia [Text] / D. Bloom, S. Chen, M. McGovern // World Economic Forum. 2015. 13 p.
- 136. Bohl, D., Hughes, B. Johnson, S. Understanding and forecasting demographic risk and benefits [Text] / D. Bohl, B. Hughes, S. Johnson // Report from the Frederick S. Pardee Center for International Futures, University of Denver. 2016. 137 p.
- 137. Boisclair, D., Decarie, Y., Laliberte-Auger, F. The economic benefits of reducing cardiovascular disease mortality in Quebec, Canada [Text] / D. Boisclair, Y. Decarie, F. Laliberte-Auger // PLoS One. 2018. Vol. 13 (1): e0190538
- 138. Booth, H., Tickle, L., Zhao J. Epidemiologic transition in Australia: The last hundred years [Text] / H. Booth, L. Tickle, J. Zhao // Canadian Studies in Population. 2016. Vol. 43 (1–2). P. 23-47.
- 139. Bourdieu, P. Cultural reproduction and social reproduction [Text] / P. Bourdieu // In: J. Karabel, A. Halsey (eds). Power and ideology in education. Oxford University Press, New York, 1977. P. 237-241.
- 140. Bradshaw, T. Theories of poverty and anti-poverty in community development [Text] / T. Bradshaw // Community Development, 2007. P. 7-25.
- 141. Brander, J., Dowrick, S. The role of fertility and population in economic growth [Text] / J. Brander, S. Dowrick // Journal of Population Economics. 1994. Vol. 7 (1). P. 1-25.
- 142. Brenner, J., Sende, F., Muller, M. The burden of cardiovascular diseases in Germany [Text] / J. Brenner, F. Sende, M. Muller // WifOR Darmstadt, Research Report. 2022. 58 p.
- 143. Brunori, P., Ferreira, F., Peragine, V. Inequality of opportunity, income inequality and economic mobility [Text] / P. Brunori, F. Ferreira, V. Peragine //

- Policy Research Working Paper 6304, World Bank, Washington, DC, 2013. 32 p.
- 144. Burnley, I., Rintoul, D. Inequalities in the transition of cerebrovascular disease mortality in New South Wales, Australia 1969-1996 [Text] / I. Burnley, D. Rintoul // Social Science & Medicine. 2002. Vol. 54 (4). P. 545-559.
- 145. Caldwell, J. Towards a restatement of demographic transition theory [Text] / J. Caldwell // Population and Development Review. 1976. Vol. 34 (2). P. 321-366.
- 146. Caldwell, J., Caldwell P. What have we learnt about the cultural, social, and behavioral determinants of health? From selected readings to the first Health Transition Workshop [Text] / J. Caldwell, P. Caldwell // Health Transition Review. 1991. Vol. 1 (1). P. 3-17.
- 147. Campbell, N., Khalsa, T., Lackland, D. High blood pressure 2016: why prevention and control are urgent and important [Text] / N. Campbell, T. Khalsa, D. Lackland // The World Hypertension League, International Society of Hypertension, World Stroke Organization, International Diabetes Foundation, International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, International Society of Nephrology, Journal of Clinical Hypertension (Greenwich). 2016. Vol. 18. P. 714-771.
- 148. Canada. PHAC 2014. Public health agency of Canada. Economic burden of illness in Canada, 2005–2008 [Text] / Canada. PHAC 2014 // PHAC, Ottawa. 2014. 75 p.
- 149. Cancer Prevention and Early Detection Fact & Figures, 2013. [Text] / Cancer Prevention and Early Detection Fact & Figures, 2013 // https://www.cancer.org
- 150. Centre for Economics and Business Research. The economic cost of cardiovascular disease from 2014-2020 in six European economies [Text] /

- Centre for Economics and Business Research // Research paper. August 2014. 14 p.
- 151. Cheal, D. Families in today's world: a comparative approach [Text] / D. Cheal // Routledge. 2008. 192 p.
- 152. Chen, M., Yip, P. A study on population dynamics in «Belt and Road» countries and their implications [Text] / M. Chen, P. Yip // China Population and Development Studies. 2018. Vol. 2 (2). P. 158-172.
- 153. Choe, Y., Choe, S-A., Cho, S. Trends in infectious disease mortality, South Korea, 1983-2015 [Text] / Y. Choe, S-A. Choe, S. Cho // Emerging Infectious Diseases. 2018. Vol. 24 (2). P. 320-327.
- 154. Chun, Ch. Republic of Korea: Health system review [Text] / Ch. Chun, S. Kim, J. Lee, S. Lee // Health Systems in Transition. 2009. Vol. 11 (7). 184 p.
- 155. Clemens, M., Pritchett, L. The new economic cases for migration restrictions: an assessment [Text] / M. Clemens, L. Pritchett // Journal of Development Economics. 2019. Vol. 138 (5). P. 153-164.
- 156. Cliquet, R. Major trends affecting families in the new millennium: Western Europe and North America [Text] / R. Cliquet // Brussels. 2004. 40 p.
- 157. Cobham, A., Sumner, A. Is it all about the tails? The Palma measure of income inequality [Text] / A. Cobham, A. Sumner // Center for Global Development Working Paper 343, 2013. 43 p.
- 158. Cohen, G. On the currency of egalitarian justice [Text] / G. Cohen // Ethics, 1989, 99 (4). P. 906-944.
- 159. Collins, B., Bandosz, P., Guzman-Castillo, M. What will the cardiovascular disease slowdown cost? Modelling the impact of CVD trends on dementia, disability and economic costs in England and Wales from 2020-2029 [Text] / B.

- Collins, P. Bandosz, M. Guzman-Castillo // Plos One. 2022. Vol. 17 (6). e0268766
- 160. Condran, G., Cheney, R. Mortality trends in Philadelphia: age- and cause-specific death rates, 1870-1930 [Text] / G. Condran, R. Cheney // Demography. 1982. Vol. 19. P. 97-124.
- 161. Cooper, R., Ordunez, P. Ferrer, M. Cardiovascular disease and associated risk factors in Cuba: prospects for prevention and control [Text] / R. Cooper, P. Ordunez, M. Ferrer // American Journal of Public Health. 2006. Vol. 96. P. 94-101.
- 162. Cornia, G., Court, J. Inequality, growth, and poverty in the era of liberalization and globalization [Text] / G. Cornia, J. Court // UNU-WIDER Policy Brief 4. World Institute for Development Economics Research, United Nations University, Helsinki, 2001. 38 p.
- 163. Cornia, G., Addison T., Kiiski S. Income distribution changes and their impact in the Post-Second World War period [Text] / G. Cornia, T. Addison, S. Kiiski // In: G. Cornia, ed. Inequality, growth, and poverty in an era of liberalization and globalization. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004. P. 26-54.
- 164. Coste, J, Bernardin, E., Jougla, E. Patterns of mortality and their changes in France (1968-1999): insights into the structure of diseases leading to death and epidemiological transition in an industrialized country [Text] / J. Coste, E. Bernardin, E. Jougla // Journal of Epidemiology and Community Health. 2006. Vol. 60 (11). P. 945-955.
- 165. Crosland, P., Ananthapavan, J., Davison, J. The economic cost of preventable disease in Australia: a systematic review of estimates and methods [Text] / P. Crosland, J. Ananthapavan, J. Davison // Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2019. Vol. 43 (5). P. 484-495.

