

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ – КАТЕГОРИЧЕСКИЙ ИМПЕРАТИВ

3.1. Отставание становится нетерпимым

Одним из наиболее явных проявлений долговременного демографического кризиса в России стал кризис смертности.

Очевидные признаки этого кризиса обнаружились уже в середине 1960-х годов. К этому моменту Россия не совсем догнала западные страны, но значительно сблизилась с ними, и можно было ожидать, что ее многолетнее отставание от Запада по показателям смертности в скором времени будет окончательно преодолено. Однако этого не произошло. Начиная с 1965 г., отставание снова стало увеличиваться, и к концу XX в. стало примерно таким же, каким оно было в начале столетия.

Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении – обобщающий показатель, который позволяет проследить нарастание

кризиса смертности в России с середины 1960-х годов и оценить масштабы ее нынешнего отставания от развитых и даже от многих развивающихся стран.

В отношении смертности женщин можно с некоторой натяжкой говорить о более чем 40-летней стагнации: ожидаемая продолжительность жизни женщин то снижалась, то возвращалась к уровню 1964 г., в 1986-1992 гг. даже несколько превышала его. В 2006 г. показатель был ниже, чем в 1964 г., на 0,33 года. Но смертность мужчин демонстрировала явный рост. Продолжительность жизни мужчин за все эти десятилетия ни разу не достигла уровня 1964 г., когда она, единственный раз за всю историю России, превысила 65 лет. В 2006 г. она была на 4,75 года ниже, чем в 1964-м.

На рис. 3.1 хорошо видно нарастание после 1964 г. отставания России от других развитых стран, а на рис. 3.2 – результат такого 40-летнего развития: в 2004 г. по продолжительности

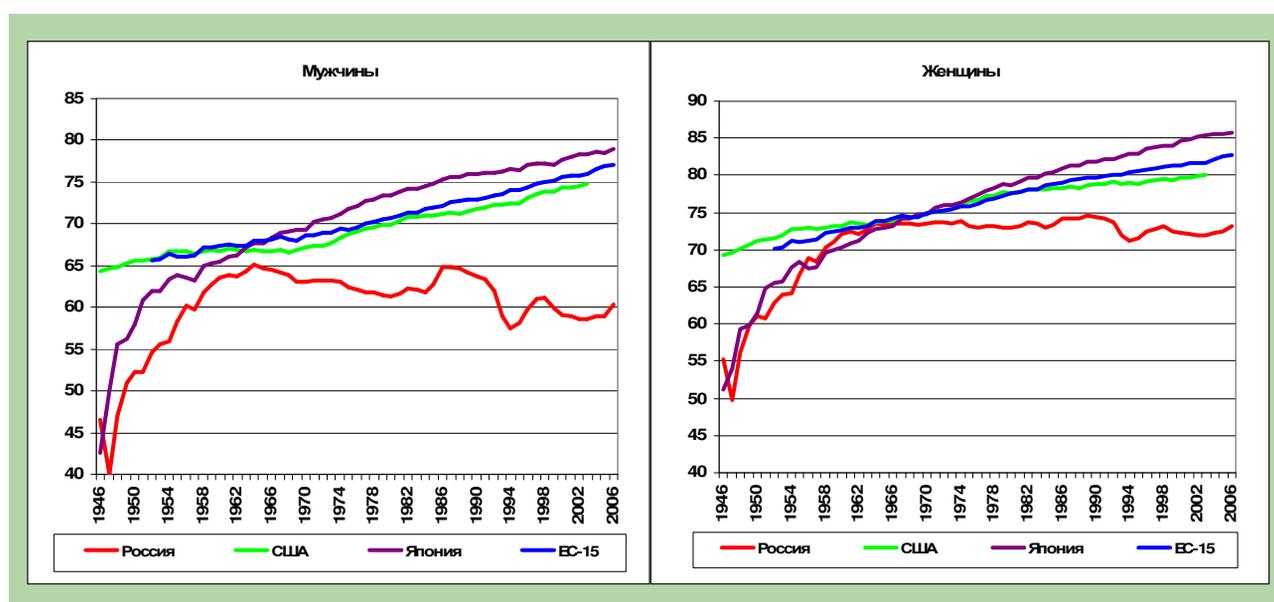


Рисунок 3.1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, Европейском Союзе, США и Японии, 1946-2006 гг., лет

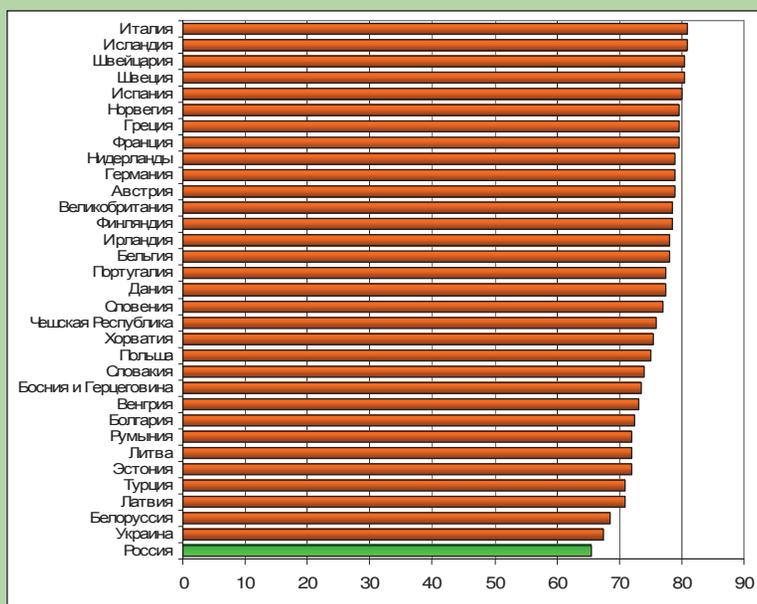


Рисунок 3.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах Европы в 2004 г., лет

жизни обоих полов Россия занимала последнее место среди приведенных на графике 33 европейских стран. Намного опережают Россию и развитые неевропейские страны – США, Япония и другие.

Во многих международных публикациях приводятся данные о том, что Россия отстает не только от развитых, но и от развивающихся стран, которые 40 лет назад не могли даже сравниться с ней по продолжительности жизни. Например, согласно данным мирового Доклада о развитии человеческого потенциала, по ожидаемой продолжительности жизни для обоих полов в 2000-2005 гг. Россия занимала 119 место в мире¹, находясь по этому показателю позади многих развивающихся стран. Учитывая состояние статистики смертности в этих странах, к таким оценкам надо относиться с осторожностью, часто они основаны на отдельных локальных обследованиях, результаты которых без достаточных оснований распространяются на всю страну. Тем не менее, исключить возможность отставания России по показателям смертности и продолжительности жизни от многих стран Азии или Латинской Америки все же нельзя.

Вставка 3.1. Региональное неравенство в продолжительности жизни

Регионы России различаются как по уровню ожидаемой продолжительности жизни, так и по темпам ее изменения (табл. 3.A). При этом изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в каждом из федеральных округов в целом повторяют общероссийскую динамику (рис. 3.A).

Таблица 3.A. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в федеральных округах в 1990 и 2006 гг., лет

	Мужчины			Женщины		
	1990	2006	Изменение	1990	2006	Изменение
Россия	63,80	60,37	-3,43	74,40	73,23	-1,17
Федеральные округа						
Центральный	63,90	59,87	-4,03	74,80	73,32	-1,48
Северо-Западный	63,80	59,08	-4,72	74,10	72,52	-1,58
Южный ²	64,40	63,22	-1,18	74,70	74,6	-0,1
Приволжский	64,40	60,01	-4,39	75,10	73,41	-1,69
Уральский	64,10	60,54	-3,56	74,30	73,29	-1,01
Сибирский	62,60	58,32	-4,28	73,40	71,52	-1,88
Дальневосточный	62,30	57,9	-4,4	72,60	70,65	-1,95

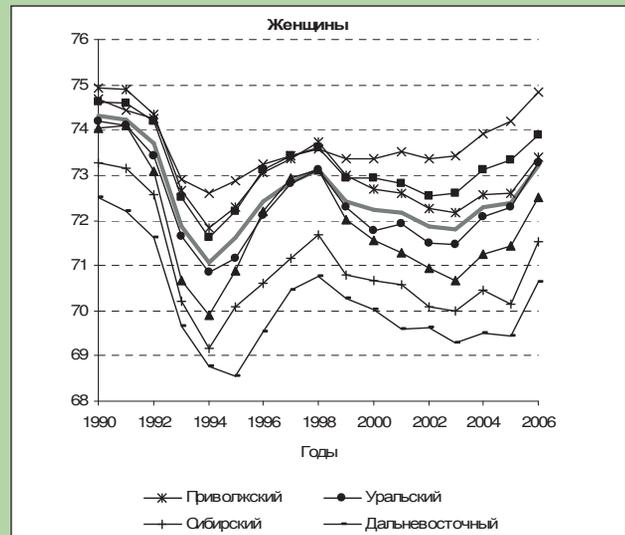
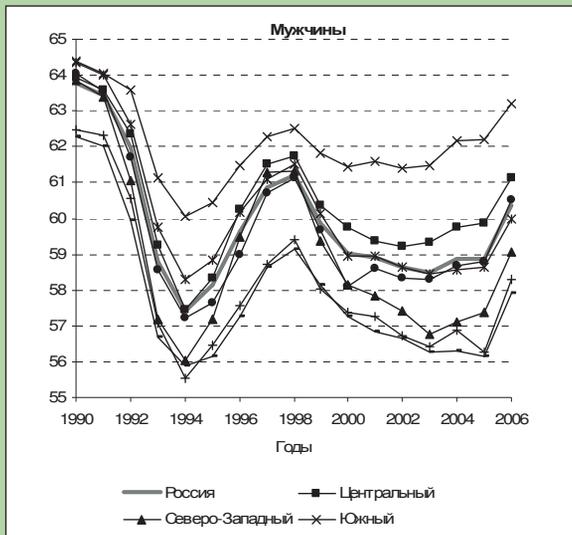


Рисунок 3.А. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в федеральных округах в 1990-2006 гг., лет

На протяжении всего рассматриваемого периода по продолжительности жизни лидирует Южный, а внизу распределения находятся Сибирский и Дальневосточный округа. До 2006 г., в период роста смертности и снижения продолжительности жизни, отмечался рост неоднородности регионов. Разница между максимальными и минимальными показателями продолжительности жизни в федеральных округах увеличилась за 15 лет с 1990 г до 2005 г. у мужчин с 2,1 до 6,1 года, у женщин - с 2,5 до 4,7 года. Напротив, в 2006 г. эта разница несколько уменьшилась и составила у мужчин 5,3, у женщин - 3,9 года.

Серьезные изменения претерпело за это время и распределение по продолжительности жизни регионов-субъектов Федерации (рис. 3.Б).

В 1990 г. это распределение выглядело и для мужчин, и для женщин весьма остроконечным и асимметричным. К 1994 г., в период роста смертности, распределение не только сдвинулось вправо, но стало менее концентрированным, зато приобрело некоторую симметричность. Снижение смертности в 1994-1998 гг. сопровождалось как ростом концентрации территорий, так и ростом асимметрии. Но уровни 1990 г. ни в каком смысле достигнуты не были. Наконец, изменения смертности 1998-2005 гг. почти вернули распределение у мужчин к уровню 1994 г., тогда как у женщин распределения 1994 г. и

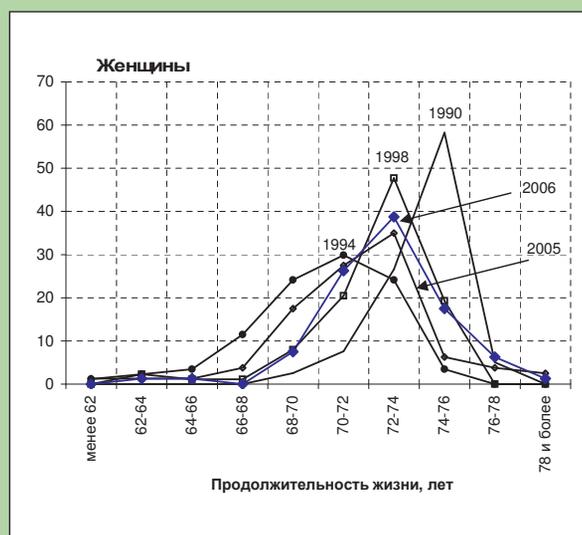
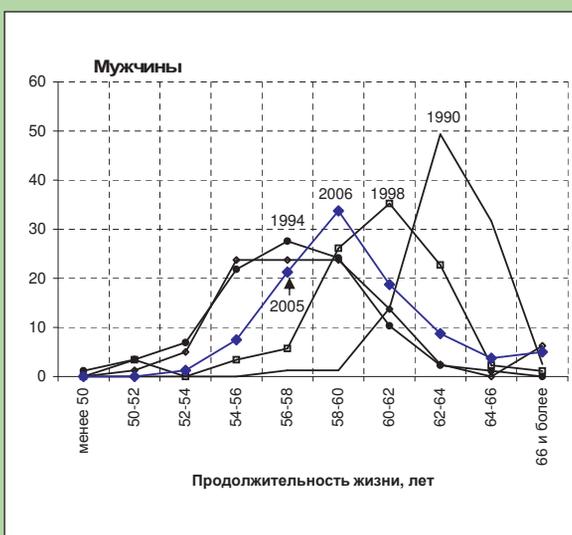


Рисунок 3.Б. Распределение регионов Российской Федерации по продолжительности жизни мужчин и женщин при рождении в 1990, 1994, 1998, 2005 и 2006 гг., %

