

6. Тенденции смертности и продолжительности жизни в России в 1990–2020 гг.

6.1. Абсолютное число умерших больше, чем два десятилетия назад, а коэффициенты смертности немного ниже

Изменения абсолютного числа умерших в отдельные годы последнего 30-летия были разнонаправленными (рис. 6.1). При этом если с 1990 по 2005 г. отмечался в основном относительно значимый рост, то затем можно говорить, скорее, о некотором снижении числа умерших. Однако, несмотря на достаточно длительное снижение, абсолютное число умерших в 2019 г. все же оставалось на 6,6% выше по сравнению с 1990 г., хотя численность населения России стала меньше. Динамика общего коэффициента смертности (ОКС) за рассматриваемый период полностью повторяла изменения абсолютных чисел, и его значение в 2019 г. также было выше, чем в 1990 г., — соответственно 12,3 против 11,2‰. Как известно, динамика числа умерших, как и общего коэффициента смертности, в значительной степени находится под влиянием изменений возрастной структуры населения России. Так, доля населения в возрасте 65 лет и старше на начало 2020 г. была более чем в 1,5 раза выше (15,4%), чем в начале 1990 г. (9,8%), а увеличение числа и доли пожилых и престарелых людей практически всегда приводит к росту общего числа умерших.

Вместе с тем расчет стандартизованных коэффициентов смертности (СКС) показал, что если бы возрастная структура населения в 2019 г. была такой же, как в 1990 г., то ОКС всего населения снизился бы на 23%, в том числе у мужчин на 22% и у женщин на 26% (табл. 6.1). Таким образом, в России в последнее 30-летие определяющее значение все же оказывали колебания возрастных интенсивностей смертности.

Относительно стабильное снижение смертности в течение всего 30-летнего периода отмечалось только в детских возрастах

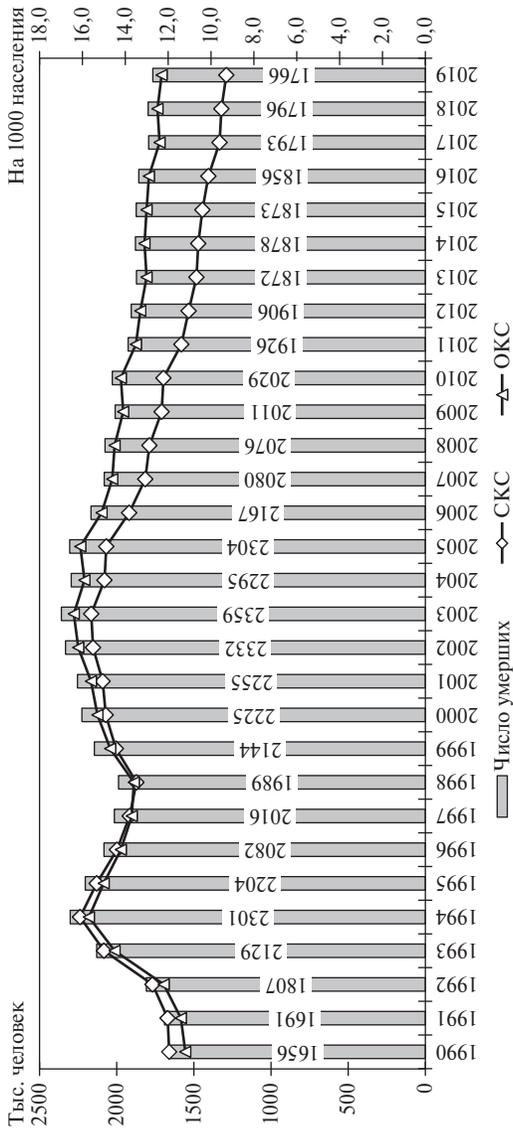


Рис. 6.1. Число умерших в России, тыс. человек (левая ось), общий (ОКС) и стандартизованный (СКС) коэффициенты смертности от всех причин, на 1000 населения (правая ось), 1990—2019 гг.