- 166. Cruz, M., Ahmed S. On the impact of demographic change on growth, savings, and poverty [Text] / M. Cruz, S. Ahmed // World Bank Policy Research Working Paper 7805. Washington, DC: World Bank. 2016. 37 p.
- 167. Davis, K. The world demographic transition [Text] / K. Davis // the ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 1945 January 1. P. 1-24.
- 168. Davis, E., Sanchez-Martinez, M. A review of the economic theories of poverty [Text] / E. Davis, M. Sanchez-Martinez // National Institute of Economic and Social Research, Discussion Paper 435, 2014. 65 p.
- 169. Decerf, B. Absolute and relative poverty measurement. A survey [Text] / B. Decerf // World Bank, Policy Research Working Paper 1008. Washington, DC, 2022. 19 p.
- 170. Defo, B. Demographic, epidemiological, and public transitions: are they relevant to population health patterns in Africa? [Text] / B. Defo // Global Health Action. 2014. Vol. 7. P. 10.
- 171. d'Errico, M., Pavlova, M., Spandonaro, F. The economic burden of obesity in Italy: a cost-of-illness study [Text] / M. d'Errico, M. Pavlova, F. Spandonaro // European Journal of Health Economics. 2022. Vol. 23. P. 177-192.
- 172. Demeny, P. Early fertility declines in Austria-Hungary: a lesson in demographic transition [Text] / P. Demeny // Daedalus. 1968. Vol. 97 (Sping). P. 502-522.
- 173. Deninger, K., Squire, L. A new data set measuring income inequality [Text] / K. Deninger, L. Squire // World Bank Economic Review, 1996, 10 (3). P. 565-591.
- 174. Dieleman, J., Graves, C., Templin, T. Global health development assistance remained steady in 2013 but did not align with recipients' disease burden [Text]

- / J. Dieleman, C. Graves, T. Templin // Health Affairs. 2014. Vol. 33. P. 878-886.
- 175. Duthe, G., Guillot, M., Mesle, F. Adult mortality patterns in the former Soviet Union's southern tier: Armenia and Georgia in comparative perspective [Text] / G. Duthe, M. Guillot, F. Mesle // Demographic Research. 2017. Vol. 36. P. 589-608.
- 176. Emamgholipour, S., Sari, A., Pakdaman, M., Geravandi, S. Economic burden of cardiovascular disease in the southwest of Iran [Text] / S. Emamgholipour, A. Sari, M. Pakdaman, S. Geravandi // International Cardiovascular Research Journal. 2018. Vol. 12 (1). P. 1-6.
- 177. Endrei, D., Sebetyen, A., Gazso, T. Nationwide annual health insurance treatment cost of heart failure in Hungary: cost of illness study based on real world data [Text] / D. Endrei, A. Sebetyen, T. Gazso // Value in Health. 2019. Vol. 22 (3). P. s542-s548.
- 178. Espinosa, M., Lauzurique, M., Alcázar, V. Maternal and child health care in Cuba: achievements and challenges [Text] / M. Espinosa, M. Lauzurique, V. Alcázar // Rev Panam Salud Publica. 2018. Vol. 42. P. 1-9.
- 179. Estel, C., Conti, C. Global burden of cardiovascular disease [Text] / C. Estel, C. Conti // Cardiovascular Innovations and Applications. 2016. Vol. 1 (4). P. 369–377.
- 180. Estrada, C. How immigrants positively affect the business community and the US economy [Text] / C. Estrada // Center for American Progress. 2016. 3 p.
- 181. European Cardiovascular Disease Statistics, 2017. [Text] / European Cardiovascular Disease Statistics. 2017 // https://ehnheart.org
- 182. Eurostat Statistics, 2023. [Text] / Eurostat Statistics. 2023 //https://ec.europa.eu>eurostat>data

- 183. Fellman, J., Eriksson, A. Regional, temporal, and seasonal variations in births and deaths: the effects of famines [Text] / J. Fellman, A. Eriksson // Social Biology. 2001. Vol. 48 (1-2). P. 86-104.
- 184. Filmer, D. The incidence of public expenditures on health and education [Text] / D. Filmer // Washington DC. The World Bank. 2003. 23 p.
- 185. Fonken, P., Bolotskikh, I., Pirnasarova, G. Keys to expanding the rural healthcare workforce in Kyrgyzstan [Text] / P. Fonken, I. Bolotskikh, G. Pirnasarova // Frontiers in Public Health. 2020. Vol. 8. P. 447-453.
- 186. Foot, D. Population aging: unwinding the demographic dividend [Text] / D. Foot // Forum 005 Special Report. Reexamining Japan in global context. Suntory Foundation. 2014. 6 p.
- 187. Frejka, T., Jones, G., Sardon, J-P. East Asian childbearing patterns and policy developments [Text] / T. Frejka, G. Jones G., J-P. Sardon // Population and Development Review. 2010. Vol. 36 (3). P. 579-606.
- 188. Frenk, J., Bobadilla, J., Stern C. Elements for a theory of the health transition [Text] / J. Frenk, J. Bobadilla, C. Stern // Health Transition Review. 1991. Vol. 1. P. 21–38.
- 189. Fried, L. Investing in health to create a third demographic dividend [Text] / L. Fried // The Gerontologist. 2016. Vol. 56 (Suppl. 2). S167–S177.
- 190. Galor, O. The demographic transition: causes and consequences [Text] / O. Galor // Cliometrica. 2012. Vol. 6. P. 1–28.
- 191. Garcia, G., Pabsdorf, M., Alvarez, J. Factors determining differences in the poverty degree among countries [Text] / G. Garcia, M. Pabsdorf, J. Alvarez // Resources, 2019, 8 (3). P. 1-19.
- 192. Gaziano, J. Global burden of cardiovascular diseases [Text] / J. Gaziano // In: Braunwald's Heart Disease: A textbook of cardiovascular mortality, 2-Volume