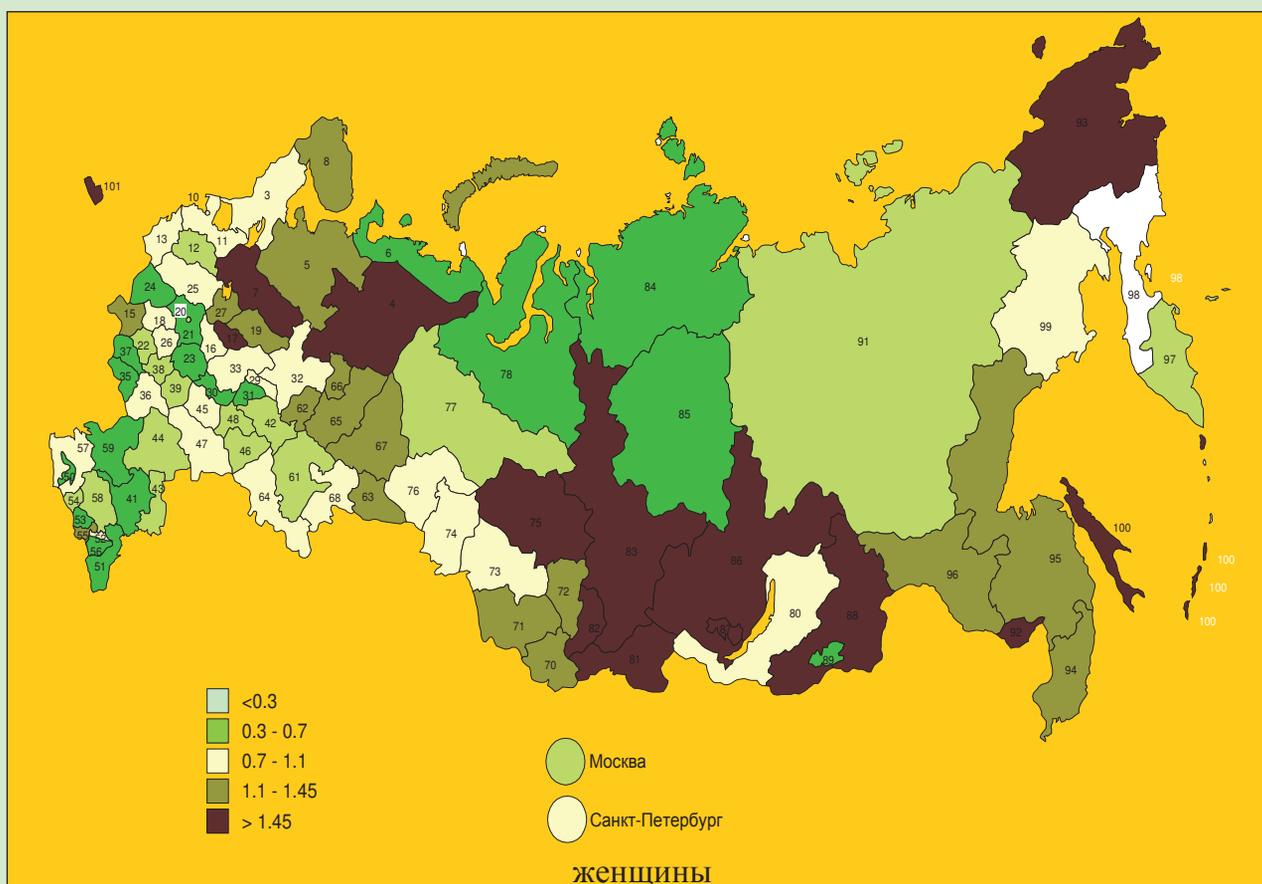
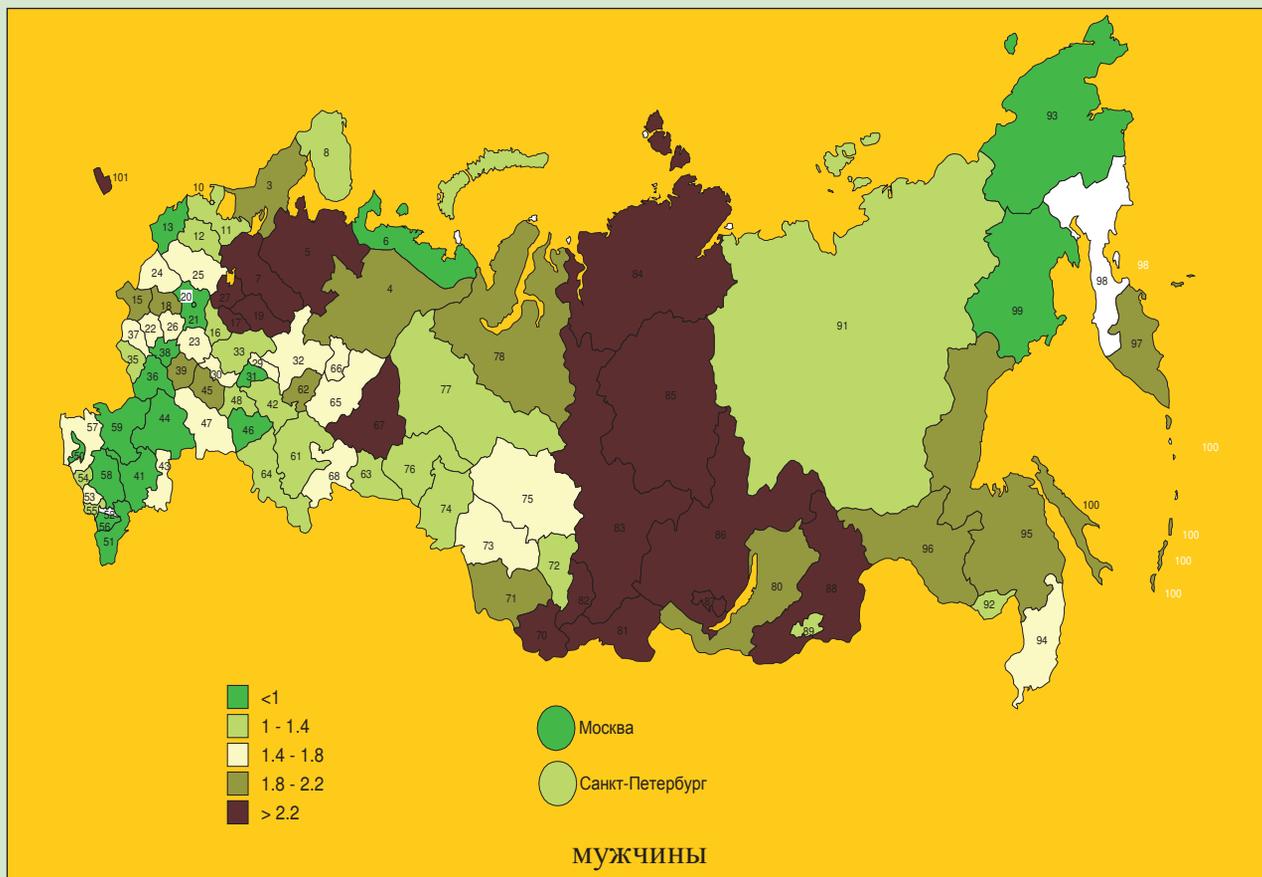


Рисунок 3.В. Прирост ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2005-2006 гг. в регионах России, лет

2005 г. различаются больше: распределение занимает как бы промежуточное положение между 1995 и 1990 гг. Ситуация в 2006 г. скорее напоминает картину конца девяностых годов XX в., когда отмечался рост концентрации и асимметрии.

В 2005-2006 гг. смертность повсеместно снижалась, но в разных регионах по-разному (рис. 3.В).

Более всего продолжительность жизни мужчин выросла в Республике Тыва, Красноярском крае, Иркутской, Калининградской областях, Республике Хакасия, Усть-Ордынском Бурятском и Корякском автономных округах. Менее всего она увеличилась в ряде регионов Северного Кавказа, в Москве и в Чукотском автономном округе. Что касается Северного Кавказа и Москвы, то можно допустить, что влияние алкоголя на смертность в этих регионах не столь велико. Проблема Чукотки требует специального изучения, отметим лишь, что на Чукотке смертность от алкоголезависимых причин выросла.

В то же время на Чукотке весьма существенно увеличилась продолжительность жизни женщин. Кроме нее в шестерку лидеров вошли Красноярский край, Республика Тыва, Сахалинская область, Еврейская автономная область и Республика Хакасия. Продолжительность жизни женщин снизилась в Ненецком, Ямало-Ненецком, Эвенкийском, Корякском, Таймырском, Агинском Бурятском автономных округах и республиках Адыгея и Кабардино-Балкария. Видимо, дело в том, что меры против транспортного травматизма и непитьевого алкоголя не повлияли существенно на смертность женщин в этих регионах, а общие негативные тенденции сохранились.

3.2. Кризис преодолим

Россия – не единственная промышленно развитая страна, в которой с середины 1960-х годов тенденции смертности были неблагоприятными и обусловили нарастающее отставание от большинства стран такого же уровня развития. В той или иной степени сходные процессы были характерны для всех бывших «социалистических» государств Восточной Европы, равно как и для бывших европейских республик СССР.

Хотя Россия всегда выделялась высокой смертностью и среди этих стран, тенденции динамики смертности в 70-е - 80-е годы в них были общими, наблюдались стагнация или сокращение продолжительности жизни, что давало основание

говорить об общих для всех этих стран кризисных тенденциях (рис. 3.3).

Однако примерно с конца 1980-х годов общность тенденций стала исчезать, и в ряде восточноевропейских стран начался уверенный рост продолжительности жизни, что свидетельствовало о постепенном преодолении кризиса. После 2000 г. исторический максимум ожидаемой продолжительности жизни мужчин, достигнутый до 1990 г., был превзойден в 6 из 12 представленных на рис. 3.4 стран, женщин – в 9 из 12. И только в России, Белоруссии и на Украине даже лучшие показатели, достигнутые после 2000 г., оставались существенно ниже, чем наблюдались до того, как кризис смертности набрал силу.

Судя по всему, кризис смертности в этих трех странах более глубок, приобрел более затяжной

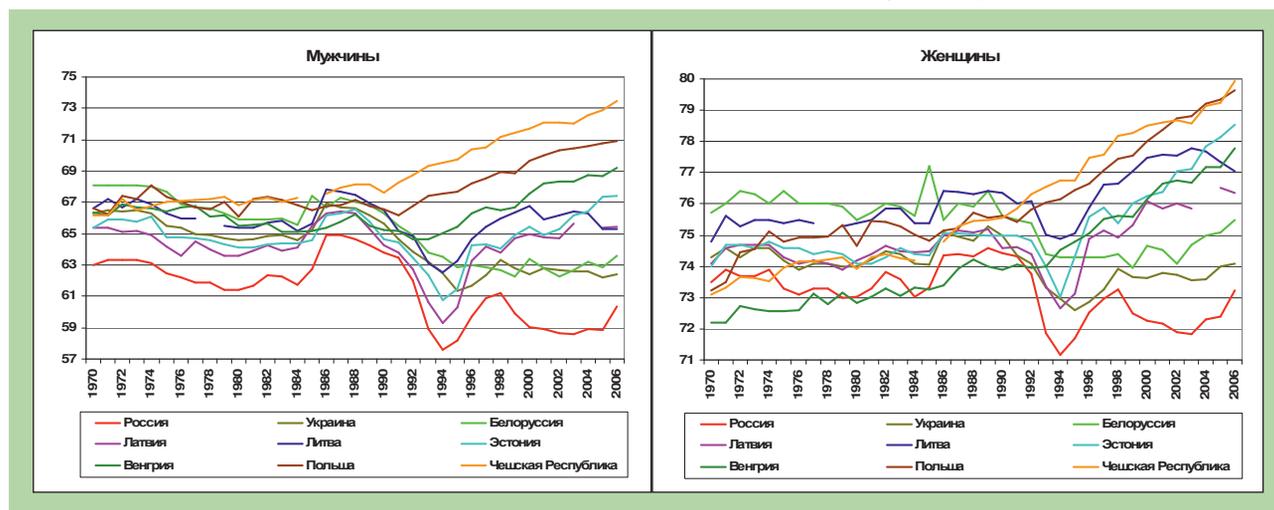


Рисунок 3.3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в некоторых странах Восточной Европы, 1970-2006 гг., лет

характер, а выход из него оказался более сложным, чем у их соседей, в послевоенный период развивавшихся в сходных социально-экономических и политических условиях. В то же время, опыт соседних стран показывает, что кризис смертности, в принципе, преодолим и переход от негативных к устойчиво позитивным тенденциям смертности возможен.

3.3. Главная проблема России – высокая смертность в средних возрастах

Кризис затронул смертность во всех возрастных группах, хотя и не в равной степени.

3.3.1. Детская смертность снижается

Младенческая смертность. Примерно с середины 60-х годов тенденции младенческой смертности в России пошли вразрез с общемировыми тенденциями для стран такого же уровня развития.

В это время Россия находилась примерно в середине списка европейских стран, ранжированных по уровню младенческой смертности, которая была в России близка к средней для стран, входивших впоследствии в ЕС-15. Но затем интенсивно шедшее до этого времени снижение младенческой смертности в России замедлилось, а в первой половине 70-х годов показатель даже рос, в то время как в большинстве стран он быстро снижался. В результате, многие страны, на-

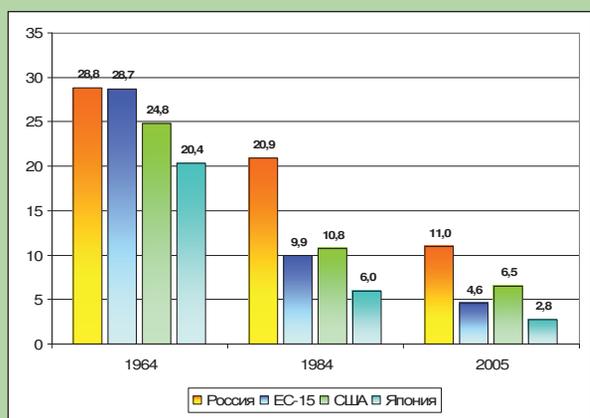


Рисунок 3.5. Младенческая смертность в России, Европейском Союзе (ЕС-15), США и Японии

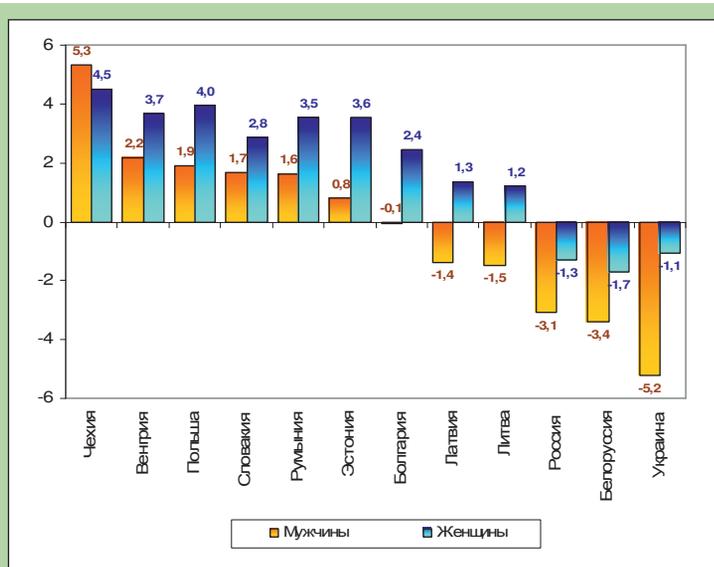


Рисунок 3.4. Разница между максимальной ожидаемой продолжительностью жизни при рождении, достигнутой до 1990 и после 2000 года, лет

ходившиеся далеко позади России, стали ее догонять, а затем и обгонять, и уже к середине 1980-х годов сложилось огромное отставание России по уровню младенческой смертности от Европейского Союза, США, а тем более от Японии, разрыв с которой был более чем втрое (рис. 3.5).

