

01.09.2014 г.

В.В. Юмагузин, М.В. Винник

Факторы смертности от внешних причин и пути ее снижения: опыт экспертного интервью

Институт демографии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва

V.V. Yumaguzin, M.V. Vinnik

Factors of mortality from external causes and ways to reduce it: experience of the expert interview

The Institute of Demography, National Research University «Higher School of Economics», Moscow

Резюме. Актуальность исследования определяется необходимостью снижения высокой по сравнению с развитыми странами смертностью от внешних причин и создания условий для роста ожидаемой продолжительности жизни в России. В статье проверяется рабочая гипотеза о том, что высокий уровень травматической смертности в России связан с поведенческими факторами риска.

Цель: на основании изучения мнений экспертов выявить факторы смертности от внешних причин и определить пути ее снижения.

Методы. Проведен экспертный опрос 18 специалистов, среди которых помимо демографов, были также социологи, статистики, медики, правоведы, общественные деятели.

Результаты. В статье приводится анализ проведенных экспертных интервью, в ходе которых были рассмотрены факторы высокой травматической смертности в трудоспособных возрастах, меры по ее предупреждению и сокращению, кроме того, были обсуждены также существующие приоритеты социально-демографической политики в области смертности от внешних причин, возможные сценарии динамики травматической смертности и ожидаемой продолжительности жизни в России.

Выводы. Рабочая гипотеза подтвердилась частично: высокая смертность от внешних причин смерти обусловлена как поведенческими, так и средовыми, и экономическими факторами риска. Поэтому важными задачами является как формирование самосохранительного, витального поведения, но также создание благоприятных физических и социальных условий труда, отдыха и поездок. Данные мероприятия должны сопровождаться увеличением финансирования программ профилактики травматизма, повышением уровня жизни населения в целом.

Ключевые слова. Смертность от внешних причин; ожидаемая продолжительность жизни; экспертное интервью.

Abstract. Relevance of the work is determined by the need to reduce high mortality from external causes, compared with the developed countries, and to create conditions for increasing life expectancy in Russia. The article tests the working hypothesis that a high level of traumatic mortality in Russia is associated with behavioral risk factors.

The aim of the study was to identify factors of mortality from external causes based on the study of expert opinions and develop ways to reduce it.

Methods. An expert interview of 18 experts was conducted. Besides demographers the interviewees also included sociologists, statisticians, doctors, lawyers, and community leaders.

Results. The article provides results of the analysis of the expert interviews. The interviews covered factors of high traumatic mortality in working age as well as measures for prevention and reduction; furthermore, the interviews also discussed the existing priorities of socio-demographic policy related to mortality from external causes, and possible scenarios of dynamics of mortality and life expectancy in Russia.

Conclusions. The working hypothesis was partially confirmed: high mortality from external causes is associated with behavioral, environmental and economic risk factors. Therefore, the crucial objectives include developing a self-protective, vital behavior as well as creating favorable physical and social conditions of work, leisure and travel.

These actions should be accompanied by increasing funding of programs on injury prevention and improving living standards of the population in general.

Keywords: mortality from external causes; life expectancy; expert interviews.

Актуальность, методы, гипотеза

В настоящее время одной из задач российской демографической политики является увеличение численности населения. Однако основное внимание по достижению этой цели направлено не столько на сокращение смертности, сколько на повышение рождаемости. Целесообразность такой политики вызывает сомнения, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, исследования, подтверждающие возможность увеличения уровня рождаемости отсутствуют, наоборот, демографы доказывают, что уровень рождаемости почти не отличается от наблюдаемых уровней в развитых странах [1, 2]. Во-вторых, при высоком уровне смертности намерения правительства в повышении рождаемости как минимум лишены смысла, как максимум являются антигуманными. Вместе с тем вопросы высокой смертности не получают должного внимания. В 2013 г. ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в России по предварительным данным составляла 65,1 года у мужчин и 76,3 года у женщин [4]. В странах ЕС-27 в 2012 г. соответствующие значения были на 12,4 и 6,8 года выше, и составили 77,5 и 83,1 года соответственно [10]. Одна из главных причин низкой по сравнению с развитыми странами ожидаемой продолжительности жизни в России заключается в высоком уровне смертности от внешних причин [9]. Вклад смертности от внешних причин в разницу ОПЖ России и европейских стран прочно удерживает второе место и ниже только вклада смертности от болезней системы кровообращения, однако в трудоспособных возрастах вклад внешних причин часто оказывается лидирующим. К 2025 г. в России ставится ориентир в достижении ожидаемой продолжительности жизни равной 75 годам для обоих полов. Прирост в 5 лет следовало бы считать намерением правительства добиться существенного снижения смертности, если бы не тот факт, что такую же ОПЖ (75 лет) уже в 2010 г. имели Оман, Эквадор, Сирия, Вьетнам [11]. Ожидаемая продолжительность жизни в Швеции, Германии, Великобритании, Франции, Испании и других стран в 2010 г. превысила 80-летний рубеж. Ожидается, что к 2025 г. ОПЖ развитых и развивающихся стран продолжит расти, а значит, отставание России от этих стран сохранится. Более того, оно будет нарастать, если не решать вопросы высокой смертности, в первую очередь от внешних причин.

Внешние причины нельзя недооценивать еще и потому, что они приводят не только к смерти, но также к инвалидности. По оценкам ВОЗ, на каждый случай смерти в Европейском

регионе, приходится 30 госпитализаций, 300 обращений в отделение неотложной помощи и тысячи обращений за помощью к врачам общего профиля или попыток самолечения [6].