- Set, Eighth Edition, Libby P., Bonow R., Mann D., Zipes D. Saunders Elsevier. 2005. P. 1-7.
- 193. GBD, 2013. Mortality causes of death collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 [Text] / GBD 2013 // Lancet. 2015. Vol. 385 (9963). P. 117–171.
- 194. Gheorghe, A., Griffiths, U., Murphy, A. The economic burden of cardiovascular disease and hypertension in low-and middle-income countries: a systematic review [Text] / A. Gheorghe, U. Griffiths, A. Murphy // BMC Public Health. 2018. Vol. 18 (1). P. 975-979.
- 195. Giedrimiene, D., King, R. Burden of cardiovascular disease on economic cost. Comparison of outcomes in US and Europe [Text] / D. Giedrimiene, R. King // Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2018. Vol. 10, A 207.
- 196. Gini C. Variabilita e mutuabilita. Contributo alle studio delle distribuzioni e delle relazioni statiche [Text] / C. Gini // C. Cuppini. Bologna. 1912. 158 p.
- 197. GINI index. World Bank, 2002-2023. [Text] / https://data.worldbank.org
- 198. Global Monitoring Report 2015-2016. Development goals in an era of demographic change [Text] / Global Monitoring Report 2015-2016 // Advance Edition. World Bank Report. Washington, DC. 2016. 279 p.
- 199. Global Strategy for Health for All by 2000. [Text] / GINI index // WHO. 2011. 51 p.
- 200. Gochi, T., Matsumoto, K., Amin, R. Cost of illness of ischemic heart disease in Japan: a time trend and future projections [Text] / T. Gochi, K. Matsumoto, R. Amin // Environmental Health and Preventive Medicine. 2018. Vol. 23 (21). doi: 10.1186/s12199-018-0708-1

- 201. Greenhalgh, S. Science, modernity, and China's one child policy [Text] / S. Greenhalgh // Population and Development Review. 2003. Vol. 29 (2). P. 163-196.
- 202. Gribble, J., Bremner, J. Achieving a demographic dividend [Text] / J. Gribble, J. Bremner // Population Bulletin. 2012. Vol. 27 (2). P. 154-167.
- 203. Grigoriev, P., Meslé, F., Shkolnikov, V. The recent mortality declines in Russia: beginning of the cardiovascular revolution? [Text] / P. Grigoriev, F. Meslé, V. Shkolnikov // Population and Development Review. 2014. Vol. 40 (1). P. 107–129.
- 204. Habicht, T., Reinap, M., Kasekamp, K. Estonia: Health system review [Text] / T. Habicht, M. Reinap, K. Kasekamp // Health Systems in Transition. 2018. Vol. 20 (1). 193 p.
- 205. Hambleton, I., Caixeta, R., Jeyaseelan, S. The rising burden of non-communicable diseases in the Americas and the impact of population aging: a secondary analysis of available data [Text] / I. Hambleton, R. Caixeta, S. Jeyaseelan // The Lancet Regional Health Americas. 2023. Vol. 21. P. 1-13.
- 206. Hanratty, B., Zhang, T., Whitehead, M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review [Text] / B. Hanratty, T. Zhang, M. Whitehead // International Journal of Health Services. 2007. Vol. 37. P. 89-109.
- 207. Hartley, A., Marshall, D., Salciccioli, J. Trends in mortality from ischemic heart disease and cerebrovascular disease in Europe: 1980 to 2009 [Text] / A. Hartley, D. Marshall, J. Salciccioli // Circulation. 2016. Vol. 133 (20). P. 1916–1926.
- 208. Hennis, A. Economic dimensions of noncommunicable diseases in Latin America and the Caribbean [Text] / A. Hennis // Seminar on non-communicable

- diseases and their impact on sustainable development in the Caribbean. Virtual meeting, PAHO. 4 November 2021. 21 p.
- 209. Hodgson, D. Demography as social science and policy science [Text] / D. Hodgson // Population and Development Review. 1983. Vol. 9 (10). P. 1–34.
- 210. Horiuchi, S. Epidemiological transitions in human history [Text] / S. Horiuchi // In: Health and Mortality Issues of Global Concern, 1999, UN. New York. 1999. P. 54-71.
- 211. Ibraimova, A., Akkazieva, B., Ibraimov, A. Kyrgyzstan: Health system review. Health Systems in Transition [Text] / A. Ibraimova, B. Akkazieva, A. Ibraimov // 2011. Vol. 13 (3). 152 p.
- 212. IHME, 2013. Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, the World Bank. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy East Asia and Pacific Regional Edition [Text] / IHME, 2013 // Seattle, WA: IHME. 2013. 49 p.
- 213. ILO, 2017. World social protection report 2017-2019: universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals [Text] / ILO, 2017 // Geneva, International Labor Office. 2017. 271 p.
- 214. IMF, 2014. Annual Report 2014. From stabilization to sustainable growth [Text] / IMF, 2014 // Washington, DC. 2014. 78 p.
- 215. IMF, 2019. Macroeconomics of aging and policy implications [Text] / IMF, 2019 // Group of Twenty. -2019.-35 p.
- 216. Index of Corruption Perception 2002-2023. [Text] / Index of Corruption Perception 2002-2023 // https://www.transparency.org
- 217. IOM, 2020. UN Migration. World Migration Report, 2020 [Text] / IOM, 2020 // Geneva. 2020. 498 p.

- 218. Jamison, D., Summers, L., Alleyne, G. Global health 2035: a world converging within a generation [Text] / D. Jamison, L. Summers, G. Alleyne // The Lancet. 2013. Vol. 382. P. 1898-1955.
- 219. Jordan G. The causes of poverty cultural vs structural: can there be a synthesis? [Text] / G. Jordan // Perspectives in Public Affairs, 2004, 2. P. 18-34.
- 220. Kanbur R. Income distribution and development [Text] / R. Kanbur // In: A. Atkinson, F. Bourguinon (eds.). Handbook of Income Distribution. Amsterdam: North-Holland, 2000. P. 791-841.
- 221. Kanbur R., Rhee, C., Zhuang, J. Inequality in Asia and the Pacific: trends, drivers, and policy implications [Text] / R. Kanbur, C. Rhee, J. Zhuang, J. // Manila: Asian Development Bank, 2014. 437 p.
- 222. Kasprowicz, P., Rhyne, E. Looking through the demographic window: implications for financial inclusion [Text] / P. Kasprowicz, E. Rhyne // Financial Inclusion 2020 Project: Mapping the Invisible Market. Center for Financial Inclusion. 2013. 26 p.
- 223. Khor, G., Gan, C-Y. Trends and dietary implications of some chronic non-communicable diseases in peninsular Malysia [Text] / G. Khor, C-Y. Gan // Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 1992. Vol. 1. P. 159-168.
- 224. Kibele, E., Jasilionis, D., Shkolnikov V. Widening socioeconomic differences in mortality among men aged 65 years and older in Germany [Text] / E. Kibele, D. Jasilionis, V. Shkolnikov // Journal of Epidemiology and Community Health. 2013. Vol. 67 (5). P. 453-457.
- 225. Kim, K. The Korean miracle (1962-1980) revisited: myths and realities in strategy and development [Text] / K. Kim // Kellogg Institute, Working Paper. 1991. 63 p.