В конце 70-х годов рост младенческой смертности в России удалось преодолеть, в 80-е годы она медленно снижалась, в 90-е годы это снижение даже ускорилось. В целом динамика младенческой смертности в России в последние десятилетия позитивная, но довольно вялая. До возвращения утраченных позиций по уровню младенческой смертности среди развитых стран России пока далеко. Сейчас она занимает среди них одно из последних мест (рис. 3.7), с уровнем по-прежнему почти в 3 раза выше, чем в большинстве развитых стран. И это несмотря на то, что в России, в отличие от всех этих стран, включая бывшие европейские республики СССР, по-прежнему фактически (несмотря на формальный переход в 1993 г. на определение живорождения ВОЗ) действует архаичное определение живорождения, согласно которому ребенок с массой тела от 500 до 999 грамм, родившийся живым при одноплодных родах и умерший до возраста 7 дней, не считается живорожденным и не регистрируется в этом качестве в органах ЗАГС. Если реально перейти на определение живорождения ВОЗ, то уровень младенческой смертности окажется выше, чем официально фиксируемый

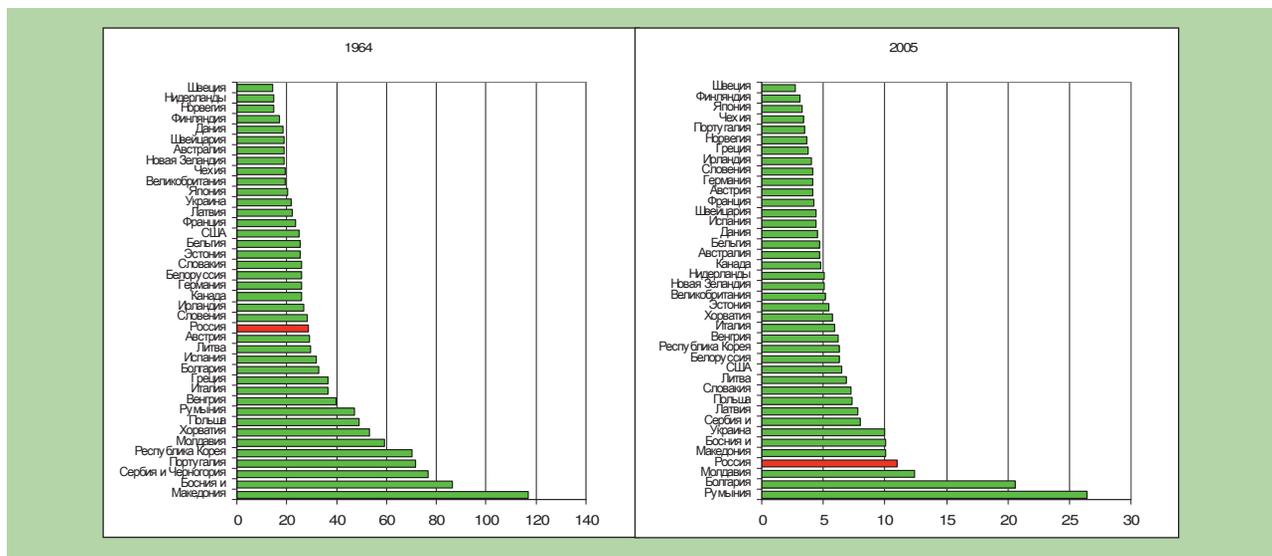


Рисунок 3.6. Младенческая смертность в некоторых развитых странах в 1964 и 2005 гг.

сейчас³. В то же время, следует отдавать себе отчет в том, что, несмотря на все сделанные оговорки, по историческим меркам, младенческая смертность в России достаточно низка, и не она определяет главные проблемы российской смертности.

Смертность детей от 1 года до 15 лет. Тенденции смертности детей в возрасте от 1 года до 5 лет имеют сходство с тенденциями младенческой смертности: 70-е годы ознаменовались стагнацией показателя, затем началось его медленное снижение (рис. 3.7), которое, однако, не позволило преодолеть нарастающего отставания от большинства развитых стран, где этот показатель снижался намного быстрее. В результате, в 2005 г., по оценке ВОЗ, вероятность для новорожденного умереть до достижения возраста 5 лет в России (14,1 на 1000) была в 1,9 раза выше, чем в Венгрии или Польше. Тогда как в 1980 г. превышение составляло всего 1,1 раза, в 2,4 раза выше, чем в Великобритании (против 2 в 1980 г.), в 2,8

раза выше, чем в Австрии (1,6), в 2,9 раза - чем в Ирландии (2,0), в 3 раза - чем в Испании (1,9), в 3 раза - чем в Греции (1,4), в 3,4 раза - чем в Финляндии (3,1), в 3,7 раза - чем в Норвегии (2,9), в 4,6 раза выше, чем в Исландии (2,8)⁴.

Снижалась, пусть и несколько медленнее, смертность детей в возрасте от 5 до 15 лет (рис. 3.7). За четыре десятилетия – с 1965 по 2006 гг. - в возрасте 5-9 лет она сократилась примерно вдвое, в возрасте 10-14 лет – несколько менее чем на 40%.

3.3.2. Смертность населения в трудоспособном возрасте: эпизодические снижения на фоне долговременного роста

Но главным проявлением российского кризиса смертности стала крайне неблагоприятная динамика смертности населения трудоспособного воз-

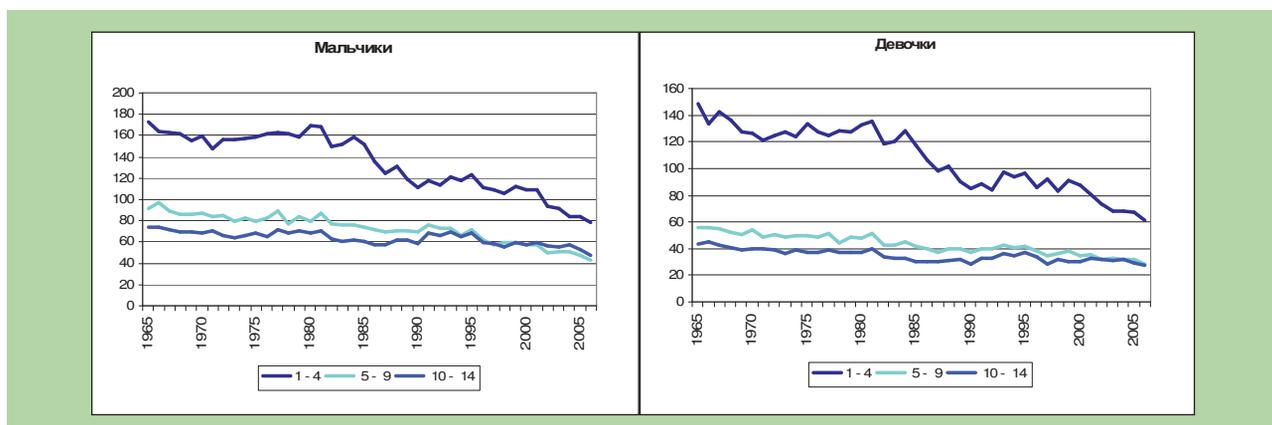


Рисунок 3.7. Коэффициенты смертности мальчиков и девочек в возрасте до 15 лет, 1965-2006 гг., на 100000 детей данного пола и возраста

Вставка 3.2. Региональное неравенство в младенческой смертности

Хотя младенческая смертность в последнее десятилетие по России в целом неуклонно снижается, сохраняются довольно значительные региональные различия по этому показателю (рис. 3.Г). В 2006 г. разрыв между максимальным и минимальным коэффициентами младенческой смертности по регионам составил 26,6‰ (минимум – Санкт-Петербург 4,7‰, максимум – Республика Ингушетия 31,3‰). По сравнению с 1990-ми годами этот разброс даже вырос. Если регионы с минимальными уровнями младенческой смертности приближаются постепенно к странам с низкими значениями этого показателя, то регионы, находящиеся на противоположном краю спектра, все больше и больше от них отстают.

В целом наиболее высокие показатели младенческой смертности отмечались в Сибирском и Дальневосточном округах, а наиболее низкие в Северо-Западном и Центральном. В 26 субъектах Федерации с 2005 по 2006 г. уровень младенческой смертности вырос. Максимальный рост в 6,3‰ отмечался в Республике Калмыкия.

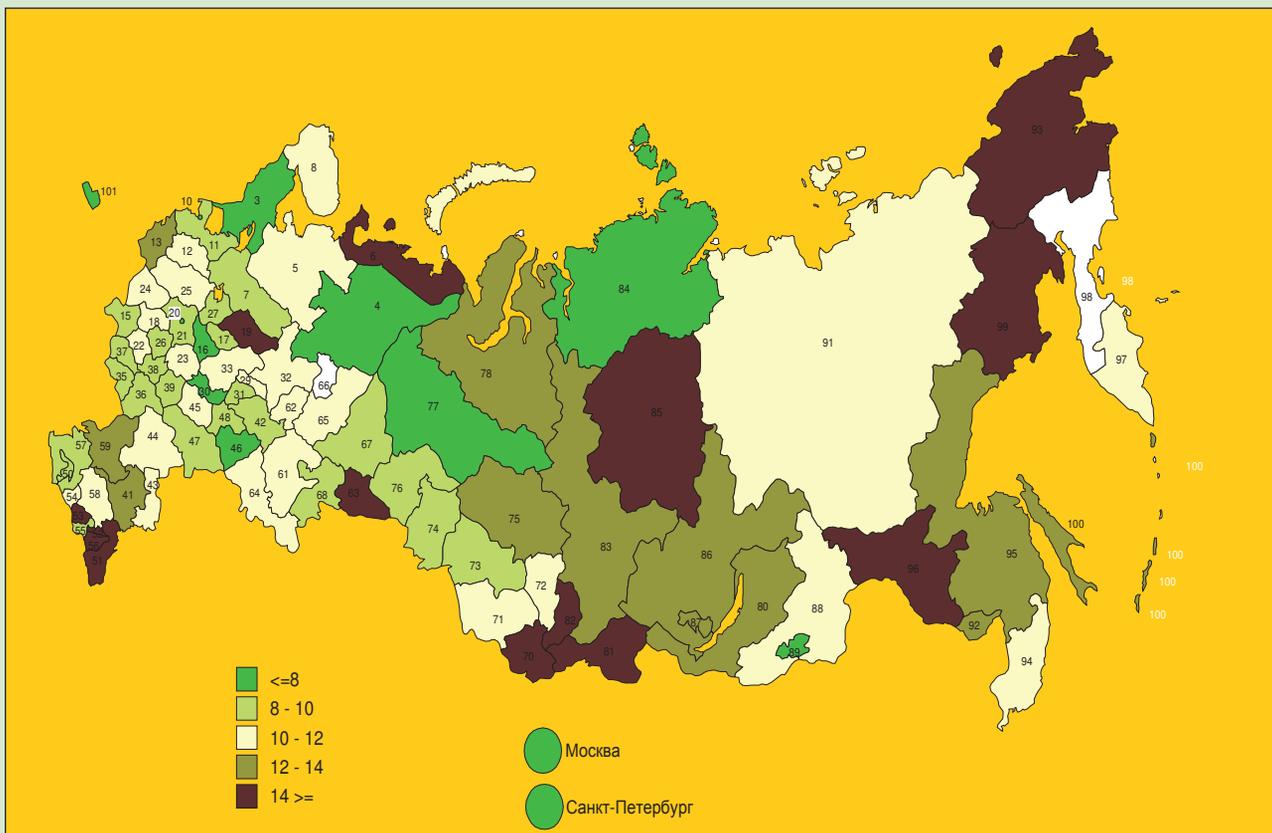


Рисунок 3.Г. Коэффициент младенческой смертности в 2006 г. по регионам России, ‰

раста – от 15 до 60 лет. В детских возрастах на протяжении более чем четырех десятилетий после 1964 г. преобладала все же тенденция снижения смертности, хотя и прерываемая иногда ее подъемами. А отставание от других стран нарастало в основном за счет того, что в них смертность в этих возрастах снижалась быстрее, чем в России. У населения же в трудоспособных возрастах, особенно у его мужской части, преобладающей была тенденция роста смертности, тогда как случаи ее снижения были лишь кратковременными эпизодами.

В 1970-е годы смертность увеличивалась у мужчин во всех возрастных группах от 20 до 60 лет и у женщин – от 30 до 60 лет. В начале 80-х годов

появились признаки снижения смертности во всех возрастах, которые стали намного более выраженными после 1985 г., в период антиалкогольной кампании. Но закрепить это достижение не удалось, и уже в конце 80-х годов начался новый рост смертности взрослого населения, закончившийся пиком 1994 г. Этот пик и последовавшее за ним снижение заставляют предположить, что в 1993-1994 гг. реализовались не только смерти в группах риска, «отложенные» с предыдущего периода, но и какая-то часть преждевременных смертей в группах риска, которые в противном случае наступили бы несколько позднее. Эти годы, несомненно, были периодом обострения общего кризиса смертности. Но когда

обострение закончилось, кризис не прекратился и факторы, обуславливавшие рост смертности в трудоспособных возрастах, не перестали действовать. Об этом говорит согласованный подъем кривых на графике после 1998 года (рис. 3.8).

После 2003 г. возрастные коэффициенты смертности снова снижаются. Однако пока это снижение напоминает снижение начала 80-х годов, которое так и не привело к перелому тенденции. Кроме того, достигнутые в ходе нынешнего снижения уровни смертности остаются намного выше самых высоких значений, отмечавшихся в ходе роста смертности до ее всплеска в начале 90-х годов и уже тогда намного превосходивших соответствующие показатели для развитых стран. Все это пока не позволяет всерьез говорить о начале преодоления кризиса.