Примечание. Здесь и далее при анализе длительной динамики смертности данные для России приведены в границах до 17 марта 2014 г.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Таблица 6.1. Общий коэффициент смертности в 1990 и 2019 гг. и стандартизованный коэффициент смертности в 2019 г. при возрастной структуре 1990 г., Россия, на 1000 населения

Показатель	Общий коэффициент смертности		
	1990 г.	2019 г.	
		фактически	при возрастной структуре 1990 г.
Все население	11,2	12,2	8,7
Мужчины	11,6	13,2	9,0
Женщины	10,8	11,4	8,0

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

до 15 лет, причем более значимо — в возрастах до 10 лет, а менее значимо — в возрастах 10–14 лет (рис. 6.2, 6.3).

Иная картина наблюдается при анализе смертности взрослого населения и прежде всего в возрастах 20–59 лет. Так, до 2003–2005 гг. возрастные коэффициенты у мужчин в возрастах 20–54 лет и у женщин в возрастах 20–34 лет были в среднем в 1,5–1,7 раза выше, чем в 1990 г., а в более старших возрастах рост был немного меньше — 1,2–1,3 раза. При этом надо отметить, что тенденции смертности в России и на протяжении второй половины XX в. в основном определялись изменениями смертности в трудоспособных возрастах¹.

После существенного подъема смертности в предшествующие годы с 2005 г. началось относительно длительное снижение смертности взрослого населения, которое в большей степени затронуло мужчин в рабочих возрастах. При этом темпы снижения смертности в отдельных возрастах различались, и если возврат к уровню 1990 г. в возрастах 15–19 лет и у мужчин, и у женщин был достигнут к 2006 г., то в большинстве остальных возрастов этот рубеж был преодолен только после 2012 г. Однако возрастные коэффициенты смертности мужчин в возрастах 40–44 лет, а женщин 30–44 лет пока еще остаются выше уровня 1990 г. (соответственно на 2 и 22%).

¹ Демографическая модернизация России, 1900–2000 / под ред. А.Г. Вишневого. М.: Новое издательство, 2006. С. 273–279.

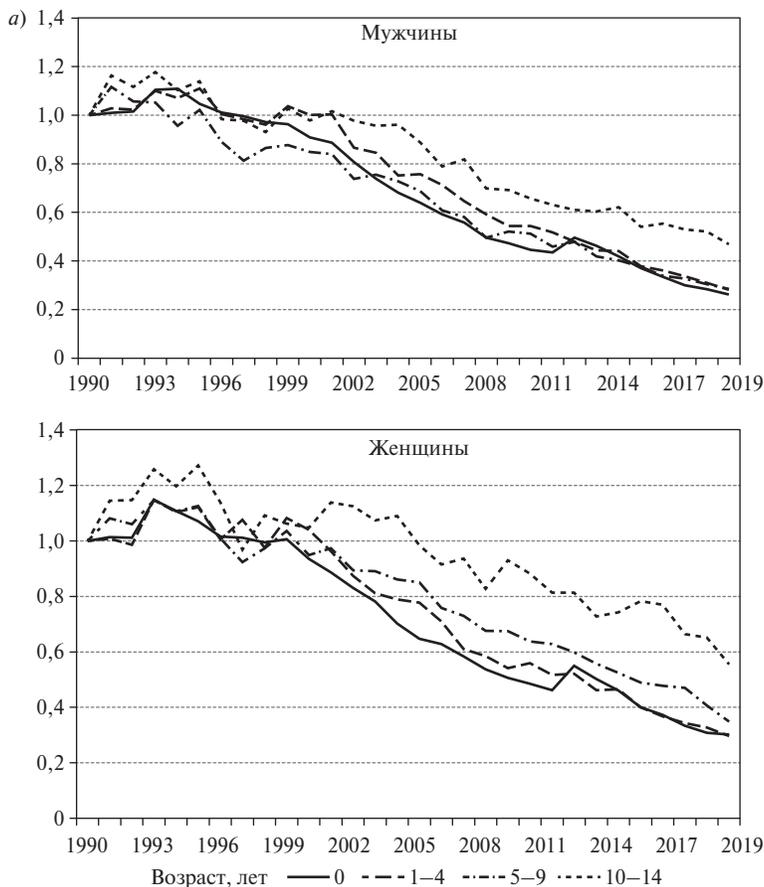


Рис. 6.2. Изменение коэффициентов смертности мужчин и женщин в возрастах от 0 до 55 лет, Россия, 1990–2019 гг., 1990 = 1: *a* — возраст 0–14 лет; *б* — 15–34 года; *в* — 35–55 лет