- 226. Kintner, H. Recording the epidemiologic transition in Germany, 1816-1934 [Text] / H. Kintner // Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. 1999. Vol. 54 (2). P. 167-189.
- 227. Kinugasa, T., Mason A. Why countries become wealthy: the effects of adult longevity on saving [Text] / T. Kinugasa, A. Mason // World Development, 2007, Vol. 35 (1). P. 1-23.
- 228. Knoops, K., van den Brakel M. Rich people live longer and healthy. Income inequality and healthy life expectance [Text] / K. Knoops, M. van den Brakel // Gesundheidswetenschappen. 2010. Vol. 88 (1). P. 17-24.
- 229. Koczan, Z., Loyola, F. How do migration and remittances affect inequality? A case study of Mexico [Text] / Z. Koczan, F. Loyola // IMF Working Paper, 2018, No. 18/136, International Monetary Fund. 2018. 27 p.
- 230. Kohli-Lynch, C., Erzse, A. Rayner, B. Hofman, K. Hypertension in the South African public healthcare system: a cost-of-illness and burden of disease study [Text] / C. Kohli-Lynch, A. Erzse, B. Rayner, K. Hofman // BMJ Open. 2022. Vol. 12. P. 1-10.
- 231. Kone, Z., Özden, G. Brain drain, gain and circulation [Text] / Z. Kone, G. Özden // KNOMAD Working Paper No. 19 (March). Global Knowledge Partnership on Migration and Development (KNOMAD), World Bank. 2017. 26 p.
- 232. Kuroda, T. The demographic transition in Japan [Text] / T. Kuroda // Social Science & Medicine. 1978. Vol. 12 (6A). P. 451-457.
- 233. Kuznetz, S. Economic growth and income inequality [Text] / S. Kuznetz // The American Economic Review, 1955, 45 (1). P. 1-28.
- 234. Kwon, S., Lee, T., Kim, C. Republic of Korea health system review [Text] / S. Kwon, T. Lee, C. Kim // Health Systems in Transition, Asia Pacific Observatory on Public Health Systems and Policies. 2015. Vol. 5, № 4. 124 p.

- 235. Landry, A. La revolution demographique. [Text] / A. Landry // Paris. 1934. 276 p.
- 236. Leal, J., Luengo-Fernández, R. Economic burden of cardiovascular diseases in the Enlarged European Union [Text] / J. Leal, R. Luengo-Fernández // European Heart Journal. 2006. Vol. 27 (13). P. 1610–1619.
- 237. Lee, R., Mason, A. Fertility, human capital, and economic growth over demographic transition [Text] / R. Lee, A. Mason // European Journal of Population. 2010. Vol. 26 (2). P. 159-182.
- 238. Lee, S., Kim, H., Lee, H., Suh, I. Thirty-year trends in mortality from cardiovascular diseases in Korea [Text] / S. Lee, H. Kim, H. Lee, I. Suh // Korean Circulation Journal. 2015. Vol. 45 (3). P. 202-209.
- 239. Leon, D. Trends in European life expectancy: a salutary view [Text] / D. Leon // International Journal of Epidemiology. 2011. doi:10.1093/ije/dyr061
- 240. Lesthaeghe, R. Twee demografische transities? [Text] / R. Lesthaeghe, D. van de Kaa // D.J. van de Kaa, R. Lesthaeghe, eds. Bevolking: Groei en Krimp. Deventer: Van Loghum Slaterus. 1986. P. 9-24.
- 241. Lesthaeghe, R. The unfolding story of the second demographic transition [Text] / R. Lesthaeghe // Population and Development Review. 2010. Vol. 36 (2). P. 211–251.
- 242. Lewis, W. Economic development with unlimited supplies of labor [Text] / W. Lewis // The Manchester School. 1954. Vol. 22 (2). P. 139-191.
- 243. Lewis, O. The culture of poverty [Text] / O. Lewis // Scientific American, 1966, 215 (4). P. 1925.
- 244. Li, Q., Tsui, A., Liu, L., Ahmed S. Mortality, fertility, and economic development: an analysis of 201 countries from 1960 to 2015 [Text] / Q. Li, A.

- Tsui, L. Liu, S. Ahmed // Gates Open Research. 2018. Vol. 2 (14). P. 231-247.
- 245. López-González, A., González-González, M. Third demographic transition and demographic dividend: An application based on panel data analysis [Text] / A. López-González, M. González-González // Bulletin of Geography. Socioeconomic Series. 2018. Vol. 42 (42). P. 59-82.
- 246. Luoma, K. South Korea's demographic dividend: a success story [Text] / K. Luoma // Population Education. August 23, 2016. 14 p.
- 247. Mackenbach, J., Garssen J. Renewed progress in life expectancy: the case of the Netherlands [Text] / J. Mackenbach, J. Garssen // In: E.M. Crimmins, S.H. Preston and B. Cohen eds. International differences in mortality at older ages. The National Academies Press. Washington, D.C. 2010. P. 369-384.
- 248. Majdzinska, K. The possibility of the first and the second demographic dividend across European Union member states [Text] / K. Majdzinska // Research Gate. 2011. Vol. 4. P. 123-137.
- 249. Manyika, J., Woetzel, J. Dobbs, R. Global growth: can productivity save the day in an aging world? [Text] / J. Manyika, J. Woetzel, R. Dobbs // New York: McKinsey Global Institute. 2015. 20 p.
- 250. Mansur, P., Lopes, A., Favarato, D. Epidemiologic transition in mortality rate from circulatory diseases in Brazil [Text] / P. Mansur, A. Lopes, D. Favarato // Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2009. Vol. 93 (5). P. 506-510.
- 251. Marquez, P., Suhrke, M. McKee, M. Rocco, L. Adult health in the Russian Federation: More than just a health problem [Text] / P. Marquez, M. Suhrke, M. McKee, L. Rocco // Health Affairs. 2007. Vol. 26 (4). P. 1040-1051.
- 252. Mason, A. Demographic transitions and demographic dividends in developed and developing countries [Text] / A. Mason // Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on social and economic implications of changing