3.3.3. Смертность пожилых: длительная стагнация

Одна из главных особенностей российского кризиса смертности заключается в том, что он в меньшей степени затрагивает обычно наиболее уязвимые возрастные группы населения. Мы уже

видели это на примере детской смертности, о том же говорит и смертность пожилых. Хотя, в отличие от детской смертности, смертность пожилых на протяжении последних четырех десятилетий не снижалась. Но она и не особенно росла, за исключением женщин в возрасте старше 85 лет и отсутствующих на графике мужчин старше 90 лет, для нее, скорее, были характерны колебания вокруг более или менее постоянного уровня (рис. 3.9).

3.4. Атипичность структуры российской смертности по причинам смерти

3.4.1. «Западная модель» структуры смертности по причинам смерти и российская аномалия

В результате описанных различий в динамике смертности разных возрастных групп сформировался нынешний возрастной профиль российской смертности, который очень сильно отличается от соответствующего профиля, типичного

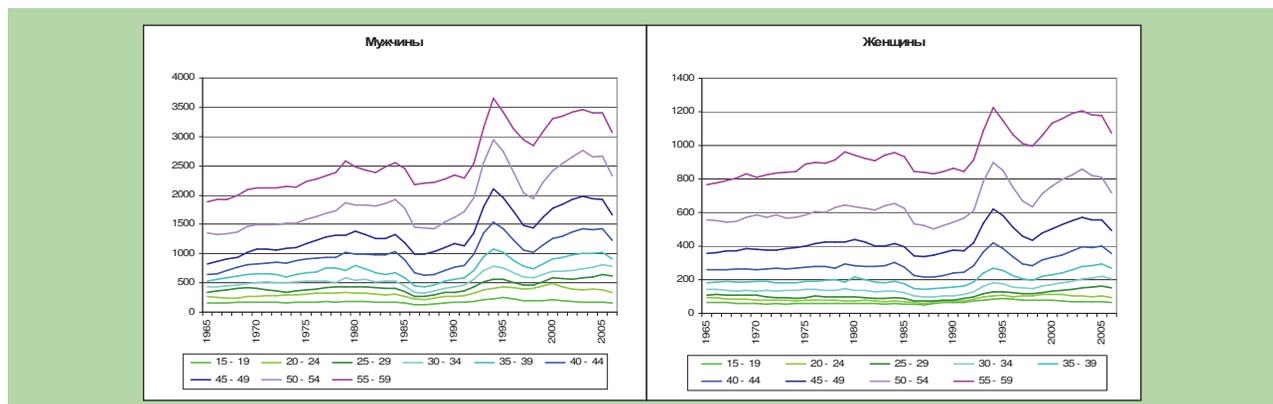


Рисунок 3.8. Коэффициенты смертности мужчин и женщин в возрасте от 15 до 60 лет по пятилетним возрастным группам, 1965-2006 гг. на 100000 лиц данного пола и возраста

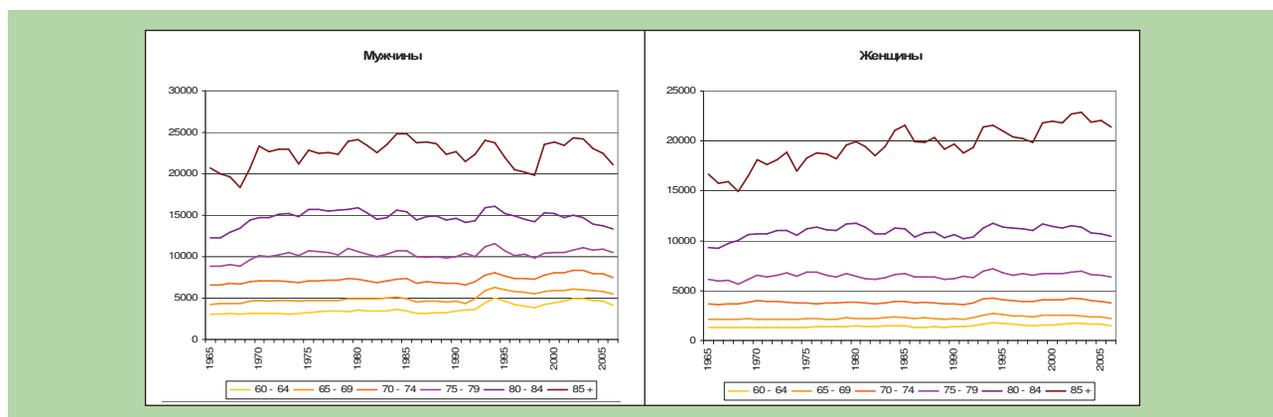


Рисунок 3.9. Коэффициенты смертности мужчин и женщин в возрасте 60 лет и старше по пятилетним возрастным группам, 1965-2006 гг.

для всех стран с высокой продолжительностью жизни.

В российской модели смертности как бы объединены относительно низкая младенческая смертность, свойственная странам с высокой продолжительностью жизни, и смертность в средних возрастах, намного превосходящая ту, что, как правило, наблюдается в странах с гораздо более низкой продолжительностью жизни. Из мирового опыта видно, что огромная доля смертей при достижении нынешнего уровня российской младенческой смертности должны были бы концентрироваться в возрастах после 70 лет, в России приходится на средние возраста – от 20 до 70 лет. Необычный возрастной профиль смертности особенно характерен для мужской части населения России, но эти же особенности свойственны и возрастному распределению смертей женского населения, хотя и в значительно ослабленном виде.

Природа аномалий российской смертности может быть лучше понята при сравнении возрастного распределения смертей от главных причин смерти в России с соответствующим их распределением в странах с низкой смертностью. Для того, чтобы выполнить такое сравнение, были объединены фактические данные о смертности по возрасту и причинам смерти в 13 странах (Австрии, Великобритании, Германии, Греции, Ирландии, Испании, Люксембурга, Нидерландов, США, Финляндии, Франции, Швеции и Японии) за 2005 г. На основе этих данных была построена усредненная таблица смертности по причинам смерти, которую, с некоторой долей условности (поскольку в число рассматриваемых стран входит Япония) мы будем называть «западной моделью смертности» (модель «Запад-2005») и в этом же смысле будем употреблять далее слово «Запад». Ожидаемая продолжительность жизни мужчин, соответствующая модели «Запад-2005», – 76,5 года, женщин – 82,5 года.

Сопоставление российской и западной таблиц смертности по причинам смерти указывает на то, что общие неблагоприятные характеристики российской смертности неразрывно связаны с атипичностью ее структуры по причинам смерти. В чем проявляется этот атипичность?

3.4.2. В России слишком высока постнеонатальная смертность

Хотя тенденции младенческой смертности в России выглядят более благоприятными, чем тенденции смертности в любом другом возрасте,

структурная архаика причин смерти, свойственная российской смертности вообще, дает о себе знать уже в младенческом возрасте.

На протяжении многих лет (с 1970 г. по 2006 г.) общее снижение младенческой смертности в России происходило в основном за счет причин экзогенного характера. Это, прежде всего, болезни органов дыхания, смертность от которых снизилась в 11 раз и определила 61% общего снижения, болезни органов пищеварения (16-кратное снижение, определивших 8% снижения младенческой смертности), инфекционные болезни, смертность от которых снизилась всего втрое, но это определило 7% общего снижения. Еще в 1980 г. на долю этих трех групп причин приходилось больше половины смертей в возрасте до 1 года, тогда как в 2006 г. их доля сократилась до 12%. 18% общего снижения (второе место после болезней органов дыхания) обеспечило снижение смертности от причин перинатальной смерти, которые, в современных условиях, как правило, представляют собой брак в работе системы родовспоможения и рассматривается во всем мире как важный резерв снижения младенческой смертности. В России с 1970 по 2006 г. смертность от этих причин снизилась на 37%, но все еще обуславливает около половины младенческой смертности. К сожалению, пока заметным остается и вклад внешних причин, хотя он также имеет тенденцию к сокращению.

Меньше успехов в борьбе со смертностью от врожденных аномалий, она труднее поддается снижению. С 1970 по 2006 г. она сократилась, в расчете на 10000 родившихся, менее чем на 20% и сейчас обуславливает примерно четверть всех смертей в возрасте до 1 года (табл. 3.1).

Хотя смертность от всех экзогенных причин сократилась с 1970 по 2006 г. в 9 раз, это не снимает проблем борьбы с остающимися экзогенными причинами, которая, судя по всему, в России ведется не очень успешно.

Об этом свидетельствует, в частности, соотношение смертности детей в разные периоды первого года жизни. Снижение младенческой смертности обычно означает возрастающую концентрацию смертности на первом месяце жизни (неонатальная смертность), когда организм ребенка наиболее уязвим и предотвращение смерти в случае возникновения заболевания особенно сложно. Если же младенец благополучно миновал этот период наибольшего риска, его шансы на выживание повышаются, а современное здравоохранение резко увеличивает их, ибо располагает эффективными средствами борьбы за жизнь ребенка на этом ее этапе. Поэтому снижение

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Все причины	230,5	220,8	174	181,3	153,3	146,5	133,1	124,6	115,7	109,7	102,2
Причины перинатальной смерти	70,1	57,6	80,1	78,6	67,7	66,4	61,6	57	51,7	49,1	47,3
Врожденные аномалии	30,8	34,6	37	41,8	35,5	34,4	31,3	30,2	28,5	26,9	24,5
Болезни органов дыхания	86	73,6	24,7	24,2	16,5	14,4	12,2	10,5	9,4	8,3	7,8
Инфекционные заболевания	12,8	31,7	13,4	12,7	9,2	8	6,7	5,9	5,5	5	4,1
Болезни органов пищеварения	10,7	4,1	1,1	1,1	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7
Внешние причины смерти	10,5	10,4	7,1	10,1	9,7	9,2	8,2	8,6	8,1	7,6	6,6
Другие причины	9,6	8,8	10,6	12,8	13,8	13,1	12,3	11,5	11,7	12,1	11,1

Таблица 3.1. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти в России с 1970 по 2006 гг. (на 10000 живорождений)

младенческой смертности сопровождается изменением соотношения ее неонатальной (в возрасте до 28 дней) и постнеонатальной (от 28 дней до 1 года) компонент: постнеонатальная смертность становится все более контролируемой и ее вклад уменьшается.

Как видно из рис. 3.10, это происходит и в России. Переход от стагнации 70-х годов к снижению младенческой смертности был связан именно с сокращением вклада постнеонатальной смертности, который до начала 90-х довольно быстро снижался.

Однако затем снижение все еще высокой доли постнеонатальной смертности в общей младенческой смертности прекратилось, что снова про-

тиворечило мировым тенденциям. Сейчас Россия отличается от большинства европейских стран высоким вкладом постнеонатальной смертности (рис. 3.11), при том что и неонатальная смертность в России в 2-3 раза выше, чем во многих странах Западной Европы.

3.4.3. От всех причин смерти в России умирают раньше, чем на Западе

От чего лучше умирать? Этот вопрос, который может показаться нелепым, с демографической точки зрения имеет очень большой смысл, и на него есть однозначный ответ: умирать лучше от

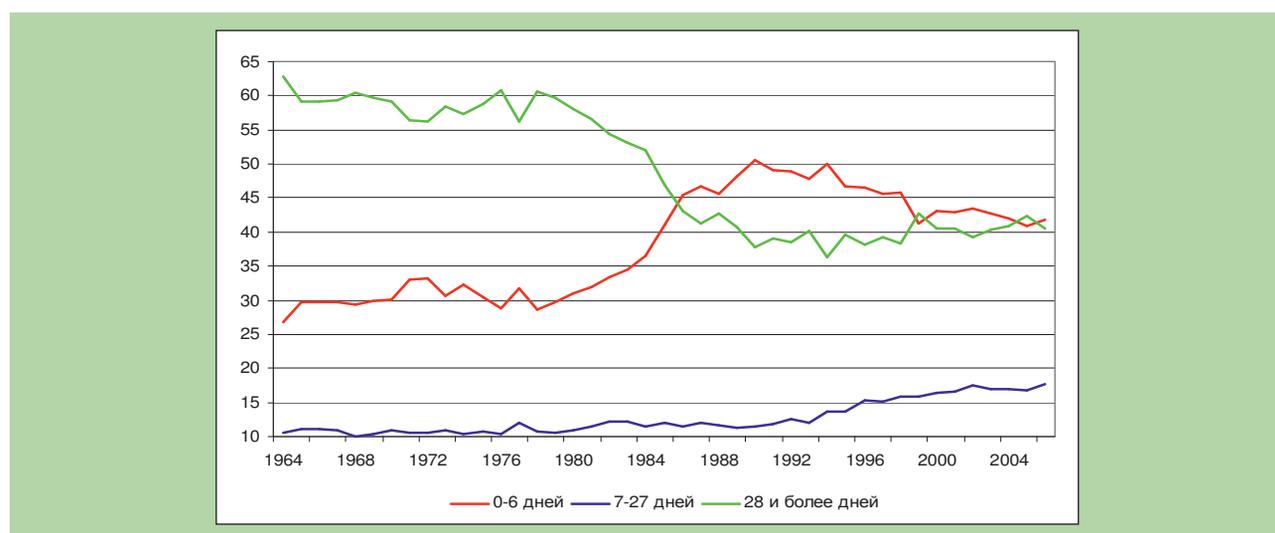


Рисунок 3.10. Динамика долей компонента младенческой смертности в России 1964-2006 гг., %

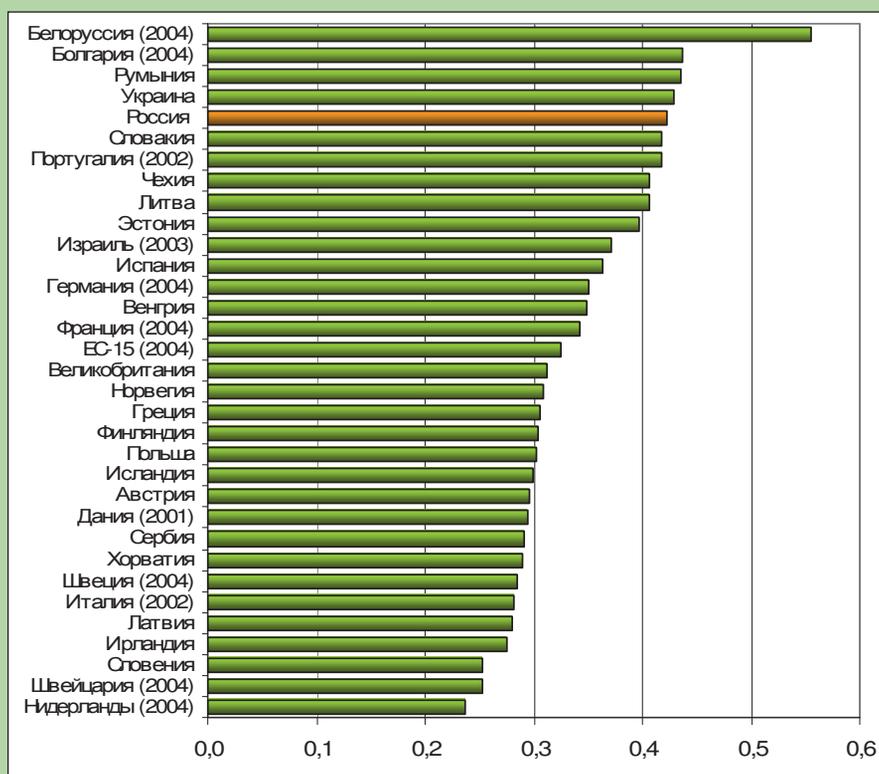


Рисунок 3.11. Доля постнеонатальной смертности в общей смертности в возрасте до 1 года в 2005 или в близкие к нему годы

тех причин, от которых умирают позже. Продолжительность жизни растет именно вследствие того, что причины с низким возрастом смерти вытесняются причинами, от которых умирают в более позднем возрасте. В первом приближении можно сказать, что среди первых преобладают причины преимущественно экзогенной этиологии, среди вторых – эндогенной.