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Особо следует отметить ситуацию в возрастах 75 лет и старше, так как наблюдающееся достаточно значимое снижение возрастных коэффициентов смертности в этих возрастах, особенно в возрасте 85 лет и старше, есть следствие скорее некоторого завышения

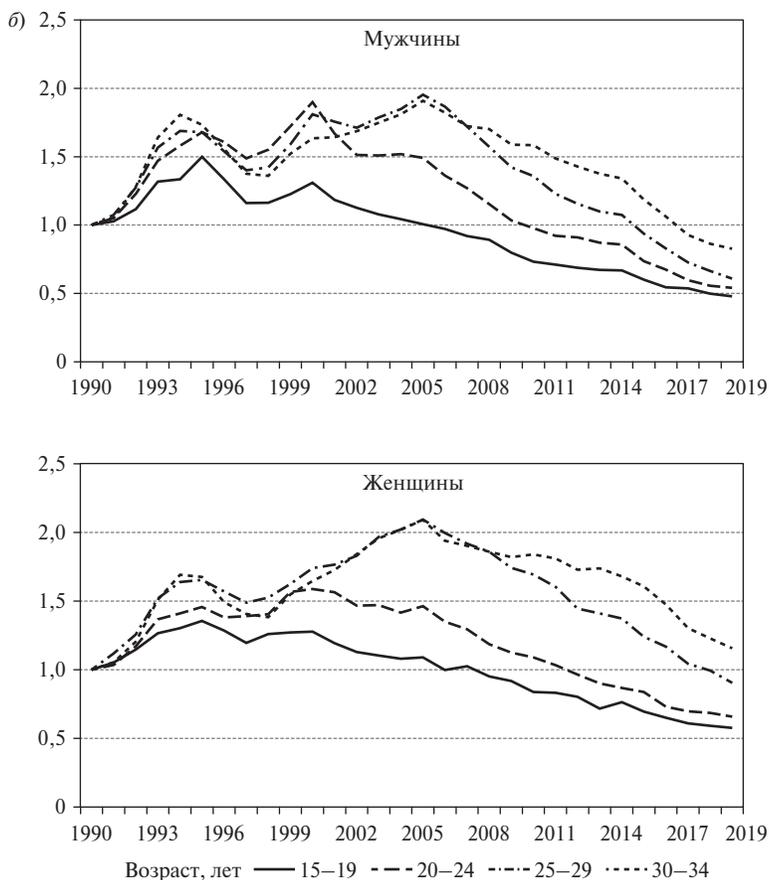


Рис. 6.2. (Продолжение)

оценок численности населения в этих возрастах, прежде всего после переписи 2010 г.², что приводит к более низким показателям начиная с 2011 г. (см. рис. 6.2, 6.3).

Что касается изменений смертности, отмечавшихся в 2019 г. по сравнению с предшествующим годом, то абсолютное число

² Андреев Е.М., Папанова Е.К., Школьников В.М., Тимонин С.А. Высокая продолжительность жизни москвичей после 80 лет — реальность или статистический артефакт? // Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. № 6. С. 826–835.