- population age structures, Mexico City, 31 August 2 September. New York: United Nations. 2005. P. 81-101.
- 253. Mason, A., Kinugasa, T. East Asian economic development: two demographic dividends [Text] / A. Mason, T. Kinugasa // Journal of Asian Economics. 2008. Vol. 19 (5). P. 389-399.
- 254. Mason, A., Lee, R., Jiang, J. Demographic dividends, human capital, and savings [Text] / A. Mason, R. Lee, J. Jiang // Journal of the Economics of Aging. 2016. Vol. 7 (2). P. 106-122.
- 255. Mason, A., Lee, R., Abrigo, M., Lee, S-H. Support ratios and demographic dividends: estimates for the World United Nations [Text] / A. Mason, R. Lee, M. Abrigo, S-H. Lee // New York. 2017. 45 p.
- 256. Mata, L., Rosero L. National health and social development in Costa Rica: a case study of international action [Text] / L. Mata, L. Rosero // PAHO, Technical Paper 13. 1988. 230 p.
- 257. Matytsin, M., Moorty, L., Richter, K. From demographic dividend to demographic burden? Regional trends of population aging in Russia [Text] / M. Matytsin, L. Moorty, K. Richter // Police research working paper 7501. World Bank Group. November 2015. 25 p.
- 258. McAuley, A. Economic welfare in the Soviet Union: poverty, living standards, and inequality [Text] / A. McAuley // The University of Wisconsin Press. 1979. 407 p.
- 259. McKibbin, W. The global macroeconomic consequences of a demographic transition [Text] / W. McKibbin // Asian Economic Papers. 2006. Vol. 5 (1). P. 92–134.
- 260. Medina, E., Chager, S. Opportunities of the demographic dividend on poverty reduction in Sub-Saharan Africa [Text] / E. Medina, S. Chager // Nopoor, Working Paper, 70. 2015. 22 p.

- 261. Meslé, F., Vallin, J. Historical trends in mortality [Text] / F. Meslé, J. Vallin // In: R.R. Rogers and E.M. Crimmins eds. International handbook on adult mortality. Springer. 2011. P. 9-47.
- 262. Mills, K., Bundy, J., Kelly, T. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries [Text] / K. Mills, J. Bundy, T. Kelly // Circulation. 2016. Vol. 134. P. 441-450.
- 263. Milton, T. The epidemiologic revolution, national health insurance and the role of health departments [Text] / T. Milton // American Journal of Public Health. 1976. Vol. 66 (12). P. 1155-1164.
- 264. Ministry of Health Malaysia, 2022. Direct health-care cost of noncommunicable diseases in Malaysia [Text] / Ministry of Health Malaysia, 2022 // Putrajaya, Malaysia: WHO, Ministry of Health Malaysia Report. 2022. 72 p.
- 265. Moldoisaeva, S., Kaliev, M., Sydykova, A. Kyrgyzstan: Health System Summary, 2022 [Text] / S. Moldoisaeva, M. Kaliev, A. Sydykova // WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen. 2022. 20 p.
- 266. Moraes, S., Suzuki, C., Freitas, I., Costa Junior, M. Mortality rates due to diseases of the circulatory system (DCS) in Ribeirao Preto SP, from 1980 to 2004 [Text] / S. Moraes, C. Suzuki, I. Freitas, M. Costa Junior // Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2009. Vol. 93 (6). P. 589-596.
- 267. Murray, C., Lopez, A. Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study [Text] / C. Murray, A. Lopez // Lancet. 1997. Vol. 349 (9061). P. 1269-1276.
- 268. National Heart Foundation of Australia, 2018. [Text] / National Heart Foundation of Australia, 2018 // Economic cost of acute coronary syndrome in Australia: the cost to governments. 2018. 3 p.

- 269. NCD Alliance 2023. The financial burden of NCDs [Text] / NCD Alliance 2023 // WHO, Geneva. 2023. 6 p.
- 270. NCD Countdown, 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries [Text] / NCD Countdown 2030 // Lancet. 2022. Vol. 399 (10331). P. 1266-1278.
- 271. Notestein, F. Population: the long view [Text] / F. Notestein // Food for the world/ Ed. By Th. W. Schults. Chicago: University of Chicago Press. 1945. P. 37-57.
- 272. O'Connor, A., Batalova, J. Korean immigrants in the United States [Text] / A. O'Connor, J. Batalova // Migration Policy Institute. 2019. 12 p.
- 273. OECD, 2007. Health at a Glance 2007. OECD Indicators. [Text] / OECD 2007 // OECD Publishing. Paris. 2007. 218 p.
- 274. OECD, 2015. OECD Health Statistics, 2015. [Text] / OECD 2015 // https://www.oecd.org
- 275. OECD, 2017. OECD Health Statistics, 2017. [Text] / OECD 2017 // https://www.oecd.org
- 276. OECD, 2018. OECD Kazakhstan, 2018. OECD Indicators. [Text] / OECD 2018 // OECD Publishing. Paris. 2018. 98 p.
- 277. OECD, 2019. OECD Health Statistics, 2019. [Text] / OECD 2019 // https://www.oecd.org
- 278. OECD Asia/Pacific, 2020. [Text] / OECD 2020 // OECD Publishing. Paris. 2020. 212 p.
- 279. Ogawa, N., Matsukura R. Demographic dividends and population aging in Japan [Text] / N. Ogawa, R. Matsukura // NTA First Workshop. 17-28 Oct. 2005.