Помимо работы с демографическими и статистическими данными и показателями важно уметь получать информацию о смертности с помощью других методов, например, социологических. Так, с целью определения основных причин и способов сокращения травматической смертностиⁱ, в конце 2012 – начале 2013 года Сектором социальных проблем здоровья Института социологии Российской академии наук было проведено 12 полуформализованных личных интервью на тему «Роль внешних причин в снижении смертности». В силу того, что с экспертами, работающими в таких ведомствах, как МВД, Росстат трудно было встретиться лично, их ответы были получены в письменном виде (6 письменных ответов экспертов на вопросы). В исследовании приняли участие демографы, медики, статистики, социологи, правоведы, общественные деятели и др. (всего 18 человек). В ходе исследования были обсуждены факторы травматической смертности в России, роль самосохранительного, витального поведения в снижении смертности от внешних причин, а также демографическая политика в области охраны здоровья и снижения смертности от внешних причин в стране.

Рабочая гипотеза заключалась в том, что высокий уровень травматической смертности в России связан с недостаточно развитым самосохранительным, витальным поведением у населения.

Можно ли снизить смертность от внешних причин?

Существуют такие понятия как «преждевременная» и «предотвратимая смертность». Как они соотносятся между собой, и к какой из них следует отнести смертность от внешних причин? Эксперт-демограф Центра демографических исследований Российской экономической школы (ЦДИ РЭШ) (4)ⁱⁱ озвучил мнение J. Vaupel, который считал, что «каждая смерть преждевременна». Мнение другого видного демографа, N. Keyfitz, привел один из экспертов-демографов Института демографии НИУ ВШЭ (ИДЕМ НИУ ВШЭ) (2): «Всякая смерть преждевременна, пока есть человек, который дожил до следующего возраста; только тот человек, который дожил до самого последнего возраста, умер не преждевременно». То есть к преждевременной смерти можно отнести все причины смерти. Оценки преждевременной смертности субъективны и зависят от выбираемого предельного возраста, ранее которого смерть будет считаться преждевременной. К примеру, к таким смертям можно отнести «смерть от болезней системы кровообращения в возрасте до 65 лет» (4), «смерти ниже биологического предела, как правило, сейчас это считается 85 лет» (6). К предотвратимой, или устранимой, смертности относятся смерти, которые могут быть предотвращены силами современной медицины, с помощью усилий социальных институтов. Поэтому выделение таких причин «позволяет оценивать деятельность структур, которые отвечают за здоровье и смертность населения» (2). Оценка предотвратимой смертности более объективна: «список этих причин четко сформулирован, и они классифицированы по степени предотвратимости», считает эксперт-демограф Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации (ЦНИИОИЗ) (6). К этой группе причин эксперты полностью или почти полностью относят и внешние причины. По мнению эксперта из ЦДИ РЭШ (4), убийства и случайные несчастные случаи могут быть предотвратимы, но не транспортные несчастные случаи и самоубийства. «Пока нет идеальных самолетов, идеальных автомобилей – и всюду умирают от транспортных несчастных случаев», также «есть разные культуры, в каких-то самоубийство считается допустимым» (4). Поэтому эксперт считает, что в целом «смертность от внешних причин сложно предотвратить». Сравнивая же степень ограничения воздействия факторов смертности от внешних причин в России и в развитых, а также многих развивающихся

странах, стоит отметить, что в нашей стране мы еще не добились должного контроля над этими факторами риска, поэтому уровень травматической смертности в России существенно выше.

Смертность в трудоспособных возрастах

Алкоголь как фактор преждевременной смерти

Отличительной особенностью России является высокая смертность в трудоспособных возрастах, особенно у мужчин. Она связана с несколькими причинами. Среди факторов риска эксперты называют неготовность к социально-экономическим переменам, низкую ценность здоровья по шкале ценностей, которая выражается в рисковом, неосмотрительном поведении, в т.ч. нарушении ПДД, несоблюдении правил безопасности труда на производстве, употреблении наркотических веществ и особенно алкоголя. Одни говорят об «употреблении крепкого алкоголя в больших количествах одномоментно» (3), такое потребление относится к «северному типу» алкогольного потребления, другие говорят о том, что «умирают от несмертельных доз, но поскольку они много пьют, то накапливают огромное количество патологий» (7).