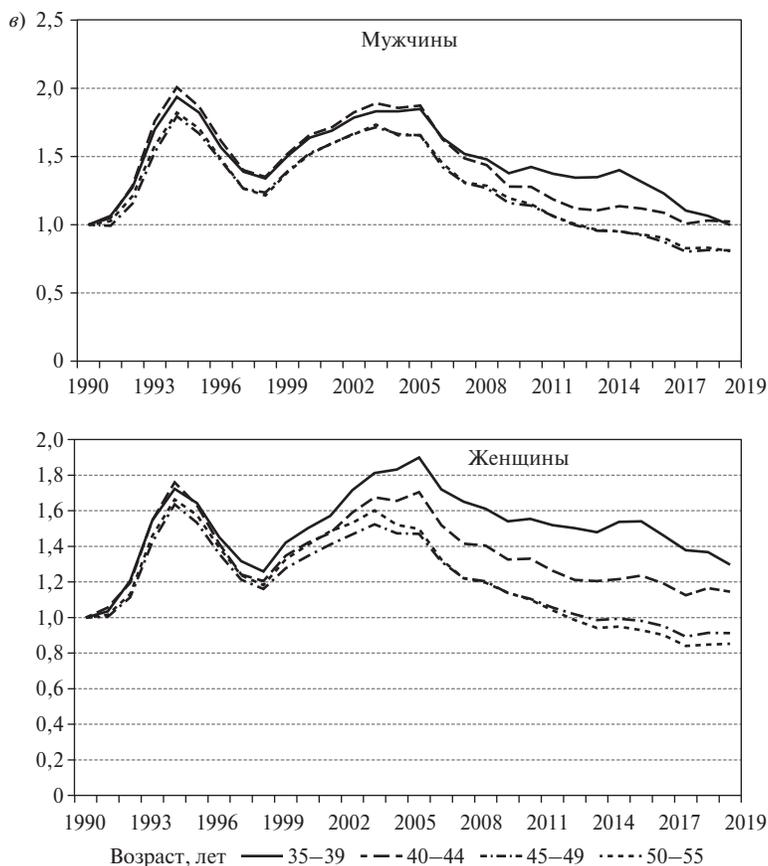


Рис. 6.2. (Окончание)

умерших среди всего населения демонстрировало незначительное снижение на 31 тыс., или на 1,7%. У городского населения снижение в относительном выражении было менее значимо, чем у сельского, — соответственно на 1,2 против 2,8%. При этом число умерших от заболеваний снизилось на 1,4%, в то время как число умерших от внешних причин — на 4,8%, причем аналогичные изменения отмечались и у городского (–1,0 и 4,3%), и у сельского (–2,5 и 6,1%) населения.

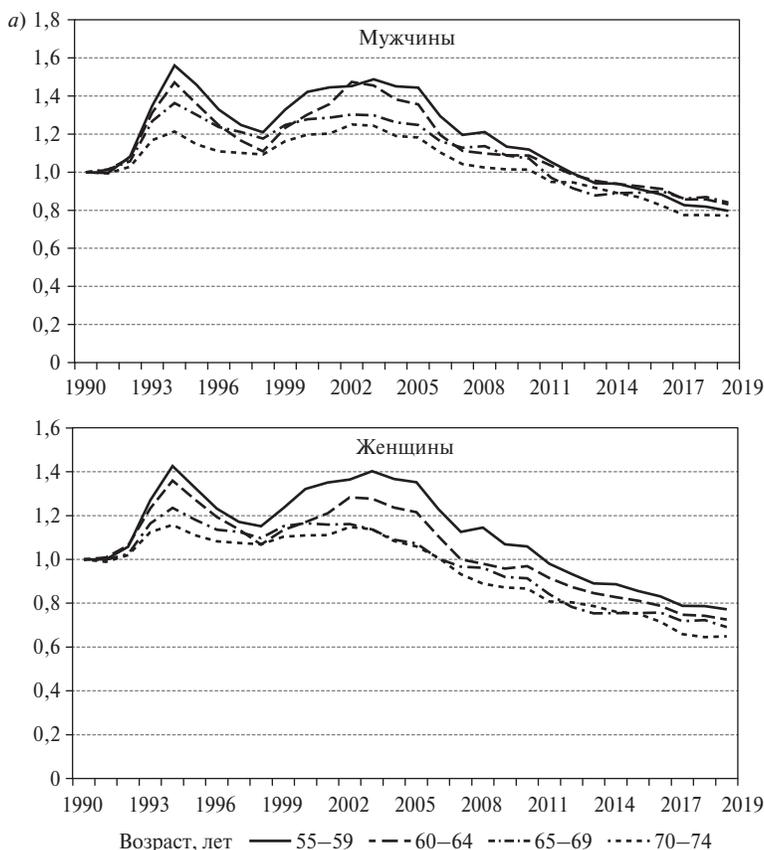


Рис. 6.3. Изменение коэффициентов смертности мужчин и женщин в возрастах 55 лет и старше, Россия, 1990–2019 гг., 1990 = 1: *а* — возраст 55–74 года; *б* — возраст 75 лет и более

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Также в 2019 г. по сравнению с 2018-м отмечалось снижение возрастных коэффициентов смертности и у мужчин, и у женщин во всех возрастах, исключение было только у женщин в 50–54 и 70–74 года, где наблюдался незначительный (на 0,6%) рост показателей (рис. 6.4). Вместе с тем в более молодых возрастах