- 280. Olshansky, S. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases [Text] / S. Olshansky, A. Ault // The Milbank Quarterly. 1986. Vol. 64 (3). P. 355–391.
- 281. Olshansky, S., Passaro, D., Hershow, R., Ludwig, D. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21<sup>st</sup> Century [Text] / S. Olshansky, D. Passaro, R. Hershow, D. Ludwig // New England Journal of Medicine. 2005. Vol. 352 (11). P. 1138-1145.
- 282. Omran, A. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change [Text] / A. Omran // The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1971. Vol. XLIX, № 4. P. 509-538.
- 283. Omran, A. The epidemiologic transition theory revisited thirty years later [Text] / A. Omran // World Health Statistics Quarterly. 1998. Vol. 51. P. 99–119.
- 284. Omran, A. The epidemiologic transition: A theory of epidemiology of population change [Text] / A. Omran // Milbank Quarterly. 2005. Vol. 83 (4). P. 731–757.
- 285. Orshanski, M. Counting the poor: another look at the poverty profile [Text] / M. Orshanski // Social Security Bulletin, 1965, 28 (1). P. 3-29.
- 286. Our World in Data, 2020-2023 / Our World in Data, 2020-2023 // https://ourworldindata.com
- 287. Pabayo, R., Cook, D., Harling, G. et al. State-level income inequality and mortality among infants born in the United States 2007-2010: a cohort study [Text] / R. Pabayo, D. Cook, G. Harling et al. // BMC Public Health, 2019, 19. P. 13-33.
- 288. PAHO, 1994. Mortality from accidents and violence in the Americas [Text] / PAHO, 1994 // Epidemiological Bulletin. 1994. Vol. 15, № 2. 16 p.

- 289. Palma J. Homogeneous middles vs heterogeneous tails, and the end of the Inverted-U: the shape of the rich is what it's all about [Text] / J. Palma // Cambridge Working Paper in Economics 1111, Cambridge: University of Cambridge Department of Economics, 2011, 42 (1). P. 87-153.
- 290. Peru, PAHO, UNDP, 2021. Prevention and control of noncommunicable diseases and mental disorders in Peru: the case for investments [Text] / Peru, PAHO, UNDP, 2021 // Peru, PAHO, UNDP. 2021. 34 p.
- 291. Petrukhin, I., Lunina E. Cardiovascular disease risk factors and mortality in Russia: challenges and barriers [Text] / I. Petrukhin, E. Lunina // Public Health Reviews. 2012. Vol. 33. P. 436-449.
- 292. Pezzulo, L., Stevens, B., Verdian, L. PT023 The economic burden of heart diseases in Peru [Text] / L. Pezzulo, B. Stevens, L. Verdian // Global Heart. 2016. Vol. 11 (2). e130-e131.
- 293. Piatti-Funfkirchen, M., Lindelow, M. Yoo, K. What are governments spending on health in East and Southern Africa? [Text] / M. Piatti-Funfkirchen, M. Lindelow, K. Yoo // Health Systems and Reform. 2018, 30 October. 41 p.
- 294. Pico-Guzman, F., Martinez-Montanez, O., Ruelas-Barajas, E., Hernandez-Avila, M. The estimated economic impact of cardiovascular and diabetes mellitus complications 2019-2028 [Text] / F. Pico-Guzman, O. Martinez-Montanez, E. Ruelas-Barajas, M. Hernandez-Avila // Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022. Vol. 60 (Suppl. 2). P. 86-95.
- 295. Piketty, T., Saez E. Income inequality in the United States, 1913-1998 [Text] / T. Piketty, E. Saez // The Quarterly Journal of Economics, 2003, 118 (1). P. 1-41.
- 296. Piketty, T. Capital in the twenty-first century [Text] / T. Piketty // Cambridge, MA: Harvard University Press. 2014. 786 p.

- 297. Pool, I. Demographic dividends: determinants of development or merely windows of opportunity? [Text] / I. Pool // Ageing Horizons. Oxford Institute of Ageing. 2007. Vol. 7. P. 28–35.
- 298. Powles, J., Fahimi, S., Micha, R. Global, regional, and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary survey worldwide [Text] / J. Powles, S. Fahimi, R. Micha // BMJ Open. 2013. Vol. 3 (12). P. 1-18.
- 299. Preston, S., Nelson V. Structure and change in causes of death: an international summary [Text] / S. Preston, V. Nelson // Population Studies. 1974. Vol. 28 (1). P. 145-152.
- 300. Ravallion, M., Chen, S., Sangraula, P. Dollar a day revisited [Text] / M. Ravallion, S. Chen, P. Sangraula // World Bank Economic Review, 2009, 23 (2). P. 163-184.
- 301. Rechel, B., Shapo, L., McKee, M. Millennium Development Goals for Health in Europe and Central Asia relevance and policy implications [Text] / B. Rechel, L. Shapo, M. McKee // World Bank Working Paper 33. Washington, D.C. 2004. 47 p.
- 302. Rittiphairoj, T., Reilly, A., Reddy, C. The state of cardiovascular disease in G20+ countries [Text] / T. Rittiphairoj, A. Reilly, C. Reddy // Health Systems Innovation Lab, Harvard University. 2022. 65 p.
- 303. Rosset, E. Piata faza przejsca demograficznego: regress ludności [Text] / E. Rosset // Studia demograficzne. 1980. Vol. 3-4. P. 61-62
- 304. Roth, G., Huffman, M., Moran, A. Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013 [Text] / G. Roth, M. Huffman, A. Moran // Circulation. 2015. Vol. 132 (17). P. 1667–1678.
- 305. Rowntree, B. Poverty. A study of town life [Text] / B. Rowntree // London, Third Edition, 1902. 509 p.

- 306. Sakamoto, H., Rahman, N., Nomura, S. Japan Health System Review [Text] / H. Sakamoto, M. Rahman, S. Nomura // WHO, Regional Office for South-East Asia, New Delhi. 2018. Vol. 8, №1. 248 p.
- 307. Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U., Byass, P. The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review [Text] / A. Santosa, S. Wall, E. Fottrell, U. Högberg, P. Byass // Global Health Action. 2014. Vol. 7 (1). 15 p. DOI: 10.3402/gha.v7.23574
- 308. Savedoff, W. What should a country spend on health care? [Text] / W. Savedoff // Health Affair. 2007. Vol. 26 (4). P. 962-970.
- 309. Sen, A. Poverty: an original approach to measurement [Text] / A. Sen // Econometrics, 1976, 81. P. 285-307.
- 310. Seol, D. The political economy of immigration in South Korea [Text] / D. Seol // In: Castles S., Ozkul D., Cubas M. (eds) Social Transformation and Migration, Diasporas, and Citizenship Series, Palgrave Macmillan. 2015. P. 63-70.
- 311. Sepulveda, J., Valdespino, J., Garcia-Garcia, L. Cholera in Mexico: the paradoxical benefits of the last pandemic [Text] / J. Sepulveda, J. Valdespino, L. Garcia-Garcia // International Journal of Infectious Diseases. 2006. Vol. 10. P. 4-13.
- 312. Smetana, K., Lacina, L., Szabo, P. Ageing as an important risk factor for cancer [Text] / K. Smetana, L. Lacina, P. Szabo // Anticancer Research. 2016. Vol. 36. P. 5009-5017.
- 313. Smith, A. An inquire into the nature and causes of wealth of nations [Text] / A. Smith // London, Methuen & Co., Ltd., 1776. 1081 p.
- 314. Stevens, B., Pezzullo, L., Verdian, L. The economic burden of hypertension, heart failure, myocardial infarction, and atrial fibrillation in Mexico [Text] / B. Stevens, L. Pezzullo, L. Verdian // Archivos de Cardiologia de Mexico. 2018. Vol. 88 (3). P. 241-244.