При выявлении роли алкоголя на смертность необходимо учитывать его влияние на другие причины смерти. То есть алкоголь является как причиной алкогольных отравлений, так и ключевым фактором риска всех остальных внешних причин смерти - убийств, самоубийств, транспортных несчастных случаев, падений и др., а также причин смерти других классов – болезней системы кровообращения, болезней пищеварительной системы и других. По данным эксперта-медика из Московского НИИ психиатрии Министерства здравоохранения РФ (МНИИП) (7), корреляция между смертностью от алкогольных отравлений и общей смертностью составляет 0,8 и более. В связи с этим почти все респонденты говорят о необходимости смены типа потребления – перехода от крепких алкогольных напитков к слабоалкогольным. Этому противостоит мнение социолога, сотрудника Центра социального предпринимательства и социальных инноваций НИУ ВШЭ (ЦСПСИ НИУ ВШЭ), которая считает, что «это все обман, почему нам вообще не пропагандировать здоровый образ жизни, почему необходимо добиваться, чтобы один вредный продукт заменять другим?» (8), эксперт из средней общеобразовательной школы (СОШ) также говорит о проблеме пивного алкоголизма среди молодежи (18). Эксперт из МНИИП оппонирует и отмечает, что «люди никогда не будут совершенны психологически, а значит, всегда будут невротические расстройства, недовольства, неприятности, какие-то люди будут стремиться выпить – это неотвратимо. Вопрос состоит в том, что государству необходимо минимизировать последствия при злоупотреблении алкоголем» (7). Потребление слабоалкогольных напитков позволяет организму быстрее справиться с поступающими в него токсичными ядами, кроме того, алкогольное опьянение от таких напитков бывает слабым, а значит, риск получить травму или отравиться снижается. Эксперт также говорит, что результаты проведенных под его руководством исследований указывают на не соответствующие реальности и завышенные представления о распространенности пивного алкоголизма. Призыв к смене типа потребления алкоголя был озвучен еще в 1982 г. Всемирной организацией здравоохранения. Если не учитывать африканские страны, то Россия – единственная страна, где этот призыв не был услышан. Причина «своего пути» России заключается в большом влиянии водочного лобби (7), из-за которого в обществе бытуют представления о «чистой» водке и «химическом» пиве и другие мифы; по этой же причине «мы видим ограничения на пиво», добавляет другой эксперт из ИДЕМ НИУ ВШЭ (2). В целом группа экспертов, поддерживающая идею о смене типа алкогольного потребления, пропаганду здорового образа жизни также считает важной.

Эксперт из ЦДИ РЭШ приводит пример скандинавских стран как успешно сменивших северный тип потребления алкоголя благодаря тому, что еще в XIX в. «были приняты драконовские меры по борьбе с пьянством, которые существуют в некотором смысле до сих пор» (4). С другой стороны, есть пример Германии, где, по словам того же эксперта, продажа алкоголя кроме возрастного ограничения не имеет ни жесткого ценового, ни территориального, ни временного ограничения. Все это, вероятно, свидетельствует об историзме, об определенном сложившемся отношении в употреблении крепких алкогольных напитков в России. А значит изменение типа потребления в России, как и в скандинавских странах, возможно при проведении грамотной алкогольной политики.

Важно заметить, что алкогольная политика должна быть направлена в первую очередь на ограничение спроса, а не предложения. Это означает, что принимаемые меры должны иметь, прежде всего, профилактическую направленность. Тогда и необходимость ограничительных мер будет не такой важной, а те меры, которые будут проводиться, будут находить отклик и поддержку широких слоев населения. Если же принимать только запретительные меры, то в этом случае высок риск того, что алкогольная политика окажется краткосрочной ввиду ее неприятия населением и как следствие начала незаконного производства и импорта алкоголя, как это было в период антиалкогольной кампании 1985-1987 гг.

Гендерный аспект в смертности от внешних причин

Эксперты отмечают, что отношение к здоровью различается не только между странами, но и по полу – уровень травматической смертности у мужчин выше, чем у женщин, что обусловлено различными факторами: занятость мужчин больше сопряжена с производственным, транспортным травматизмом, однако не меньшую роль играет отношение мужчин к собственному здоровью. Эксперт-демограф из ИДЕМ НИУ ВШЭ привела пример ряда исследований, которые показывали, что мужчины часто недооценивают состояние своего здоровья. Так, несмотря на низкую ожидаемую продолжительность жизни, «на вопрос «Как вы оцениваете свое здоровье?» мужчины при ответах оценивают свое здоровье выше, женщины более скромны в оценках своего здоровья» (3). Пренебрежительное отношение к собственному здоровью помимо прочего может быть связано с социальными факторами, в т.ч. неправильным пониманием мужской роли, согласно которой забота о здоровье и жизни может ассоциироваться с проявлением женственности. Эксперт-социолог из Института сравнительных исследований трудовых отношений (ИСИТО) считает, что в России примеры успешной маскулинности довольно ограничены: «успешная маскулинность – это материальная компетентность или профессиональное признание и уважение», если мужчина этого не достигает, «тогда все, что остается, это отталкиваться от женского» (10). Вместе с тем маскулинность, которая строится лишь на противопоставлении фемининности, затрудняет восприятие новых гендерных ролей и смену поведения. Эта проблема успешно решена в тех же скандинавских странах, где «мужчины могут реализовать себя через семейные практики, позволяющие расширить их базу идентичности» (10). Таким образом, одним из решений снижения мужской сверхсмертности могло бы стать воспитание мальчиков в духе гендерного равенства, которое в отличие от патриархальной системы не навязывает жесткие роли и идентичности.

Повышение уровня жизни как одно из условий снижения смертности от внешних причин

Среди причин высокой травматической смертности в России экспертами также отмечены низкий уровень жизни в нашей стране. При важности самосохранительного поведения оно не может быть развито без удовлетворения базовых потребностей человека в питании, жилье и др. «Какое самосохранительное поведение, когда бедные люди не имеют

возможности ни заниматься гигиеной, ни питаться хорошо?»), - вопрошает эксперт из МНИИП (7). В условиях бедности и нищеты здоровье перестает быть целью, и люди начинают использовать здоровье как инструмент для достижения более высоких целей – денег, кому-то чтобы выжить, кому-то, чтобы приобрести автомобиль, квартиру. Поэтому одной из важнейших задач с целью снижения смертности, в т. ч. травматической, помимо развития самосохранительного поведения является создание условий для достижения достойного уровня жизни.

Таким образом, культура в отношении потребления алкоголя в России, а также в целом рискованного поведения отчасти связана как с низкой ценностью жизни и здоровья человека (1, 2, 9), так и с низким уровнем жизни большинства населения в нашей стране (6, 7, 18), отсутствием социальной среды с возможностью выбора и достижения достойных условий жизни (2, 10).