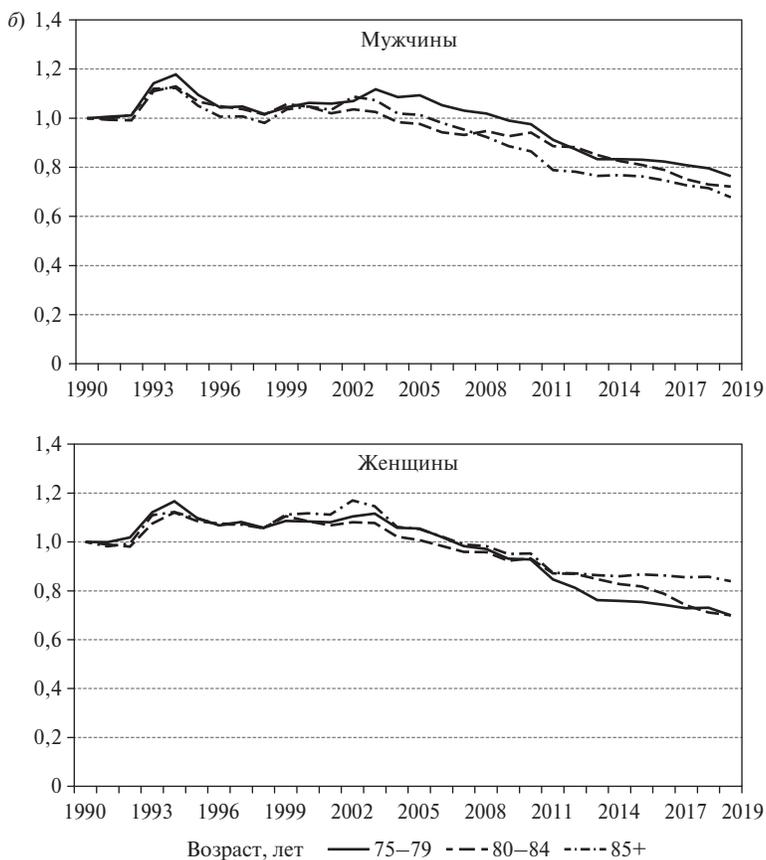


Рис. 6.3. (Окончание)

и у мужчин, и у женщин снижение смертности было большей интенсивности, чем в пожилых возрастах.

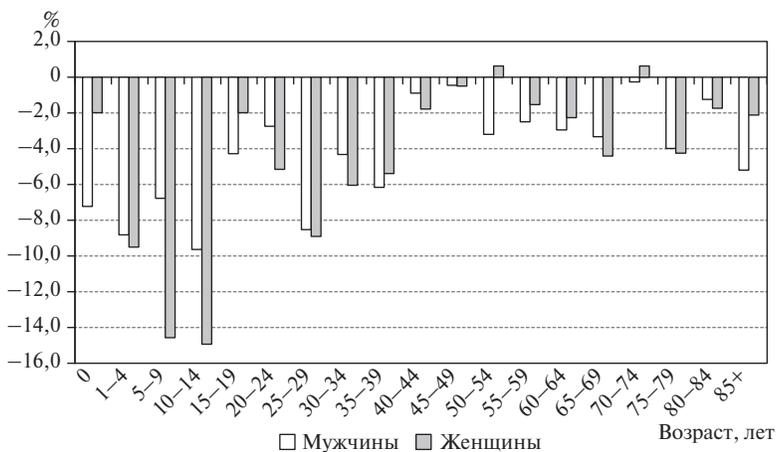


Рис. 6.4. Изменение возрастных коэффициентов смертности, 2019 г. по сравнению с 2018-м, %

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

6.2. Период «реального» роста ожидаемой продолжительности жизни короче, чем период восстановления утраченного ее начального уровня

Как известно, после середины 1960-х годов тенденции смертности и продолжительности жизни в развитых странах и в России были разнонаправленными. В результате к 1990 г. отставание показателей ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в России от развитых стран достигло у мужчин 12 лет от Японии, 11 — от Швеции, 9 — от Франции и 8 лет — от США, а у женщин — соответственно 8; 6; 7 и 5 лет (рис. 6.5). В следующее десятилетие разрыв в ОПЖ еще более увеличился, особенно в 1993–1994 гг., когда она упала в России до минимальных значений после 1965 г. И только в начале 2000-х годов, а точнее, с 2004 г., в России стала отмечаться достаточно устойчивая положительная тенденция роста ОПЖ.