- 315. Suhrcke, M., Rocco, L., McKee, M. Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации [Text] / M. Suhrcke, L. Rocco, M. McKee // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. ВОЗ. 2008. 97 с.
- 316. Summers, L. Demand side secular stagnation [Text] / L. Summers // American Economic Review, Papers, and Proceedings. 2015. Vol. 105, (5). P. 60-65.
- 317. Teulings, C., Baldwin R. Secular stagnation: facts, causes and cures [Text] / C. Teulings, R. Baldwin // A VoxEU.org eBook, Centre for Economic Policy Research (CEPR). 2014. P. 35-56.
- 318. Thompson, W. «Population» [Text] / W. Thompson // American Sociological Review. 1929. Vol. 34 (6). P. 959-975.
- 319. Topus, S. The relationship between income inequality and economic growth: are transmission channels effective? [Text] / S. Topus // Social Indicators Research, 2022, 162. P. 1177-1231.
- 320. Townsend, P. Poverty in the United Kingdom [Text] / P. Townsend // University of California Press, 1979. 1216 p.
- 321. Tran, D., Palfrey, D., Welsh, R. The healthcare cost burden in adults with high risk for cardiovascular disease [Text] / D. Tran, D. Palfrey, R. Welsh // PharmacoEconomics Open. 2021. Vol. 5. P. 425–435.
- 322. Tsao, C., Aday, A., Almarzooq, Z. Heart disease and stroke statistics 2022 update: a report from the American Heart Association [Text] / C. Tsao, A. Aday, Z. Almarzooq // Circulation. 2022. Vol. 145. e153-e639.
- 323. Tulchinsky, T., Varavikova E. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: strategies for health system and public health reform in Russia [Text] / T. Tulchinsky, E. Varavikova // American Journal of Public Health. 1996. Vol. 86 (3). P. 313-320.

- 324. Tuppina, P., Rivierea, S., Rigault, A. Prevalence and economic burden of cardiovascular diseases in France in 2013 according to the national health insurance scheme database [Text] / P. Tuppina, S. Rivierea, A. Rigault // Archives of Cardiovascular Disease. 2016. Vol. 109. P. 399-411.
- 325. Uli, R., Satyana, R., Zomer, E. Health and productivity burden of coronary heart disease in the working Indonesian population using life-table modelling [Text] / R. Uli, R. Satyana, E. Zomer // BMJ Open. 2020. Vol. 10. P. 1-10.
- 326. United Nations, 1995. The Copenhagen Declaration and Program of Action: World Summit for Social Development [Text] / United Nations, 1995 // United Nations, New York, 1995. 2 p.
- 327. UN, 2003. World population 2003. [Text] / UN 2003 // https://www.un.population.org
- 328. UN, 2009. Completing the fertility transition [Text] / UN, 2009 // Population Bulletin of UN, Special Issue, 48-49. New York. 2009. 534 p. https://www.un.population.org
- 329. UN, 2010. World population prospects: the 2010 revision. New York. 2010. [Text] / UN, 2010 // https://www.un.population.org
- 330. United Nations, 2020. The World Social Report 2020: Inequality in a rapidly changing world [Text] / United Nations, 2020 // United Nations. 2020. 196 p.
- 331. United Nations, 2022. The Sustainable Development Goals Report [Text] / United Nations, 2022 // United Nations. New York. 2022. 68 p.
- 332. United Nations, Thailand, 2022. Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand [Text] / United Nations, Thailand, 2022 // WHO, UNDP, Ministry of Public Health of Thailand. 2022. 94 p.

- 333. UNDP, 2016. Shaping the future: how changing demographics can power human development [Text] / UNDP, 2016 // United Nations, New York: Asia-Pacific Development Report, 2016. 307 p.
- 334. UNDP, 2023. Global multidimensional poverty index 2023. Unstacking global poverty: data for high-impact action [Text] / UNDP, 2023 // UNDP. New York. 2023. 31 p.
- 335. UNFPA Annual Report 2015. For people, planet, and prosperity [Text] / UNFPA Annual Report 2015 // UNFPA. New York. 2015. 60 p.
- 336. UNFPA, 2016. Demographic dividend [Text] / UNFPA, 2016 // UNFPA. New York. 2014. https://www.unfpa.org
- 337. UNFPA, Annual Report 2021. Delivering on the transformative results [Text] / UNFPA Annual Report 2021 // UNFPA. New York. 2021. 20 p.
- 338. Vallin, J., Mesle F. Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition [Text] / J. Vallin, F. Mesle // Demographic Research. 2004. Vol. 10 (SUPPL. 2). P. 11–44.
- 339. Van de Kaa, D. Europe's second demographic transition [Text] / D. Van de Kaa // Population Bulletin. 1987. Vol. 42 (1). P. 1-59.
- 340. Van de Kaa, D. The idea of a second demographic transition in industrialized countries [Text] / D. Van de Kaa // Paper presented at the Sixth Welfare Policy Seminar of the National Institute of Population and Social Security, Tokyo, Japan. 29 January 2002. 34 p.
- 341. Vega-Solano, J., Madriz-Morales, K., Blanco-Metzler, A., Fernandes-Nilson E. Estimation of the economic benefits for the public health system related to salt reduction in Costa Rica [Text] / J. Vega-Solano, K. Madriz-Morales, A. Blanco-Metzler, E. Fernandes-Nilson // PLoS ONE. 2023. Vol. 18 (2). P. 1-13.