Предупреждение и предотвращение смертности от внешних причин

Роль государственных, общественных и научных учреждений в снижении смертности

Профилактикой травматизма и насилия должны заниматься различные ведомства и организации, в задачи которых входит как формирование витального поведения у населения, так и создание безопасных условий труда, отдыха и поездок. Среди основных государственных учреждений эксперты выделяют такие, как Министерство здравоохранения, Министерство внутренних дел, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Министерство промышленности и торговли, Министерство образования и науки, Федеральное дорожное агентство, Министерство по физической культуре, спорту и молодежной политике. Федеральная служба наркоконтроля, а также муниципальные службы и др. Даже борьбой с транспортными несчастными случаями занимается не только МВД. Так, среди ответственных в ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 - 2012 годах» помимо Министерства внутренних дел указаны Министерство здравоохранения, Министерство образования и науки, Министерство по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Министерство транспорта, Федеральное дорожное агентство. Однако эксперты считают, что разделение ответственности нередко снижает результативность выполнения мероприятий. «Это государственная политика... тут раскладка на министерства не поможет» (7). Здесь, как и во многих других случаях, «для повышения эффективности комплекса работы должен быть один отвечающий» (17).

С этой точки зрения мнения экспертов имеют много общего с рекомендациями ВОЗ. Действительно, ввиду большого числа внешних воздействий и факторов риска, которые могут привести к ранней смерти, сложно выделить только одно ведомство, которое отвечало бы за снижение смертности от внешних причин. Вместе с тем в докладах ВОЗ отмечается, что «главную роль в этой работе должен играть сектор здравоохранения – медико-санитарная помощь и общественное здравоохранение, причем не только в предоставлении помощи и поддержки жертвам, но и в применении к решению проблем насилия и травматизма уникальных моделей общественного здравоохранения» [7]. Министерство здравоохранения должно быть координатором усилий, направленных не только на снижение травматизма, но и насилия. В то же время в России профилактика насилия находится, прежде всего, в ведении Министерства внутренних дел, что ввиду слабого взаимодействия между ведомствами снижает эффективность борьбы с внешними причинами смерти.

По мнению эксперта-демографа из Института социально-политических исследований РАН (ИСПИ РАН), государственные решения должны приниматься на нескольких уровнях – федеральном, региональном, муниципальном. На федеральном уровне должны решаться

вопросы повышения уровня жизни, совершенствования законодательства. На региональном и муниципальном уровне должны приниматься решения и проводиться мероприятия, учитывающие специфику территорий (5). Эксперт из ЦДИ РЭШ говорит о важности оценки эффективности мероприятий: «государству надо ставить цели и проводить их, причем выбирать важные, четкие и контролируемые цели» (4).

Роль общественных организаций эксперты видят неоднозначной. С одной стороны, есть организации, которые успешно занимаются, например, вопросами безопасности на дороге, предотвращением насилия в семье. С другой стороны, некоторые эксперты относятся к действиям части или всех общественных организаций критически. Так, например, эксперт из Общественной организации «Движение без опасности» считает, что не все общественные организации обладают необходимыми знаниями в той области, в которой они занимаются (17). Сотрудник ЦДИ РЭШ привел пример работы общественных организаций в Германии, где они, к примеру, «не пытаются учить, как отремонтировать дорогу, а пытаются воздействовать на избирателей при выборах следующего бургомистра» (4). По сути, это означает признание того, что вопросы снижения смертности сложны, и заниматься ими должны профессионалы.

Среди учреждений, которые занимаются проблемами смертности, в том числе травматической, респонденты называли Институт демографии НИУ ВШЭ, Центр демографических исследований РЭШ, Центр народонаселения МГУ, Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения РФ, Институт социологии РАН, Институт социально-политических исследований РАН, Росстат и др. Однако, несмотря на большую значимость вопросов травматической смертности для России, признавалось, что возможности влияния этих центров на социально-демографическую политику страны недостаточны ввиду отсутствия заинтересованности в данной проблеме властей. По мнению самих экспертов, в настоящее время есть отдельные эксперты, но экспертное сообщество как таковое отсутствует или слабо развито. О его необходимости говорили все опрошенные респонденты. В то же время формирование и развитие экспертного сообщества также невозможно без спроса со стороны государства, а выявление и реализация приоритетных направлений – без активного их взаимодействия. Эксперт из ЦДИ РЭШ привел на этот счет слова J. Vallin (4): «эксперт-демограф может поставить цель, а эксперт-политик знает, как ее реализовать». Некоторые респонденты при обсуждении вопроса об экспертном сообществе указывают на проблему кадров: «поступления молодых кадров с 1990-х годов, по сути дела, нет» (5). Представляется, что открытие в 2009 г. магистерской программы «Демография» в НИУ ВШЭ позволит изменить ситуацию в данной области.