Однако достижения остаются пока весьма скромными. Как неоднократно указывалось, в России рост ОПЖ в последние годы в значительной части носит восстановительный характер, т.е. име-

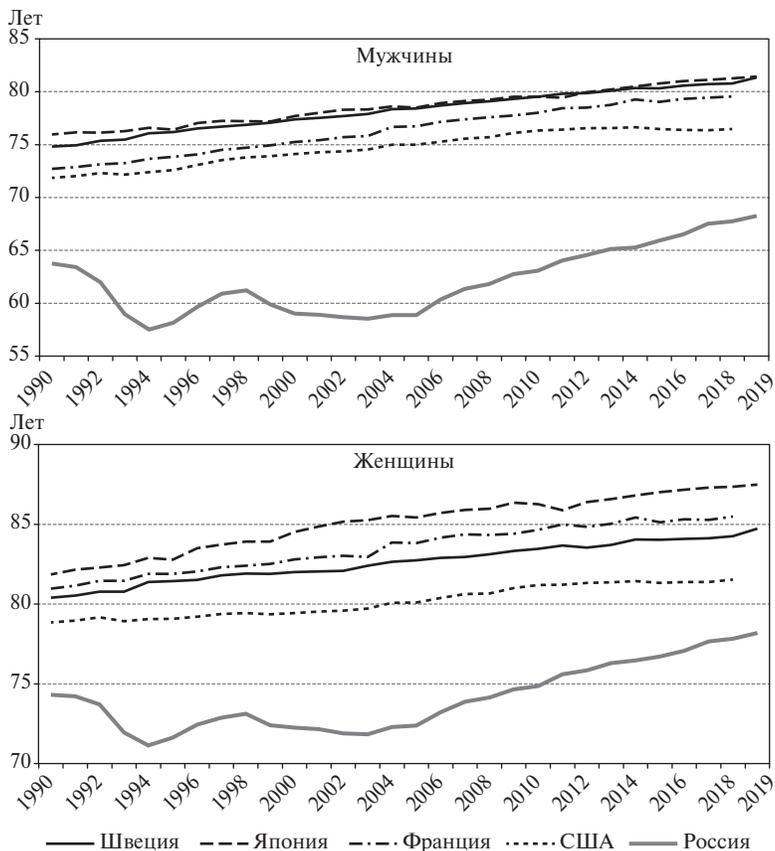


Рис. 6.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, Россия, США, Франция, Швеция и Япония, 1990–2019 гг., лет

Источники: Human Mortality Database. URL: <https://www.mortality.org>; данные Росстата; расчеты авторов.

ется в виду тенденция возврата к максимальным значениям ОПЖ, отмечавшимся либо в середине 1960-х годов, либо во время антиалкогольной кампании 1985 г.: в ходе последнего периода женщины вернулись к ранее достигнутому максимуму в 2009 г., а мужчины — в 2013-м (табл. 6.2, рис. 6.6). Таким образом, на фоне почти

Таблица 6.2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России по расчетам Института демографии НИУ ВШЭ, 1990–2019 гг., лет