- 342. Voigt, K., King, N. Out of alignment? Limitations of the Global Burden of Disease in assessing the allocation of global health aid [Text] / K. Voigt, N. King // Public Health Ethics. 2017. Vol. 10. P. 244-256.
- 343. Wan, H., Goodkind, D., Kowal, P. An aging world: 2015 [Text] / H. Wan, D. Goodkind, P. Kowal // Washington, DC: U.S. Government Publishing Office. 2016. 23 p.
- 344. Weden, M., Brown, R. Historical and life course timing of the male mortality disadvantage in Europe: epidemiologic transitions, evolution, and behavior [Text] / M. Weden, R. Brown // Social Biology. 2006.- Vol. 53 (1-2). P. 61-80.
- 345. Weisfeldt, M., Zieman, S. Advances in the prevention and treatment of cardiovascular disease [Text] / M. Weisfeldt, S. Zieman // Health Affairs. 2007. Vol. 26 (1). P. 25-37.
- 346. White, M., Holman, D., Boehm, J. Age and cancer risk. A potentially modifiable relationship [Text] / M. White, D. Holman, J. Boehm // American Journal of Preventive Medicine. 2014. Vol. 46 (3). S7-17.
- 347. World Health Rankings, 2014-2023. [Text] / World Health Rankings 2014-2023 // https://www.worldhealthrankings.org
- 348. WHO, 1963. Second Report on the World Health Situation 1957-1960 [Text] / WHO, 1963 // WHO. Geneva. 1963. 330 p.
- 349. WHO, 1981. Global strategy for health for all by 2000 [Text] / WHO, 1981 // WHO. Geneva. 1981. 90 p.
- 350. WHO, 2002. Improving health outcomes of the poor [Text] / WHO, 2002 // Report of working group 5 of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO. Geneva. 2002. 175 p.

- 351. WHO Global Health Expenditure Database 2012-2023 [Text] / WHO Global Health Expenditure Database, 2012-2023 // https://www.who.org
- 352. WHO. World health statistics 2013-2022. [Text] / WHO. World health statistics 2013-2022 // https://www.who.org
- 353. WHO Country Health Profiles, 2015-2022. [Text] / WHO Country Health Profiles 2015-2022 // https://www.who.org
- 354. WHO, 2017. Tackling NCDs. Best Buys [Text] / WHO, 2017 // WHO. Sustainable Development Goals. Geneva. 2017. 28 p.
- 355. WHO, 2017. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Text] / WHO. World health statistics 2017 // WHO. Geneva. 2017. 48 p.
- 356. WHO/UNDP, 2017. Prevention and control of noncommunicable diseases in Kyrgyzstan. The case for investment [Text] / WHO/UNDP, 2017 // WHO/UNDP. 2017. 30 p.
- 357. WHO, 2018. Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases [Text] / WHO, 2018 // WHO. Geneva. 2018. 18 p.
- 358. WHO NCD Profile, Kyrgyzstan, 2020. [Text] / WHO NCD Profile, Kyrgyzstan // https://www.who.org
- 359. WHO, 2022. Health Systems in Action: Kyrgyzstan [Text] / WHO, 2022 // WHO. 2022. 24 p.
- 360. WHO, 2023. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Text] / WHO, 2023 // WHO. Geneva. 2023. 86 p.

- 361. Wietzke, F-B. Poverty, inequality, and fertility: the contribution of demographic change to global poverty reduction [Text] / F-B. Wietzke // Population and Development Review, 2020, 46 (1). P. 65-99.
- 362. Willekens, F. Demographic transitions in Europe and the world [Text] / F. Willekens // Max Planck Institute for Demographic Research (MPIDR). Working Paper 2014-004. March 2014. 32 p.
- 363. Williamson, J. Demographic dividends revisited [Text] / J. Williamson // Asian Development Review. 2013. Vol. 30 (2). P. 1–25.
- 364. Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K. European cardiovascular disease statistics [Text] / E. Wilkins, L. Wilson, K. Wickramasinghe // European Heart Network. Brussels. 2017. 192 p.
- 365. World Bank, 1980. World Development Report 1980. Poverty [Text] / World Bank, 1980 // World Bank, 1980. 178 p.
- 366. World Bank, 1993. World Development Report 1993. Investing in health [Text] / World Bank, 1993 // Oxford University Press. Washington, DC. 1993. 348 p.
- 367. World Bank, 2005. Growth, poverty, and inequality. Eastern Europe and the Former Soviet Union [Text] / World Bank, 2005 // World Bank. Washington, DC. 2005. 302 p.
- 368. World Bank, 2011. The Kyrgyz Republic: Growth, poverty, and inequality, 2005-2008 [Text] / World Bank, 2011 // Document of the World Bank. Washington, DC. 2011. 16 p.
- 369. World Bank Group, 2016. Global Monitoring Report 2015/2016: Development goals in an era of demographic change [Text] / World Bank Group, 2016 // Washington, DC. 2016. 307 p.

- 370. World Bank, 2019. Migration and remittances. Recent developments and outlook [Text] / World Bank, 2019 // Migration and development brief No. 31 (4). Global Knowledge Partnership on Migration and Development (KNOMAD), World Bank. 2019. 37 p.
- 371. World Bank, 2020, 2021. [Text] / World Bank, 2020 // https://data. worldbank.org/indicator
- 372. World Bank, 2022. World Development Report 2022: Finance for an equitable recovery [Text] / World Bank, 2022 // World Bank. Washington, DC. 2022. 258 p.
- 373. World Bank, 2022. Realizing the future of learning. From learning poverty to learning for everyone, everywhere [Text] / World Bank, 2022 // World Bank. Washington, DC. 2022. 72 p.
- 374. World Bank, 2022. Poverty and Shared Prosperity 2022: Correcting Course [Text] / World Bank, 2022 // World Bank. Washington, DC. 2022. 274 p.
- 375. World Bank, 2023. Gulf Economic Update. The health and economic burden of non-communicable diseases in the GCC [Text] / World Bank, 2023 // World Bank. 2023. 66 p.
- 376. World Bank, 2024. World Development Indicators [Text] / World Bank, 2011-2024 // https://data.worldbank.com/
- 377. World Cancer Research Fund International, 2013. [Text] / World Cancer Research Fund International // https://www.wcrf.org
- 378. World Economic Forum, 2023. Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare [Text] / World Economic Forum, 2023 // World Economic Forum. 2023. 56 p.
- 379. World Health Rankings, 2014-2023. [Text] / World Health Rankings 2014-2023 // https://www.worldhealthrankings.org

- 380. World Migration Report, 2024. [Text] / M. McAuliffe., L. Oucho (eds.) World Migration Report, 2024 // International Organization of Migration, Geneva, 2024. 384 p.
- 381. World Population Prospects. The 2010 revision [Text] / World Population Prospects // United Nations. New York. 2011. Vol. 1. 503 p.
- 382. Wright, E. Equality, community, and efficient distribution [Text] / E. Wright // Politics and Society, 1996, 24 (4). P. 353-367.
- 383. Zhao, Z., Kinfu, Y. Mortality transition in East Asia [Text] / S. Yusuf, Y. Kinfu // Asian Population Studies. 2005. Vol. 1 (1). P. 3-30.