При этом средний возраст смерти от каждой причины не остается неизменным. По мере успехов медицины и здравоохранения в широком смысле, возраст смерти от всех причин повышается. Одна из ключевых проблем российской смертности заключается в том, что, по сравнению с мировыми стандартами, эти успехи в России более чем скромны, возраст смерти от всех групп причин намного ниже, чем в более продвинутых странах (табл. 3.2).

Из табл. 3.2 следует не только то, что существует огромная разница – не в пользу России – в среднем возрасте смерти от всех классов причин, но и то, что сама иерархия причин смерти по «выгодности» умереть от одной из них в России и в этих странах разная (табл.3.3).

В России дольше всего (хотя все же не так долго, как в странах Запада) живут и мужчины, и женщины, умирающие от сердечно-сосудистых

заболеваний. В странах Запада это справедливо только для женщин, мужчины, умирающие от болезней органов дыхания, живут дольше. Но в любом случае, с точки зрения возможности прожить дольше, болезни органов кровообращения относятся к числу предпочтительных причин смерти.

В России у мужчин – на втором, а у женщин – на третьем месте по «выгодности» стоят смерти от новообразований, тогда как в «западной модели» они занимают у мужчин четвертую, а у женщин – шестую строчку.

Даже внешние причины прочно и с большим отрывом замыкающие список причин смерти в «западной модели», в России у женщин стоят не на последнем, а на предпоследнем месте, уступая последнее инфекционным болезням.

Средний возраст смерти от той или иной причины определяется распределением смертей от этой причины по возрасту. Это распределение в России смещено в сторону молодых возрастов. Примером может служить возрастное распределение смертей от болезней органов дыхания. На Западе – это одна из самых «выгодных» причин смерти, в России – одна из самых «невыгодных». На рис. 3.12 представлены табличные числа умерших от болезней органов

Таблица 3.2. Разница в среднем возрасте смерти между Россией и странами «западной модели» смертности⁵

Классы причин смерти	Средний возраст смерти, лет		Разница
	Россия 2006	«Западная модель», 2005	
Мужчины			
Все причины	60,35	76,54	16,19
в том числе:			
Новообразования	65,13	75,37	10,24
Болезни системы кровообращения	67,93	79,79	11,87
Внешние причины смерти	43,60	56,88	13,28
Болезни органов пищеварения	54,99	73,33	18,34
Болезни органов дыхания	60,26	82,38	22,11
Прочие болезни	50,34	76,28	25,93
Инфекционные и паразитарные болезни	44,17	72,21	28,04
Женщины			
Все причины	73,23	82,47	9,24
в том числе:			
Болезни системы кровообращения	77,95	85,80	7,85
Новообразования	67,46	76,69	9,24
Прочие болезни	68,68	83,34	14,66
Болезни органов пищеварения	62,67	81,36	18,69
Внешние причины смерти	50,09	69,06	18,98
Болезни органов дыхания	66,13	85,49	19,37
Инфекционные и паразитарные болезни	43,07	79,28	36,21

Таблица 3.3. Ранжирование причин смерти по среднему возрасту смерти

Классы причин смерти		Средний возраст смерти, лет	Классы причин смерти		Средний возраст смерти, лет
Мужчины					
Россия, 2006			Западная модель», 2005		
1	Болезни системы кровообращения	67,9	1	Болезни органов дыхания	82,4
2	Новообразования	65,1	2	Болезни системы кровообращения	79,8
3	Болезни органов дыхания	60,3	3	Прочие болезни	76,3
4	Болезни органов пищеварения	55,0	4	Новообразования	75,4
5	Прочие болезни	47,7	5	Болезни органов пищеварения	73,3
6	Инфекционные и паразитарные болезни	44,2	6	Инфекционные и паразитарные болезни	72,2
7	Внешние причины смерти	43,6	7	Внешние причины смерти	56,9
Женщины					
Россия, 2006			Западная модель», 2005		
1	Болезни системы кровообращения	77,9	1	Болезни системы кровообращения	85,8
2	Прочие болезни	69,1	2	Болезни органов дыхания	85,5
3	Новообразования	67,4	3	Прочие болезни	83,3
4	Болезни органов дыхания	66,1	4	Болезни органов пищеварения	81,4
5	Болезни органов пищеварения	62,7	5	Инфекционные и паразитарные болезни	79,3
6	Внешние причины смерти	50,1	6	Новообразования	76,7
7	Инфекционные и паразитарные болезни	43,2	7	Внешние причины смерти	69,1

дыхания в России и на Западе. Западные страны далеко продвинулись в оттеснении смертей от болезней органов дыхания к старшим возрастам – от этого класса причин в возрасте до 60 лет на Западе умирает только 3,6% мужчин и 2,8% женщин, в России, соответственно, 44,5 и 30,7% из общего числа умерших от этого класса заболеваний.

Болезни органов дыхания – не исключение. Какую бы группу причин смерти мы ни взяли, в России мы обнаруживаем, что распределение смертей по возрасту смерти от данной причины существенно смещено к молодым возрастам по сравнению с развитыми странами с низкой смертностью.

России, где средний возраст смерти от болезней органов дыхания низкий, так что лучше, чтобы и доля смертей от этой причины здесь была невысокой. На Западе из каждой тысячи умерших мужчин от нее погибает 127, но из них только 14 в возрасте до 70 лет. В России болезни органов дыхания уносят 51 из каждой тысячи потерянных жизней, но 34 из них приходится на возраст до 70 лет. Если бы доля смертей от этой причины в России была бы такой же, как на Западе, это означало бы 85 смертей от нее в возрасте до 70 лет против 14 западных.

Сами по себе ни о чем не говорят и близкие к западным вероятности умереть от инфекционных заболеваний: у мужчин 23 на 1000 умерших в Рос-

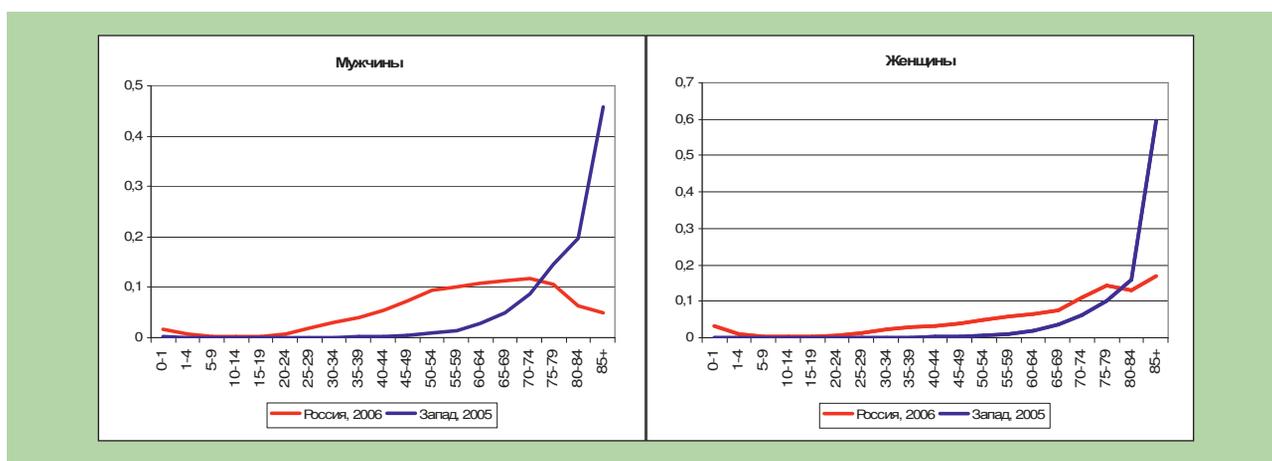


Рисунок 3.12. Распределение табличных чисел умерших от болезней органов дыхания в России и на Западе по возрасту

3.4.4. С какими причинами смерти надо бороться в первую очередь?

Второе важнейшее проявление атипичности российской структуры смертности по причинам смерти – очень высокая доля смертей от причин с относительно более низким возрастом смерти.

Непосредственное сопоставление российского и западного распределений смертей по причинам смерти не приводит к столь очевидным результатам, как сравнение среднего возраста смерти от каждого класса причин, представленное в табл. 3.2. Табл. 3.4 не позволяет однозначно утверждать, что западное распределение лучше российского.

Скажем, в «западной модели» намного выше, чем в России, доля смертей от болезней органов дыхания. Это достоинство или недостаток российской структуры причин смерти? На этот вопрос нет однозначного ответа. Что хорошо для Запада с его очень высоким средним возрастом смерти от этого класса причин, то плохо для

России и 21 на Западе. Но в России 22 из 23 умирают в возрасте до 70 лет, а на Западе – только 7 из 21.

Особое внимание привлекает очень высокая, по сравнению с Западом, вероятность умереть от болезней системы кровообращения. Однако сейчас это тоже едва ли можно считать недостатком российского распределения смертей по причинам, потому что в России у этой причины нет конкурентов – причин с более высоким возрастом смерти. На Западе в качестве такого конкурента выступают болезни органов дыхания, средний возраст смерти от них у мужчин даже выше, чем от болезней системы кровообращения, у женщин – почти такой же. Если присоединить к ним «прочие болезни», от которых на Западе также умирают, в основном, в весьма поздних возрастах, то на эти три класса причин придется 604 из каждой тысячи умерших мужчин и 697 из каждой тысячи умерших женщин, что, в значительной степени, и предопределяет высокую продолжительность жизни европейцев, американцев или японцев. В России же, в современных условиях, сокращение

Таблица 3.4. Вероятность умереть на протяжении жизни от основных классов причин смерти в России и на Западе

	Мужчины		Женщины	
	Россия, 2006	Запад, 2005	Россия, 2006	Запад, 2005
Все причины	1000	1000	1000	1000
в том числе:				
Инфекционные и паразитарные болезни	23	21	7	20
Новообразования	132	273	122	208
Болезни системы кровообращения	496	337	671	382
Болезни органов дыхания	51	127	23	117
Болезни органов пищеварения	43	37	35	38
Прочие болезни	74	140	85	198
Внешние причины смерти	182	65	58	37

доли умирающих от сердечно-сосудистых заболеваний означало бы их вытеснение причинами с более низким возрастом смерти, а стало быть, и снижение продолжительности жизни.

Таким образом, отличия российского распределения смертей по причинам смерти от западного связаны с особенностями российского возрастного распределения смертей от каждой из причин и не могут рассматриваться вне этого контекста.

Тем не менее, есть такие причины смерти, высокий вклад которых в общую смертность заведомо нежелателен. Хотя оттеснение смертности к более поздним возрастам возможно для всех причин, в наибольшей степени оно затруднено для тех из них, которые сильнее зависят от экзогенных, внешних факторов. Наиболее характерный пример – так называемые «внешние причины смерти»: несчастные случаи, отравления, травмы, самоубийства, убийства и т.п. Погибнуть от этих причин может совершенно здоровый человек в любом возрасте, поэтому распределение смертей от них всегда будет в наименьшей степени сдвинуто к старшим возрастам. Как ни низок в России средний возраст смерти от болезней системы кровообращения, от внешних причин россияне погибают намного более молодыми: мужчины, в среднем, на 24,3 года моложе, женщины – на 27,9 года. 16 из 18,2% смертей от внешних причин приходится на возраст от 20 до 70 лет, это всего в 1,6 раза меньше, чем умирает в этом возрасте от болезней системы кровообращения.

Но именно внешние причины занимают в России несуразно большое место в распределении смертей по причинам смерти, особенно у мужчин, их доля в общем числе мужских смер-

тей почти втрое выше, чем на Западе (табл. 3.4). Это – главная неблагоприятная особенность российского распределения смертей по причинам смерти. В России внешние причины несут ответственность за 18,2% мужских смертей, тогда как от рака погибает 13,2% (на Западе доля смертей от внешних причин у мужчин в 4 с лишним раза ниже, чем доля смертей от рака).

3.4.5. Возрастно-причинные группы смерти и приоритеты здравоохранения

Сопряженный анализ распределения смертности по причинам смерти и по возрасту смерти от каждой крупной причины или группы причин – необходимое условие выбора приоритетов действий системы здравоохранения, да и общества в целом, в борьбе за преодоление российского кризиса смертности. На такой анализ следует опираться при постановке конкретных целей государственной и ведомственной политики в этой области, он способствует правильному распределению усилий и ресурсов, концентрации их на главных направлениях.

Еще в 1990-е годы в России было выполнено исследование, показавшее, что неблагоприятное соотношение со смертностью, определяющее наше огромное отставание от большинства развитых стран, распространяется не на все причины смерти и все возраста населения, а определенным образом локализовано, привязано ко вполне конкретным «причинно-возрастным группам»⁶. С тех пор положение существенным образом не изменилось, о чем свидетельствуют данные табл. 3.5. В ней представлены разности табличных чисел умер-

Глава 3. СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ – КАТЕГОРИЧЕСКИЙ ИМПЕРАТИВ

Таблица 3.5. Избыточное табличное число смертей в возрасте до 70 лет в России по сравнению со странами Запада (на 100000 умерших во всех возрастах и от всех причин).