Государственные программы и приоритеты в области снижения смертности

Сотрудник ЦДИ РЭШ считает, что «мы в некоторых вопросах политики здоровья отстали уже навсегда» (4). Он поясняет, что проводя политику по снижению смертности, государство должно учитывать разнородность общества по слоям, группам. Так, например, в развитых странах рост ожидаемой продолжительности жизни происходит во всех слоях одновременно, однако разница между ожидаемой продолжительности жизни самой передовой группы и ожидаемой продолжительности жизни отстающей группы сохраняется. Причем если снижение смертности в передовой группе происходит без помощи государства, потому что эта группа может «сама о себе позаботиться - у них есть деньги, знания, культура», то забота о проблемной группе «ложится на государство». Поэтому рост ожидаемой продолжительности жизни в целом невозможен без учета этой группы с высоким уровнем смертности, особенно травматической. В России общество также неоднородно, поэтому необходимы исследования для выявления этих групп, чтобы действия государственной политики были целенаправленными и адресными. Важно знать какие это

группы по полу, возрасту, образованию, брачному положению, на какой территории проживают и т.д. Вместе с тем спрос на исследования крайне низкий. С другой стороны, эксперт из Росстата отмечает, что «такую информацию можно получить на основе обследования домашних хозяйств, условий жизни населения, переписей. С 2010 г. в системе статистики реализуется целая система обследований населения, но научное сообщество практически не занимается анализом этих данных, а проводит свои мелкомасштабные исследования. Обследования Росстата репрезентативные и материал огромный, на сайте Росстата доступны базы микроданных этих обследований» (16).

В целом же дефицит исследований приводит к тому, что существующая политика имеет недостаточно обоснованные цели. В то же время эксперт из Московского НИИ психиатрии привел пример Швеции, где ежегодно издаются отчеты о состоянии алкогольных проблем в стране «с разложением по регионам, городам и даже деревням», «у нас ни разу не было государственного отчета о состоянии алкогольных проблем в стране» (7), сотрудник ИДЕМ НИУ ВШЭ отметил ситуацию в развитых странах, где есть «институты, занимающиеся вопросами ДТП» (1) и др. В России этого нет; отсюда недостаточное понимание проблемы, путей решения, вообще целевой аудиторией и групп риска.

В постсоветской России тема смертности начала подниматься только с начала 2000-х гг., хотя, по словам эксперта из Росстата (16), ведомство готовило аналитические доклады в Правительство с 1993 г. и выступило с предложением Министерству социального развития и Министерству здравоохранения представить национальный доклад «О демографической ситуации в стране» для Президента. Все это способствовало тому, что Министерство социального развития, ответственное за демографическую политику в стране, начало подготовку «Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года», которая была принята в 2001 г., правда, уже в 2007 г. ее заменила новая «Концепция демографической политики России на период до 2025 года». В 2003 г. была утверждена «Концепция охраны здоровья здоровых в Российской Федерации», которая определяла основные направления деятельности в области охраны здоровья здорового человека, и где впервые в значении, приближенном к «современному», упоминались центры здоровья. Во второй половине 2000-х гг. приняты Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 - 2012 годах», а также Национальный приоритетный проект «Здоровье». В 2008 г. одобрена «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года».

«Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года» одобрена в 2009 г. В этом же году была создана сеть центров здоровья, основными целями деятельности которых были формирование здорового образа жизни, а также сокращение потребления алкоголя и табака. В 2011 г. принята «Стратегия социально-экономического развития Центрального федерального округа до 2020 года», в 2012 г. – «Концепция федеральной целевой программы «Создание системы обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112» в Российской Федерации на 2012 - 2017 годы». «Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» не получила своего завершения. Вместо нее в конце 2012 г., принята Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации».

Однако, по словам некоторых экспертов, проблемы высокой смертности от внешних причин в данных документах нашли недостаточное отражение. К примеру, в Концепции демографической политики России на период до 2025 года внимание к внешним причинам не соответствует демографическим потерям от этих причин. Внешние причины смерти «это

одна из главных групп причин, которые могут конкурировать только с сердечно-сосудистыми болезнями» (1), и почти нигде нет таких острых проблем, как в России.

Более того, согласно указу Президента РФ «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации», подписанному в 2012 г., показатель смертности от внешних причин не был включен в Перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти [3], хотя в борьбе со смертностью от этих причин от чиновников зависит многое.

Как отмечают эксперты, выбор приоритетов ограничен и недостаточно ясен. Например, о других причинах - убийствах, самоубийствах, дорожных несчастных случаях и других – в документах не говорится. Это может быть объяснено, как уже отмечалось, низкой заинтересованностью правительства в исследованиях вопросов травматической смертности и отдельных причин в связи с тем, что у государства сейчас другие интересы: «государство сейчас занимается обслуживанием элитной группы, которая его возглавляет» (10). Кроме того, смещение приоритетов может быть осознанным: «Бороться с ДТП – это по-европейски» (6). Относительно демографической политики в целом некоторые эксперты считают, что правительство уделяет несравнимо больше внимания проблемам рождаемости, чем смертности.

Большинство экспертов признают, что поскольку травматическая смертность в России остается на высоком уровне, демографическую политику в области снижения смертности от внешних причин нельзя назвать эффективной. В то же время увеличение ожидаемой продолжительности жизни и снижение *чисел умерших* от травматической смертности в последние годы, по мнению эксперта из Института социально-политических исследований РАН (5), есть результат модернизации здравоохранения и в целом работы правительства, однако и эти показатели - это возврат к тем показателям, которые уже когда-то были достигнуты.

Эффективность запретительных мер

Часто правительство в борьбе с травматической смертностью выбирает принятие запретительных мер и мер, повышающих ответственность. Среди базовых и необходимых запретов экспертами были названы, например, запрет на продажу алкоголя детям, запрет проезда на красный цвет, запрет на нелегальную продажу оружия. В целом эксперты отмечают, что определенные меры необходимы, однако они «не должны доходить до абсурда», считает эксперт из Института социологии РАН (ИС РАН) (9). Стоит отметить, что некоторая часть опрошенных экспертов признает низкую эффективность запретов, они «не всегда «работают» (11), «строгость российских законов по-прежнему смягчается необязательностью их исполнения и гражданами, и чиновниками» (3). Причины – в отсутствии неотвратимости наказания, в коррупции, несоблюдении законов, в т. ч. чиновниками самого высокого ранга. Кроме того, было отмечено, что «запретительные меры в России действуют только на социально адаптированное население» (6), то есть причина нарушений заключается также в низком уровне жизни населения. Относительно эффективности таких мер один из сотрудников ИДЕМ НИУ ВШЭ говорит, что не стоит делить меры на запрещающие и разрешающие: «меры должны быть разумными» (2), и только тогда можно оценивать их эффективность. Один из экспертов Всероссийского НИИ Министерства внутренних дел РФ (ВНИИ МВД) считает, что «эффективность определяется правосознанием и законопослушностью граждан, отношением к «цене» жизни» (13). В целях повышения эффективности запретительных мер, эксперты называли необходимость пропаганды здорового образа жизни, проведение мер социального характера, правовое воспитание, установление камер видеонаблюдения.

Формирование самосохранительного поведения

По данным ВОЗ, в целом, независимо от причины смерти, 20% здоровья человека обусловлено наследственно-биологическими факторами, 10% - системой здравоохранения, 20% - состоянием экологической ситуации и 50% - тем образом жизни, который ведет человек: питанием, тем, как человек отдыхает, подверженностью вредным привычкам, и в первую очередь, табакокурению и злоупотреблению алкоголем [5]. В отношении внешних причин опрошенные эксперты также отводят одну из главных ролей первичной профилактике, которая состоит из комплекса мер по пропаганде здорового образа жизни и самосохранительного поведения, мер по соблюдению техники безопасности. «Самая массивная компонента предотвратимой смертности особенно в России – это как раз первичная профилактика, потому что туда полностью входят травмы» (6), «есть некий набор мер индивидуальной безопасности, который человеку необходимо соблюдать» (4). По мнению экспертов, осведомленность и информированность, может изменить поведение людей. В разъяснительной работе необходимо учесть такие элементы, как сведения об основных нормах права и нормах морали; положения о правовой культуре и правовом воспитании; курс самообороны (14), информирование населения о причинах и последствиях (16, 17). Эксперт-социолог из ИС РАН считает, что в профилактических программах «необходимость быть здоровым должна быть увязана с успешностью жизни в целом» (9).

Политика по формированию самосохранительного поведения может быть ориентирована как на все общество в целом, так и на определенные социальные группы (по полу и возрасту, по степени риска). Мнения экспертов по этому поводу разделились, и однозначного ответа не последовало. Одни считали, что такая политика должна быть направлена на все общество, другие – на ее часть, третьи – и на общество, и на отдельные группы: «политика должна быть направленной на все общество, но программы должны быть дифференцированными» (18), «дифференцированно на общество, социальные группы, личность» (15). Однако эксперты признают, что политика по развитию самосохранительного поведения должна вестись постоянно - в семье, в школе, в трудовых коллективах, в обществе в целом, большую роль в этом деле играют СМИ, церковь. «Это должно быть ежедневной деятельностью и общества, и государства», отмечает эксперт-социолог из ЦСПСИ НИУ ВШЭ (8).

Эксперты, отмечая важность первичной профилактики, говорили о необходимости ее проведения с дошкольного возраста, поскольку «общество – это замкнутый круг... у детей есть родители, но и сами дети тоже станут родителями», отмечает эксперт из ЦСПСИ НИУ ВШЭ (8). О важности заботы о человеческой жизни с самого раннего детства говорит также эксперт из общественной организации «Движение без опасности»: «Если бы с рождения, а так и надо, забирая ребенка из роддома, вы будете возить его в автокресле, то вероятность того, что он не будут использовать ремни безопасности, когда сам станет водителем или пассажиром, очень маленькая» (17).

Один из экспертов ВНИИ МВД считает, что отдельного курса по самосохранительному поведению вводить не нужно, поскольку «в рамках школьной программы уже есть курс ОБЖ, в программах высших учебных заведений есть курс «Основы обеспечения безопасности личности» (12). Действительно, в настоящее время некоторые вопросы самосохранительного поведения рассматриваются в школах на уроках биологии, ОБЖ, обществознания, физической культуры. Однако высокий уровень травматической смертности в ранних возрастах показывает, что этого недостаточно. Т.е. само наличие курсов в школе и университетах не может гарантировать изменения текущего положения, которое заключается в том, что дети оказываются не готовыми к вызовам современной жизни: «детей надо подготавливать к взрослой жизни, чтобы они могли понимать, как надо правильно себя вести, как надо жить» (8), «школа не обеспечивает достаточного иммунитета детей» (1).

Эксперт-социолог из ИСИТО признает, что «введением предметов нельзя ограничиваться, должна быть изменена общая культура» (10). Эксперты также указывают на важность грамотной методики преподавания, которая, с одной стороны, была бы ориентирована на современную жизнь, с другой стороны, позволила бы привлечь интерес слушателей. «Вопрос в том, что будет в этом курсе по самосохранительному поведению, в каком объеме, кто его будет разрабатывать, как и кем он будет преподаваться и т.д.» (17). Для повышения мотивации учащихся эксперты предлагают проводить занятия не на территории школы, а например, в университетских лабораториях (18), автомобильных городках (17). При этом как говорит эксперт из СОШ, «для ребенка важен положительный пример: добиться успеха будет сложно, если в школе ребенка учат одному, а дома он видит другое» (18), т.е. обучение самосохранительному поведению в школе должно находить поддержку в семье.