Россия - 2006 г., Запад - 2005 г.								
Возраст	Инфекционные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	В т.ч. ишемическая болезнь сердца	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины	Все причины
0	34	4	1	0	73	-1	47	575
0-4	13	13	4	0	21	0	85	200
5-9	3	3	1	0	6	1	96	141
10-14	1	8	3	0	3	1	110	146
15-19	7	13	22	5	8	7	351	438
20-24	56	13	83	18	26	43	866	1157
25-29	199	22	278	71	81	140	1488	2412
30-34	244	29	496	146	144	228	1604	3010
35-39	237	41	748	288	189	270	1490	3228
40-44	225	85	1227	541	253	306	1595	3987
45-49	219	124	1820	920	319	296	1566	4633
50-54	189	237	2628	1453	377	291	1521	5547
55-59	120	315	3364	1937	344	273	1172	5785
60-64	53	-126	4048	2330	237	198	827	5292
65-69	-46	-819	4088	2336	-2	53	480	3494
Всего	1554	-39	18811	10045	2078	2106	13297	40045
Женщины								
0	31	4	-1	0	62	-1	43	424
0-4	11	11	3	0	17	1	57	147
5-9	3	4	1	0	4	0	51	87
10-14	1	5	0	0	2	1	48	73
15-19	4	8	14	2	4	5	113	161
20-24	27	13	21	3	11	18	169	282
25-29	63	30	66	12	26	56	256	547
30-34	61	48	124	28	45	100	286	723
35-39	48	70	207	50	52	127	297	866
40-44	37	86	326	102	54	151	306	1026
45-49	24	80	525	187	53	170	340	1252
50-54	18	111	905	363	52	223	380	1750
55-59	2	117	1639	753	20	292	367	2505
60-64	-27	-18	2554	1241	-61	224	314	2999
65-69	-65	-234	3899	1936	-187	147	233	3657
Всего	239	334	10283	4678	154	1512	3259	16499
Число избыточных смертей								
	свыше 1000		500-1000		300-500			
	100-300		50-100		менее 50			

ших от крупных классов причин смерти (внутри класса болезней системы кровообращения выделена ишемическая болезнь сердца) по пятилетним группам населения в возрасте до 70 лет в России и в «западной модели». Эти различия можно истолковать как «избыточное число смертей» в России по сравнению с Западом.

Незакрашенные зоны таблиц не дают никаких оснований для беспокойства, здесь мы мало отличаемся от успешных западных стран. Голубые и зеленые ячейки таблиц говорят о некотором неблагополучии, но его масштабы не очень велики. Желтые ячейки дают уже тревожный сигнал, но настоящая беда сосредоточена в красной и особенно коричневой зонах. Именно здесь лежат главные причины наших потерь, и они указывают на того врага, против которого надо сосредоточит главные силы и средства.

Это, в первую очередь, смертность в средних возрастах от внешних причин, особенно мужчин. Очень большая часть избыточных смертей приходится на мужчин и женщин в относительно молодых возрастах от болезней системы кровообращения (прежде всего, ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения). Если бы удалось добиться успеха на этих направлениях, картина российской смертности сразу преобразилась бы, хотя все текущие задачи здравоохранения продолжали бы существовать, как они существуют во всех странах. Сохранялась бы и какая-то российская специфика, но отставание России от других стран резко сократилось бы.

3.5. Что мешает преодолению кризиса смертности в России?

3.5.1. Незавершенный эпидемиологический переход

Сложившаяся в России архаичная структура смертности по причинам смерти свидетельствует о незавершенности фундаментального процесса модернизации этой структуры, получившего название эпидемиологического перехода. Этот переход начался давно, Россия, следом за другими странами, довольно успешно прошла первый его этап. Но она до сих пор не может преодолеть второй этап перехода, начавшийся в развитых странах в 1960-е годы и принеший большинству из них значительные успехи. Более того, ситуация в России вообще выпадает из традиционной схемы

перехода: беспрецедентный рост насильственной смертности и столь же беспрецедентный рост смертности от болезней системы кровообращения в молодых возрастах есть обратное движение, по сравнению с путем, пройденным развитыми странами, эпидемиологический регресс. Реально второй эпидемиологический переход затронул только детские возраста и, возможно, некоторые достаточно малочисленные группы взрослого населения.

Успехи, достигнутые странами Запада, стали возможны, благодаря тому, что были правильно осмыслены конкретные причины смерти, вышедшие на первый план на новом этапе борьбы за снижение смертности.

Если на предыдущем этапе главные усилия были направлены, прежде всего, на снижение смертности от инфекционных и других острых болезней, то новый этап был связан со снижением и перераспределением в сторону старших возрастов смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, других хронических болезней, которые иногда называют дегенеративными: диабет, язва желудка и кишечника, хронические болезни мочевыделительной системы и т.д., а также с повсеместным снижением смертности от внешних причин. Соответственно были переориентированы и усилия здравоохранения. Осознание новых задач, отвечающих наступившему этапу эпидемиологического перехода, (иногда говорят о «втором эпидемиологическом переходе» или «второй эпидемиологической революции») позволило выработать новую стратегию действий.

Эта стратегия понималась очень широко, требовала ужесточить охрану окружающей среды, укрепить защиту от несчастных случаев, усилить индивидуальную профилактику болезней, борьбу с вредными и опасными привычками, по сути, в значительной степени изменить весь образ жизни людей. Конечно, не все необходимые изменения были полностью реализованы и на Западе, тем не менее, там очень многое было сделано, и вся деятельность по охране и восстановлению здоровья, оттеснению смерти к более поздним возрастам оказалась на новом этапе.

На этом этапе система здравоохранения и население как бы меняются местами — инициатива переходит к населению, поскольку источники опасности для здоровья и жизни сегодня часто находятся вне зон прямого влияния медицины: в питании, в окружающей среде, в привычках, поведении и стиле жизни. Соответственно, и новая стратегия борьбы со смертью требует, чтобы население не ограничивалось пассивным принятием

проводимых органами здравоохранения мер (эпидемиологического надзора, массовой вакцинации и т.п.), но и проявляло заинтересованную индивидуальную активность, направленную на оздоровление среды обитания, собственного образа жизни, заботу о своем здоровье, искоренение вредных и внедрение полезных привычек и т.п.

Это, в значительной мере, и произошло в западных странах, что, в свою очередь, потребовало соответствующих перемен и в медицинской науке, системах здравоохранения и т.п. Стала развиваться эпидемиология неинфекционных заболеваний и даже внешних факторов заболеваемости и смертности. Изменились требования к профессиональной подготовке специалистов здравоохранения, которые не только не обязаны быть хорошими клиницистами, но даже, напротив, должны иметь «неклиническое» мышление, ибо хороший клиницист эффективен при общении с пациентом, но может оказаться беспомощным при решении задач на уровне всего населения. Намного выросла информированность населения об опасностях, грозящих здоровью и жизни людей, о способах предотвращения этих опасностей.

В результате успехов в борьбе со смертью ранняя смерть становилась все более редким, необычным явлением, что, в свою очередь, способствовало повышению ценности здоровья и жизни в общественном сознании, оправдывало и даже делало необходимыми растущие затраты на их сохранение.

К сожалению, Россия все еще топчется в самом начале второго этапа эпидемиологического перехода. Основные направления борьбы со смертью по-прежнему связываются с патерналистскими усилиями системы здравоохранения, торжествует медикалистский подход, когда главных успехов ожидают от внедрения новейших методов лечения, развития высоких медицинских технологий и т.п. В то же время в жизнеохранительном поведении населения мало что меняется, и оно оказывается главным препятствием на пути снижения смертности.

Наиболее яркой иллюстрацией зависимости уровня смертности в России от образа жизни и поведения людей служат хорошо известные последствия злоупотребления алкоголем. Может быть, наиболее убедительным свидетельством связи между потреблением алкоголя и смертностью стала динамика смертности в период антиалкогольной кампании 1985-1987 гг. За три года ожидаемая продолжительность жизни у мужчин выросла на 3,1 года и почти вернулась к максимальному уровню 1964 г., а у женщин увеличилась на 1,3 года и достигла своего исторического максимума в России. Впоследствии антиалкогольная кампания сошла на нет, и все по-

лученные достижения были утрачены, но сам факт благотворных последствий снижения потребления алкоголя в тот период сомнений не вызывает. Существует предположение, которое нуждается, конечно, в проверке и подтверждении, что и самое последнее снижение смертности – после 2004 г. – также связано с некоторым ограничением потребления алкоголя.

В любом случае, по мнению экспертов, влияние «алкогольного фактора» на сохранение ранней смертности, прежде всего, от таких ключевых причин, как болезни системы кровообращения и внешние причины, огромен. На это с определенностью указал уже анализ их вклада как в снижение смертности в период проведения антиалкогольной кампании, так и в ее повышение после того, как кампания сошла на нет. Именно изменение смертности от этих двух групп причин предопределило общую динамику продолжительности жизни в тот период (рис. 3.13)⁷. По данным обширного эпидемиологического исследования, проведенного в типичном российском городе Ижевске, 40% смертей мужчин в возрасте 25-54 года сопряжено со злоупотреблением алкоголем⁸.

Конечно, вопрос о влиянии алкоголя на смертность россиян от болезней системы кровообращения, да и на смертность вообще, изучен недостаточно. Пока эта проблема, по-видимому, не кажется важной ни российской власти, ни российской науке, а в околонулевой литературе и вовсе характеризуется как «миф об алкоголизации»⁹: «утверждение о ведущей роли злоупотребления алкоголем в эпидемии российской сверхсмертности является мифом, внедряемым по незнанию или с умыслом»¹⁰.

В целом, ситуация с алкогольной смертностью служит яркой иллюстрацией недооценки всей новой проблематики, возникающей на этапе второго эпидемиологического перехода, когда успех в борьбе с нездоровьем и ранней смертностью оказывается намного теснее, чем прежде, связанным с изменениями в поведении и стиле жизни большинства населения.

3.5.2. Архаика российской социальной структуры

Эта недооценка, в свою очередь, имеет серьезные социальные причины. Эпидемиологический переход, в первую очередь, не медицинский, а социальный процесс, он предполагает определенное состояние общества, которое, по-видимому, пока не достигнуто в России.

В качестве носителя стереотипов поведения и связанных с ними ценностей, благоприятствующих сохранению здоровья и продлению жизни, во всем

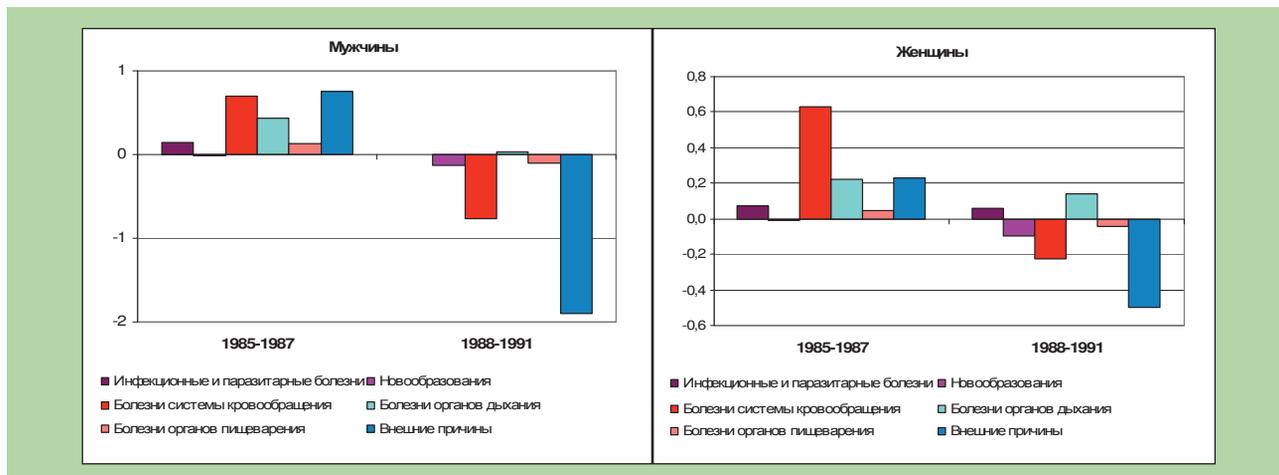


Рисунок 3.13. Вклад крупных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни во время антиалкогольной кампании и после нее, лет

мире выступает средний класс. Принципы и ценности нового жизнеохранительного поведения издавна вызревали по мере развития европейской буржуазии и постепенно становились достоянием все более массовых средних городских слоев. Когда пришло время, эти слои не только сами оказались подготовленными к выработке и усвоению новых поведенческих стереотипов, но оказали влияние на поведение и других слоев общества, стали образцом для них.

Анализ социальной дифференциации смертности в России показывает, что и у нас есть слои, по своему жизнеохранительному поведению аналогичные европейскому среднему классу. Это – социальные группы, характеризующиеся более высоким уровнем образования и занятые преимущественно умственным трудом (российские «белые воротнички»).

В последние годы был выполнен ряд исследований, позволяющих судить об особенностях смертности этих слоев. В частности, было показано, что падение продолжительности жизни взрослых россиян, как мужчин, так и женщин, между 1970 и 1989 гг. в основном определила динамика смертности лиц, занятых физическим трудом, тогда как динамика смертности занятых умственным трудом либо увеличивала продолжительность жизни населения, либо, во всяком случае, не снижала ее¹¹. В периоды роста смертности у лиц с высшим образованием ухудшение ситуации было минимальным, в то же время, в благоприятные периоды рост продолжительности жизни в населении с высшим образованием происходил примерно так же, как в менее образованных группах. Анализ структуры смертности по причинам смерти в зависимости от уровня образования по данным за 1989 г. показал, что различия между высшими и низшими образовательными группами сопряжены с теми же причинами смерти, которые определили рост смертности в России после 1965 г. и отличие смертности

в России от экономически развитых стран¹². Связь между уровнем смертности и принадлежностью к определенным социальным слоям прослеживается не только для взрослого населения, но и для детей, что неудивительно, ибо здоровье и смертность детей не могут не быть связанными с особенностями поведения их родителей¹³.

Однако в России носители образа жизни, характерного для средних слоев, не столь многочисленны, как на Западе, а их жизнеохранительное поведение не стало достаточно убедительным образцом для большинства населения. Если бы эти слои стали более многочисленными и смогли послужить авторитетным примером, образцом для подражания для других групп населения, одно это привело бы к очень серьезным улучшениям показателей смертности и продолжительности жизни всех россиян. Поэтому одной из главных предпосылок кардинального решения проблемы смертности в России и преодоления ее отставания от большинства развитых стран остается продолжение и завершение реформ, ориентированных на модернизацию социальной структуры российского общества, развитие средних слоев, а значит, и на создание либеральной экономической и политической среды, в которой они только и могут существовать.

3.5.3. Недостаточность ресурсов

Еще один ключевой фактор, препятствующий завершению эпидемиологического перехода в России, - недостаточность экономических ресурсов, направляемых на охрану и восстановление здоровья.

Достижения западных стран были бы невозможны, если бы повышение места здоровой и продолжительной жизни на шкале ценностей западных обществ не отразилось на распределении их матери-

альных ресурсов. Было осознано, что за сохранение долгой и здоровой жизни надо платить, и затраты на охрану здоровья – в абсолютном и в относительном выражении – повсеместно выросли. Подробнее об этом говорится в гл. 9, где показано, что в России такого роста не было, а нынешние затраты на охрану здоровья в России несопоставимо меньше, чем в большинстве развитых стран. Конечно, деньги решают не все, тем не менее, корреляция между величиной затрат и уровнем смертности несомненно существует.

На рис. 3.15 душевые затраты на охрану здоровья в разных странах сопоставлены с числом лет жизни, выигранным по сравнению с уровнем $e(0)=60$ лет для мужчин и $e(0)=70$ лет для женщин.

Судя по графику на рис. 3.14, каждый год прироста продолжительности жизни должен быть серьезно оплачен. Чем ниже душевые затраты, тем меньше это превышение. В России в 2005 г. продолжительность жизни мужчин даже не достигала 60 лет, в то время как в 17 из 33 приведенных на графике стран она превышала этот уровень на 15-20 лет. Правда, российские показатели на графике выглядят даже хуже, чем могли бы быть при нынешних затратах.

В любом случае, рассчитывать на достижение тех же показателей здоровья и смертности, что и в странах, в которых затраты на нужды здравоохранения превышают российские в разы, было бы нереалистично. Уже советский опыт показал, что экстенсивный рост некоторых ключевых характеристик системы здравоохранения – количества медицинского персонала, числа больничных коек и т.п., не подкрепленный более быстрым ростом финансирования, позволяющим повышать зарплату медицинского персонала и совершенствовать инфраструктуру здравоохранения, был малоэффективным, в частности, не приводил к росту продолжительности жизни.

3.5.4. Нереформированность системы здравоохранения

Неэффективность системы здравоохранения связана, по-видимому, не только с его недофинансированием и отсутствием современной стратегии действий, о чем будет сказано ниже, но и с несовершенством действующих принципов управления и

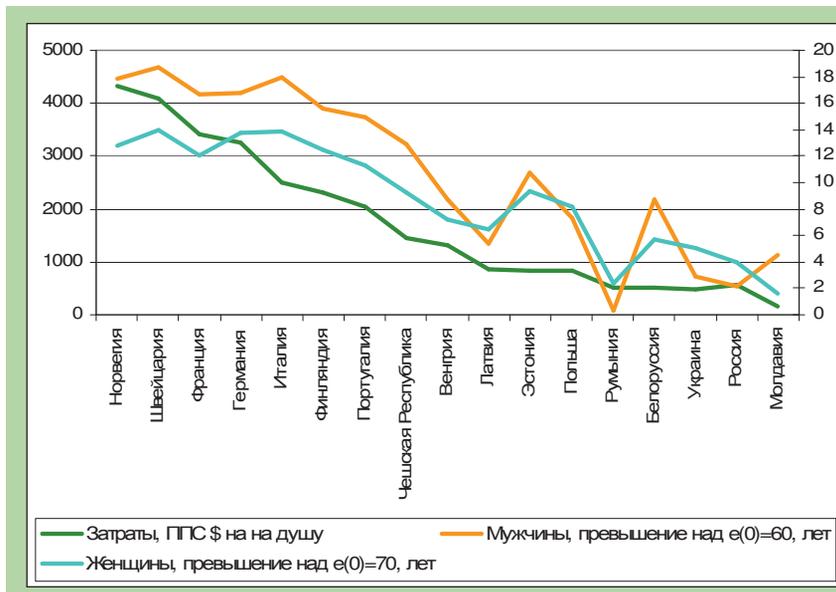


Рисунок 3.14. Общие душевые затраты на здравоохранение в долларах США по паритету покупательной способности (левая шкала) и превышение ожидаемой продолжительности жизни, равной 60 годам для мужчин и 70 годам для женщин, в годах, (правая шкала), 2005 г.

организации, которые не обеспечивают обратной связи этой системы с обществом и не позволяют эффективно распорядиться даже теми средствами, которые имеются. Вопрос о реформировании системы здравоохранения стоит давно, но задуманные реформы пробуксовывают, и многие механизмы, без которых в современных российских условиях невозможно добиться улучшения здоровья и снижения смертности, не внедряются.

Главная проблема, которую надо решить, – это обеспечение эффективной обратной связи между теми, кто финансирует, кто лечит и кого лечат. На Западе чаще всего ее решение основывается на совместной разработке этими сторонами программ развития здравоохранения в сочетании с использованием принципа «деньги следуют за пациентом» и, в той или иной степени, принципа соучастия потребителей медицинских услуг в их оплате. При этом вопрос о государственных гарантиях медицинской помощи не ставится под сомнение, речь идет лишь о выборе наиболее эффективных механизмов предоставления таких гарантий.

Зарубежный опыт дает достаточно материала для выбора и адаптации эффективных вариантов организации оказания медицинской помощи и ее финансирования. Хотя в западных странах не существует какой-то единой, общепринятой модели, разные ее варианты имеют определенные общие черты, сложившиеся в ходе длительной эволюции.

В большинстве стран Западной Европы здравоохранение финансируется преимущественно (до 90%) из бюджетных источников, формируемых за счет налогообложения. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования, формируемых в основном из целевых взносов нанимателей и работников, а также субсидий государства, преобладает в Германии (78%), Италии (87%), Франции (71%), Швеции (91%), Японии (73%). В США, Израиле, Южной Корее, высока доля частного финансирования здравоохранения: средств, добровольного медицинского страхования и прямой оплаты медицинских услуг пациентами. Все эти системы постоянно подвергаются критике, но все же, судя по результатам, достаточно эффективны и предоставляют определенные гарантии человеку, нуждающемуся в медицинской помощи.

В России сейчас, во многом из-за недофинансирования здравоохранения, но также и из-за невнятной политики, как раз такие четкие гарантии отсутствуют, а те, что установлены законом, - декларативны. Нарастает платность медицинских услуг, фиксируемые государственной статистикой расходы населения на медицинскую помощь составляют 32% от совокупных (государственных и личных) расходов¹⁴, причем это происходит при отсутствии эффективного контроля со стороны государства за качеством платных услуг.

Все это выдвигает двуединую задачу – увеличения объема ресурсов, направляемых на охрану здоровья, и реформирования всей системы здравоохранения с целью ее превращения в экономически и социально эффективную – в число наиболее важных задач российского общества на ближайшие годы. Терять время больше невозможно.

3.5.5. Отсутствие научно обоснованной политики

В феврале 2008 г. Министерство здравоохранения и социального развития России объявило о создании специального интернет-сайта для обсуждения Концепции развития здравоохранения до 2020 года. Министерство ожидало, что в этом обсуждении примут участие «не только специалисты-медики, но и представители широкой общественности».

При всей демократичности замысла, он вызывает серьезные вопросы. Подобный подход хорош, когда речь идет о какой-то новой задаче, по которой еще нет серьезных наработок. В этом случае организация «мозгового штурма» с участием неспециалистов (потому что готовых специалистов по решению новых задач обычно нет) позволяет

быстро выйти на исходные позиции, сформулировать черновой набросок плана действий. Затем следует двигаться дальше, вникая в сложности проблемы, недоступные взгляду неспециалиста, предлагая и опробуя решения, которые не могли появиться на ранней стадии обращения к теме. На этой стадии формируется экспертное сообщество, которое одно только и способно разрабатывать эффективные предложения. Снижение смертности – не менее сложная задача, чем строительство моста или создание космической ракеты. Было бы странно, если бы строители моста просили советов у стоящих на берегу людей, даже если именно этим людям мост нужен в первую очередь.

Снижение смертности – не новая задача для России. Можно было бы ожидать, что более чем за 40 лет нарастания ее неблагоприятных тенденций начальные этапы осмысления проблемы были пройдены, накоплено достаточно знаний. Имеется необходимое количество специалистов, чтобы предложить обществу стратегически выверенную концепцию действий, способных переломить ситуацию. Другое дело, что, поскольку речь идет о решении не технической задачи строительства моста, а сложной социальной проблемы, неразрешимой без активного участия населения, такую концепцию (а может быть, и несколько ее вариантов) полезно представить для ее широкого обсуждения не только специалистами-медиками, но и представителями общественности.

Путь формирования Концепции, избранный Минздравсоцразвития, - лучшее доказательство того, что мы все еще находимся на самых ранних стадиях осмысления проблемы, когда экспертное сообщество не готово к ее решению. Никаких серьезных наработок по ней нет, и нет даже осознания того, что такие наработки необходимы.

Об этом говорят и уже имеющиеся концептуальные документы системы здравоохранения. Они заполнены общими формулировками, выражениями типа «улучшить», «усовершенствовать», «способствовать», «внедрить», «снизить за счет повышения», «повысить за счет снижения» и т.п., стремятся охватить как можно большее число задач, не принимают во внимание, что круг задач меняется и, прежде чем ставить новые задачи, надо дать оценку решению задач предыдущего этапа и переформулировать приоритеты. Читая подобные документы, невозможно определить, когда они написаны: в 1960, 1980 или 2008 году, в них не находит отражения специфика проблемы и специфика момента, их может сочинить любой чиновник, абсолютно не знакомый с сутью дела. Приоритеты либо вообще не определяются, либо определяются «на глазок», поэтому бывает трудно понять, почему одни задачи названы, а другие – нет.

Например, в утвержденной в 2007 г. Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года в числе основных задач по снижению смертности названо сокращение смертности в результате дорожно-транспортных происшествий, и в последнее время в выступлениях ответственных лиц именно борьба со смертностью от этой причины называется в качестве одного из главных приоритетов. Хотя не вполне ясно, почему из всех внешних причин, в принципе, устранимых, выделены именно дорожно-транспортные происшествия, на долю которых в 2006 г. пришлось всего около 9% всех смертей от внешних причин (а если взять все транспортные несчастные случаи, то 13,5%), можно согласиться с тем, что - это достаточно серьезная причина смерти. В мире по числу жертв она действительно наиболее опасная из всех внешних причин смерти, и если в России это не столь очевидно, то лишь потому, что у нас очень высока смертность от других внешних причин, таких, как самоубийства, убийства, случайные отравления алкоголем, повреждения с неопределенными намерениями. Всего за период с 1965 по 2006 г. от транспортных несчастных случаев в России погибло свыше 1,5 млн. россиян, с середины 60-х годов ежегодное число их летальных исходов выросло в 2,3-2,4 раза (рис. 3.15). Кроме того, это очень важная причина роста инвалидизации населения, так как на один случай смерти от транспортной аварии приходится во много раз больше выживших, но искалеченных.

Непонятно другое: почему в том же перечне задач не названа, скажем, смертность от случайных отравлений алкоголем. И дело даже не только в том,

что по числу жертв эта причина смерти в последнее время все чаще конкурирует со смертностью от ДТП (рис. 3.15). Известно, что смертность от случайных отравлений алкоголем (в большинстве случаев это обыкновенный перепой) служит индикатором общей алкоголизации населения, которая, в свою очередь, вносит едва ли не решающий вклад в сверхсмертность взрослых россиян, особенно мужчин, в том числе и от ДТП. Сама же борьба с алкоголизмом в списке задач по снижению смертности вообще отсутствует. «Разработка мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя», упоминается лишь как рядовая задача среди других задач по укреплению здоровья населения.

По-видимому, проблема определения приоритетов политики в области снижения смертности еще далека от решения, а может быть, еще и не поставлена по-настоящему. Но даже если приоритеты определены, попытки достичь приоритетных целей должны опираться на достаточно обоснованную программу действий. Предположим, что цели борьбы за снижение смертности в России будут уточнены и переформулированы, и проблема алкоголизации населения, которая, как уже отмечалось, объясняет очень многое в необычно высокой российской смертности, особенно в сверхсмертности мужчин, будет признана приоритетной. Готовы ли мы к разработке программы действий по ее решению?

Один из уроков антиалкогольной кампании 80-х годов и недолговечности ее успехов заключался в том, что она была плохо продумана и совершенно не учитывала глубинных оснований алкогольного поведения населения. Чтобы справиться с напастью алкоголизма, нужны не импульсивные действия власти, рассчитанные на то, чтобы заставить население врасплох и за счет этого на короткое время улучшить демографические или социальные показатели. Необходима последовательная продуманная и имеющая общественную поддержку алкогольная политика. Но сейчас нет никаких предпосылок даже для формулирования такой политики. В стране нет ни одного, даже небольшого, специализированного центра, который бы занимался исследованием терзающего Россию социального недуга и на который можно было бы возложить выработку обоснованных мер алкогольной политики. Появление отдельных энтузиастов, пытающихся, на свой страх и риск, что-то изучать и формулировать, не способно привести к решению

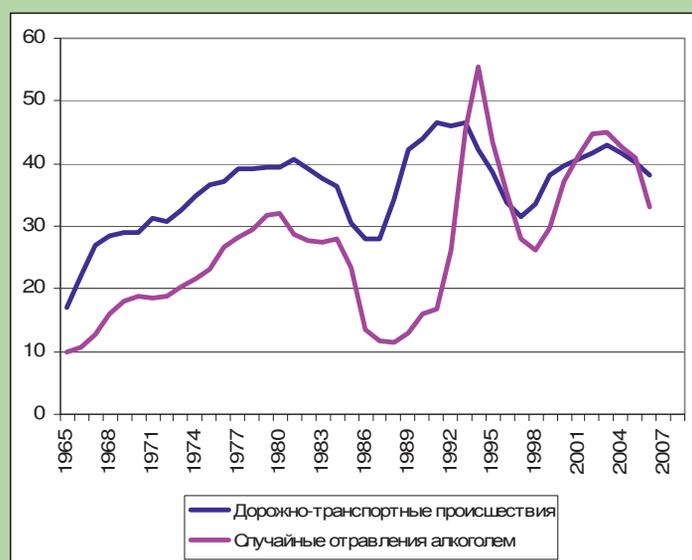


Рисунок 3.15. Число погибших от транспортных несчастных случаев и случайных отравлений алкоголем в России, 1965-2006, тыс. человек

столь масштабной задачи и только подчеркивает бездействие государства перед лицом бедствия, наносящего огромный ущерб стране и ее гражданам.