Все эти профилактические мероприятия требуют адекватных финансовых затрат, без которых добиться успехов невозможно. Сейчас же финансирование подобных мероприятий и в целом системы здравоохранения крайне низкое.

Эксперты отмечают, что кроме формирования, развития и внедрения самосохранительного поведения среди населения важным является создание безопасной среды труда, отдыха и передвижения. При этом, например, о работе ГИБДД, которая должна быть направлена на предотвращение смертности от ДТП, многие эксперты отзываются крайне негативно.

О возможной динамике травматической смертности

Мнение экспертов относительно прогнозов динамики смертности от внешних причин не было единым. Респонденты указывают, что предопределяющим является социальное развитие, от которого будет зависеть дальнейшая динамика травматической смертности (2, 9, 10).

Большая часть опрошенных экспертов с осторожностью, но все же ожидает снижения смертности. Однако эксперты признают, что темпы снижения в этом случае будут не такими высокими, какими они были в последние 5-7 лет. Эксперты связывают снижение смертности с несколькими факторами. Одни считают, что отставание российского уровня травматической смертности от показателей западноевропейских и даже восточноевропейских стран настолько велико, что смертность не может не снизиться (1). Другие ожидают дальнейшего распространения европейской модели поведения – более безопасного во всех смыслах – в отношении употребления алкоголя и продуктов питания, соблюдения законов, в т. ч. правил дорожного движения, заботы о здоровье в целом (4, 9, 15). Эксперт из ИС РАН, говоря о недавних исследованиях среди студентов, приводит результаты, которые свидетельствуют о позитивных сдвигах в сознании российской и белорусской молодежи в отношении здоровья: «40% юношей и 28% девушек занимаются здоровьем не потому, что у них что-то болит, а чтобы быть здоровее и сильнее» (9).

Наконец, часть экспертов считает, что возможно повышение смертности. Свои предположения они обуславливают, во-первых, той колебательной динамикой, которая была характерна для российской смертности на протяжении последних десятилетий. По их мнению, сейчас темпы снижения уровня смертности сокращаются, и она выходит на «плато», после которого может наблюдаться увеличение смертности (7). Именно в связи с этим колебательным движением смертности прогноз первой группы экспертов осторожный или умеренно-оптимистический. Во-вторых, эксперты в настоящее время не видят развития социально-экономической сферы (13). Это в свою очередь может повлиять на поведение верхнего слоя общества, который имеет низкий уровень смертности и высокий уровень ожидаемой продолжительности жизни. Если этот слой начнет «размываться», например, в случае эмиграции, то возможно увеличение смертности и снижение ожидаемой

продолжительности жизни. В случае же, если этот слой сохранится, то «за ним будут подтягиваться остальные» (4).

Выводы

Таким образом, гипотеза, поставленная в начале исследования, подтвердилась частично. По мнению экспертов, высокая смертность от внешних причин обусловлена как поведенческими факторами риска, так и средовыми факторами риска. При этом действие этих факторов в России усугубляется низкой ценностью здоровья на шкале ценностей российского общества и экономическими ограничениями, проявляющимися в недостаточном финансировании программ профилактики и снижения травматизма, уровне бедности и неравенстве в доходах.

Профилактика поведенческих факторов риска должна включать меры по формированию самосохранительного поведения у населения (в т.ч. пропаганда здорового образа жизни, профилактика рискованного, агрессивного поведения, соблюдение техники безопасности, воспитание детей в духе гендерного равенства), проведение алкогольной политики (в т.ч. переориентирование употребления спиртных напитков от крепких алкогольных напитков к слабоалкогольным) и др.

Непременными условиями снижения травматической смертности являются организация безопасных условий труда, отдыха, передвижений, развитие инфраструктуры, создание социальной среды с возможностью выбора и достижения достойных условий жизни, а также социально-экономическое и культурное развитие в целом.

Необходимо дальнейшее проведение исследований в области здоровья и смертности: выявление групп с рискованным поведением, поиск эффективных мер по снижению травматической смертности, разработка грамотной социально-демографической политики с измеримыми результатами – все это возможно только при условии реальной заинтересованности государства в увеличении ожидаемой продолжительности жизни населения.

Список литературы:

1. Вишневецкий А.Г. Демографический прорыв или движение по кругу? Ч. I. Демоскоп Weekly 2012; № 533-534. [Интернет]. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0533/tema01.php> (Дата обращения 18.04.2014).
2. Захаров С.В. Рождаемость в России: первый и второй демографический переход. Демографическая модернизация, частная жизнь и идентичность в России. Тезисы докладов. Москва. 2002. [Интернет]. URL: http://demoscope.ru/weekly/knigi/konfer/konfer_08.html (Дата обращения 18.04.2014).
3. Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации: указ Президента РФ от 21 августа 2012 г. N 1199. [Интернет]. URL: <http://base.garant.ru/70217848/> (Дата обращения 18.04.2014).
4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Росстат. [Интернет]. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo26.xls (Дата обращения 18.04.2014).
5. Организация и функционирование центров здоровья. Учебное пособие. Москва: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет», 2010. 60 с.
6. Предупреждение травматизма в Европе: от международного сотрудничества к реализации на местах. ВОЗ, 2010. [Интернет]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/114159/E93567r.pdf (Дата обращения 18.04.2014).

7. Предупреждение травматизма и насилия: методическое руководство для министерств здравоохранения. ВОЗ. 2007. [Интернет]. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244595251_rus.pdf (Дата обращения 18.04.2014).

8. Травматизм и насилие в Европе. В чем важность этой проблемы и что можно сделать. Резюме. ВОЗ. 2006. [Интернет]. URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98405/E87321R.pdf (Дата обращения 18.04.2014).

9. Юмагузин В.В., Винник М.В. Оценка вклада внешних причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни в России в 1990-2010 гг. *Социальные аспекты здоровья населения* [электронный научный журнал] 2012; 28(6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/445/30/lang,ru/> (Дата обращения: 18.04.2014).

10. Life Table. Eurostat Database [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 18]. Available from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlifetable&lang=en

11. World Population Prospects: The 2012 Revision, Population Division, Department of Economic and Social Affairs United Nations. [Internet] [cited 2013 Aug 3]. Available from: <http://esa.un.org/wpp/>

References

1. Vishnevskiy A.G. Demographic breakthrough or movement in a circle? P.1. *Demoscope Weekly*, 2012. 533-534. [Internet] [cited 2014 Apr 18]. Available from: URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0533/tema01.php>. (In Russian).

2. Zakharov S.V. Birth rate in Russia: the first and second demographic transition. The demographic modernization, privacy and identity in Russia. Abstracts. Moscow. 2002. [Internet] [cited 2014 Apr 18]. Available from: URL: http://demoscope.ru/weekly/knigi/konfer/konfer_08.html. (In Russian).

3. «About evaluation of activity of executives authorities of the Russian Federation's subjects» The Decree of the President of the Russian Federation of August 21, 2012 N 1199. [Internet] [cited 2014 Apr 18]. Available from: URL: <http://base.garant.ru/70217848/> (In Russian).

4. Life expectancy at birth. Rosstat. [Internet] [cited 2014 Apr 18]. Available from: URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo26.xls.

5. Organization and operation of health centers. Training manual. Moscow. «Russian State Medical University», 2010, 60 p. (In Russian).

6. Injury prevention in Europe: From international collaboration to local implementation. World Health Organization, 2010. [Internet] [cited 2014 Apr 18]. Available from: URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/114159/E93567r.pdf (In Russian).

7. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. World Health Organization, 2007. [Internet] [cited 2014 Apr 18]. Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244595251_rus.pdf. (In Russian).

8. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Resume. World Health Organization. 2006. [Internet] [cited 2014 Apr 18]. Available from: URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98405/E87321R.pdf. (In Russian).

9. Yumaguzin V.V., Vinnik M.V. Assessment of the contribution of external causes of death in changing life expectancy in Russia in the 1990-2010. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [series online] 2012 [cited 2014 Apr 18]. 28 (6). Available from: URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/445/30/lang,ru/> (In Russian).

10. Life Table. Eurostat Database (Eurostat) [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 18]. Available from: URL: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlifetable&lang=en.

11. World Population Prospects: The 2012 Revision, Population Division, Department of Economic and Social Affairs United Nations, [Internet] 2014 [cited 2013 Aug 3]. Available from: URL: http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm.

Приложение

Список экспертов

№№ п/п	Место работы	Дата интервью	Пол
1	2	3	4
• I. Научные сотрудники, демографы			
1.	Институт демографии НИУ ВШЭ	15.11.12	Муж.
2.	Институт демографии НИУ ВШЭ	14.03.13	Муж.
3.	Институт демографии НИУ ВШЭ	20.11.12	Жен.
4.	Центр демографических исследований РЭШ	13.12.12	Муж.
5.	Институт социально-политических исследований РАН	26.11.12	Муж.
6.	Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации	15.12.12	Жен.
7.	Московский НИИ психиатрии Министерства здравоохранения Российской Федерации	20.12.12	Муж.
• II. Социологи			
8.	Центр социального предпринимательства и социальных инноваций НИУ ВШЭ	02.12.12	Жен.
9.	Институт социологии РАН	01.04.13	Жен.
10.	Институт сравнительных исследований трудовых отношений (г. Самара).	13.11.12	Жен.
• III. Научные сотрудники, правоведы			
11.	ВНИИ Министерства внутренних дел Российской Федерации	3.04.13	Муж
12.	ВНИИ Министерства внутренних дел Российской Федерации	3.04.13	Муж
13.	ВНИИ Министерства внутренних дел Российской Федерации	3.04.13	Жен.
14.	ВНИИ Министерства внутренних дел Российской Федерации	3.04.13	Жен.
15.	ВНИИ Министерства внутренних дел Российской Федерации	3.04.13	Муж
• IV. Другие			
16.	Управление статистики населения и здравоохранения Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации	10.04.13	Жен.
17.	Общественная организация «Движение без опасности»	02.12.12	Муж.
18.	ГБОУ Средняя образовательная школа	9.04.13	Жен.

ⁱ Смертность от внешних причин обусловлена не только травмами, но также отравлениями, утоплениями и др. причинами, поэтому использование термина «травматическая смертность» может показаться неуместным. Однако мы исходим из определения термина «травма», предлагаемого ВОЗ. Травма – это физическое повреждение, вызванное механическим, тепловым, химическим или радиационным воздействием, превышающим порог физиологической сопротивляемости организма, или отсутствием одного или нескольких жизненно важных элементов (например, кислорода) [8]. Данное определение расширяет значение «травматической смертности», и она может применяться ко всему классу внешних причин.

ⁱⁱ Здесь и далее в круглых скобках указаны порядковые номера экспертов, перечисленных в приложении