Понятно, что на фоне всеобъемлющей цели сокращения демографического ущерба от злоупотребления алкоголем в России, достижение отдельных частных целей, таких как снижение смертности от ДТП, кажется более доступным. Однако и оно требует продуманной и обоснованной программы действий.

В мире проблема транспортного травматизма давно осознана как одна из центральных для сохранения здоровья и жизни людей. На дорожно-транспортные происшествия давно перестали смотреть как на «случайность». Усилия, направленные на их предотвращение и ослабление их негативных последствий, тщательно продумываются, структурируются, они стали предметом серьезных научных исследований, на которые сейчас в мире расходуется больше средств, чем на исследования и разработки по туберкулезу¹⁵. На снижение дорожно-транспортного травматизма уже несколько десятилетий направлена работа многочисленных научных центров и правительственных организаций. Их деятельность в большинстве развитых стран охватывает широчайший круг вопросов, включающих формирование дорожной сети и организацию системы дорожного движения, конструирование автомобилей и других транспортных средств, отвечающих очень высоким требованиям безопасности, разработку и совершенствование правил дорожного движения и контроль за их соблюдением, а также организацию первой помощи при аварии, и, конечно, роль «человеческого фактора».

Результатом всей этой работы и стало значительное снижение транспортного травматизма, притом в странах, имеющих гораздо более высокую насыщенность транспортными средствами, чем Россия (рис. 3.16). В России же все остается на уровне благих намерений, смертность от ДТП более чем вдвое превосходит средний уровень в странах ЕС (до его расширения в 2004 г.) (рис. 3.17).

В анналах Министерства внутренних дел, главного хозяина на российских дорогах, зарегистрировано множество попыток создать структуры, изучающие проблемы дорожной безопасности (см. Вставка 3.3), но они остались на бумаге и не имели заметных последствий. У нас нет серьезных аналитических работ по проблеме транспортного травматизма, нет специалистов в этой области, не говоря уже об авторитетных научных коллективах. Даже для изучения уже накопленного в мире опыта нужны профессионалы, но и самый успешный опыт нельзя просто перенести на российскую почву, его необхо-

димо адаптировать к местным условиям, а это тоже требует серьезных исследований. Одножелания снизить смертность от дорожно-транспортных происшествий недостаточно, чтобы оно воплотилось в жизнь, нужна фундаментальная программа борьбы с этим бедствием. Сейчас в России выработать такую программу просто некому, да это и нельзя сделать за один день. Меры, предлагаемые на любительском уровне, не могут быть эффективными в долгосрочной перспективе, и даже если найдутся средства для их реализации, они, скорее всего, будут потрачены с малой отдачей.

Мало того, что в России почти не ведутся углубленные исследования по многим ключевым для страны проблемам смертности, у нас часто отсутствует даже элементарная информация, регулярно предоставляемая государственной статистикой во всех странах. Отчасти это стало результатом принятия в 1997 г. непродуманного Федерального закона «Об актах гражданского состояния», исключившего из содержания записей в акте о смерти сведений об образовании, занятии, семейном положении умершего, столь необходимых для анализа смертности.

Серьезно затруднено сопоставление российских данных с зарубежными. В 1999 г. Россия перешла на разработку данных об умерших на основе Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Однако официальная разработка данных все еще осуществляется на основе краткого подмножества МКБ-10 (менее 260 групп причин смерти), что серьезно осложняет международные сравнения и вообще анализ смертности по причинам смерти. На начальной стадии перехода, возможно, это было оправдано - врачи с трудом адаптировались к воз-

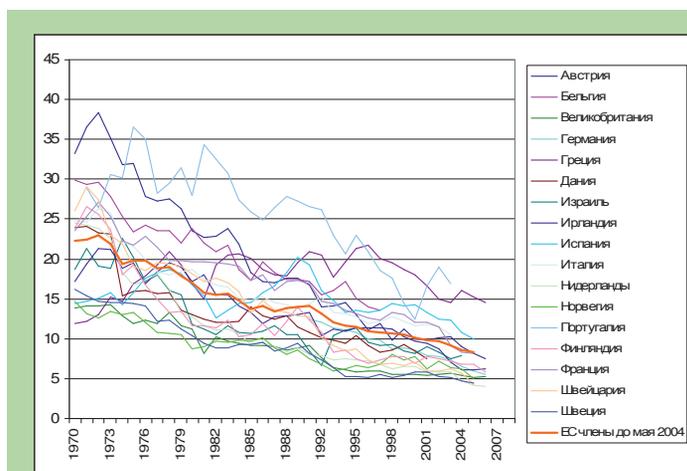


Рисунок 3.16. Стандартизованный коэффициент смертности от ДТП в некоторых странах, 1970-2006 гг. на 100000 населения

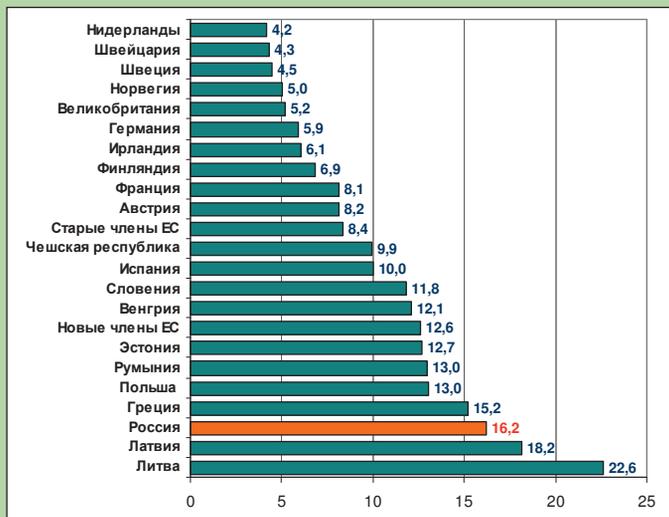


Рисунок 3.17. Стандартизованный коэффициент смертности от ДТП в России (2006 г.) и некоторых других странах (2005 г.), на 100000 населения

возможностям описывать причину смерти с помощью не 175 нозологических единиц, а всей МКБ-10, содержащей более 10 тысяч единиц. Но многие постсоветские страны уже перешли на полную номенклатуру МКБ-10, в России же это пока не сделано.

Так или иначе, но данные по России, сопоставимые с данными по другим странам, часто отсутствуют. Например, Европейское бюро ВОЗ регулярно рассчитывает на основе национальных данных и публикует, начиная с 1979 г., стандартизованный коэффициент смертности от причин смерти, связанных с алкоголем. Подчеркивая, что это – относительно грубый показатель, не позволяющий с точностью оценить связанную с потреблением алкоголя смертность, эксперты ВОЗ в то же время полагают, что «упрощенное суммирование смертей, связанных с потреблением алкоголя, позволяет с большей точностью ранжировать страны по уровням смертности от алкоголя, а также может использоваться для более тщательного отслеживания тенденций изменения ассоциированной с алкоголем смертности, чем это было бы возможно на основании отдельно взятых причин».

Если не считать карликовые государства Андорру, Монако и Сан-Марино, в Европейский регион ВОЗ входят 50 стран, включая все бывшие республики СССР. За 2004 г. коэффициент смертности от причин смерти, связанных с алкоголем, был опубликован по 36 странам, по большинству остальных имеются данные за более ранние годы. И только по трем странам – Турции, Черногории и России – этот показатель в Базе данных ВОЗ не появлялся никогда.

Еще один пример – данные о смертности от ДТП. По 8-ми из 15-ти бывших республик СССР ВОЗ опубликовала данные за 2004 или более поздний год, еще по 5-ти последние данные относятся к 2000-2003 гг., и только по России и Туркмении публикация данных заканчивается 1998 годом. Каковы бы ни были резоны отсутствия сведений по России в таблицах, объединяющих данные по всем европейским странам, сам факт такого отсутствия делает невозможными многие международные сопоставления в той области, где Россия явно отстает, и где использование положительного международного опыта для нее крайне важно.

Список подобных примеров можно продолжить, но и без того ясно, что речь идет не об отдельных разрозненных фактах, а об общем уровне освещения, понимания и стратегического осмысления «загадки» российской сверхсмертности. Это неоспоримо свидетельствует о том, что российское общество до сих пор не повернулось лицом к одной из самых тревожных своих проблем.

* * * * *

Российский кризис смертности – не изолированное явление. В 60-е - 80-е годы этот кризис в более или менее острой форме охватил не только Россию, но все бывшие «социалистические» страны Восточной Европы, равно как и все бывшие европейские республики СССР. Однако примерно с конца 1980-х годов во многих восточноевропейских странах начался уверенный рост продолжительности жизни, их опыт показывает, что кризис смертности, в принципе, преодолим, и переход от негативных к устойчиво позитивным тенденциям смертности возможен. В России же пока этот поворот не наступил, даже достигнутые в ходе нынешнего снижения (2005-2007 гг.) уровни смертности все еще остаются очень высокими, намного превосходя соответствующие показатели для развитых стран. Все это пока не позволяет всерьез говорить о начале преодоления кризиса.

Его особенность в России состоит в том, что он далеко не в равной степени затронул смертность в различных половозрастных группах. Главное и наиболее опасное проявление российского кризиса смертности – это крайне неблагоприятная динамика смертности населения трудоспособного возраста – от 15 до 60 лет, особенно мужчин.

К сожалению, Россия все еще топчется в самом начале второго этапа эпидемиологического перехода, не справляясь с установлением эффективного контроля над смертностью от тех причин, которые

Вставка 3.3. Из истории изучения проблем дорожной безопасности в СССР

1954 г. В составе научно-исследовательского института криминалистики (НИИК) МВД СССР образован отдел безопасности движения (из пяти человек).

1962 г. В отделе оперативной техники и связи научно-исследовательского института милиции (НИИМ) МВД РСФСР создана группа безопасности движения.

1965 г. В составе научно-исследовательского института милиции при МООП РСФСР создан отдел проблем безопасности движения.

1974 г. По решению Совета Министров СССР образован Всесоюзный научно-исследовательский институт безопасности дорожного движения (ВНИИБД) МВД СССР со своей лабораторной базой, мощным вычислительным центром, типографией и научной библиотекой.

1985 г. Утвержден Всесоюзный научно-исследовательский институт безопасности дорожного движения (ВНИИБД) МВД СССР. В составе ВНИИ МВД СССР образована научно-исследовательская лаборатория по разработке проблем обеспечения безопасности дорожного движения.

1988 г. Распоряжением Совета Министров СССР создан научно-исследовательский центр по безопасности дорожного движения (ВНИЦБД) МВД СССР (на правах института).

1992 г. На базе упраздненного ВНИЦБД МВД СССР образован научно-исследовательский центр Госавтоинспекции МВД России (на правах института).

Информационный портал ГАИ.РУ <http://www.gai.ru/articles/?art=30>

выходят на первый план на этом этапе. Главные из них – это болезни системы кровообращения в относительно молодых возрастах и внешние причины, особенно у мужчин, их доля в общем числе мужских смертей почти втрое выше, чем на Западе.

Острота российского кризиса смертности настолько велика, а его последствия настолько неблагоприятны, что его преодоление требует особых, значительно более энергичных, чем сейчас, усилий

со стороны российского государства и российского общества. В частности, необходимо существенно увеличить финансирование системы здравоохранения при одновременном ее реформировании. Необходимо также пересмотреть всю стратегию борьбы за снижение смертности, приведя ее в большее соответствие с задачами, стоящими на этапе второго эпидемиологического перехода и со стоящими перед Россией демографическими вызовами.

¹ Human Development Report 2007/2008. UNDP, 2007, p. 261-264.

² Здесь и далее в расчете по Южному федеральному округу не участвуют данные по Чеченской республике.

³ Андреев Е.М., Кваша Е.А. Особенности показателей младенческой смертности в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002, №4, с. 15-20.

⁴ База данных ВОЗ Health for all (HFA), обновление июля 2008 г.

⁵ В данном случае, «западная модель» - это усредненная таблица смертности по причинам смерти, объединяющая данные для 13 стран: Австрии, Великобритании, Германии, Греции, Ирландии, Испании, Люксембурга Нидерландов, США, Финляндии, Франции, Швеции и Японии.

⁶ А.Вишневецкий, В.Школьников. Смертность в России. Главные группы риска и приоритеты действий. Научные доклады. Выпуск 19. Московский Центр Карнеги. Москва 1997.

⁷ Население России 1997. Пятый ежегодный демографический доклад. М., Книжный дом «Университет», 1998, с. 98-99.

⁸ Leon D.A., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V.M. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia; a population based case-control study. The Lancet, 369: 2001-2009, 2007. V. 369, p. 1001-2009.

⁹ Сулакшин С.С. Российский демографический кризис: от диагностики к преодолению. М., Научный эксперт, 2006, с. 17.

¹⁰ Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. М., УРСС, 2001, с. 23. Вывод о «незначительности» влияния алкоголя на смертность от болезней системы кровообращения подтверждается в этой работе ссылкой на одну кандидатскую диссертацию.

¹¹ Андреев Е.М., Харьковская Т.Л., Школьников В.М. Изменение смертности в России в зависимости от занятости и характера труда. Народонаселение, 2005, №3, с. 68-81; Shkolnikov V.M., Andreev E., Jasilionis D., Leinsalu V., Antonova O.I., McKee M. The changing relation between education and life expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s. Journal of Epidemiology and Community Health, 2006: 60, p. 875-881.

¹² Андреев Е.М., Добровольская В.М. Социокультурные различия смертности в России. Здравоохранение Российской Федерации. -1993. -№ 12. -С. 18-21.

¹³ Более подробно о различиях уровней младенческой у женщин в разных образовательных группах см.: Е.М.Андреев, Е.А.Кваша. Младенческая смертность в разных образовательных группах в конце 1980-х-начале 1990-х годов.// Вопросы статистики. 2005, № 2, с.54-58; Е.А.Кваша. Социальная дифференциация младенческой смертности в России // Смертность и здоровье: тенденции, методы изучения, прогнозы. Под ред. М.Б.Денисенко и Г.Ш.Бахметовой. М., Макс Пресс, 2007. С. 237-255; Е.А.Кваша. Дифференциация младенческой смертности по уровню образования матери в регионах России в конце 80-х - середине 90-х годов 20 века. //Демоскоп-weekly (Интернет-издание), 2008, № 331-332 (<http://demoscope.ru/weekly/2008/0331/analit06.php>).

¹⁴ Здравоохранение в России. 2007: Стат.сб./Росстат. - М., 2007. с. 311, 315, 340.

¹⁵ Всемирный доклад по предупреждению дорожно-транспортного травматизма. ВОЗ, 2004, с. 6.