Год	Все население			Городское население			Сельское население		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
1990	69,22	63,76	74,32	69,59	64,35	74,37	67,99	62,05	73,96
1991	68,97	63,42	74,23	69,35	64,01	74,30	67,70	61,70	73,81
1992	67,85	61,96	73,71	68,17	62,42	73,78	66,82	60,67	73,36
1993	65,09	58,81	71,85	65,37	59,14	71,95	64,21	57,88	71,46
1994	63,83	57,40	71,07	64,07	57,64	71,16	63,12	56,71	70,74
1995	64,54	58,13	71,61	64,71	58,30	71,65	64,01	57,66	71,42
1996	65,81	59,63	72,42	66,22	60,07	72,63	64,64	58,44	71,78
1997	66,74	60,86	72,85	67,30	61,50	73,17	65,16	59,17	71,92
1998	67,06	61,21	73,12	67,53	61,74	73,37	65,74	59,80	72,40
1999	65,94	59,88	72,42	66,35	60,32	72,64	64,75	58,70	71,76
2000	65,32	59,00	72,24	65,67	59,33	72,44	64,33	58,13	71,65
2001	65,21	58,90	72,15	65,54	59,20	72,35	64,25	58,07	71,57
2002	64,92	58,65	71,88	65,36	59,05	72,15	63,66	57,52	71,08
2003	64,84	58,53	71,84	65,34	58,98	72,18	63,41	57,28	70,85
2004	65,30	58,90	72,35	65,85	59,40	72,72	63,77	57,56	71,27
2005	65,37	58,92	72,48	66,09	59,58	72,99	63,46	57,23	71,06
2006	66,68	60,42	73,33	67,42	61,11	73,87	64,73	58,68	71,84
2007	67,59	61,44	73,99	68,35	62,18	74,52	65,56	59,54	72,53
2008	67,98	61,90	74,27	68,75	62,65	74,81	65,91	59,99	72,76
2009	68,77	62,86	74,78	69,56	63,64	75,33	66,66	60,86	73,27
2010	68,93	63,08	74,87	69,68	63,81	75,38	66,91	61,18	73,41
2011	69,83	64,04	75,61	70,51	64,67	76,10	67,99	62,40	74,21
2012	70,23	64,55	75,84	70,82	65,08	76,26	68,60	63,11	74,65
2013	70,76	65,12	76,29	71,33	65,64	76,69	69,18	63,75	75,14
2014	70,93	65,28	76,48	71,48	65,78	76,87	69,37	63,93	75,35
2015	71,40	65,93	76,73	71,93	66,40	77,10	69,89	64,65	75,61
2016	71,89	66,51	77,08	72,37	66,94	77,41	70,48	65,32	76,07
2017	72,73	67,53	77,66	73,19	67,93	77,98	71,36	66,41	76,67
2018	72,93	67,76	77,83	73,35	68,13	78,11	71,65	66,72	76,92
2019	73,36	68,25	78,19	73,75	68,58	78,43	72,18	67,33	77,38

Примечание. Оценки продолжительности жизни, выполненные в ИДЕМ НИУ ВШЭ, несколько отличаются от официальных, но отличие невелико. Главное преимущество представленных показателей в том, что продолжительность жизни населения России за длительный период рассчитана по единой методике. По официальным данным, с учетом Республики Крым и г. Севастополя ОПЖ для всего населения в 2019 г. была меньше на 0,01 года, чем по нашим расчетам.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

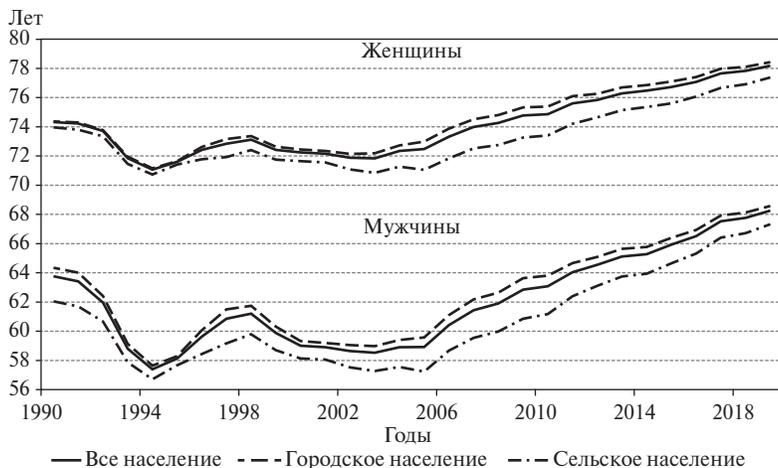


Рис. 6.6. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении всего, городского и сельского населения, Россия, 1990–2019 гг., годы

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

полувекового периода стагнации реальный рост наблюдается всего в течение последних 6 лет у мужчин и 10 лет у женщин, а ОПЖ мужчин в 2019 г. была выше, чем в 1965 г., всего на 3,68 года, а по сравнению с 1990-м — на 4,49 года, у женщин — соответственно на 4,88 и 3,87 года.

Несмотря на положительные тенденции последних лет, Россия по уровню продолжительности жизни до сих пор значительно отстает от развитых стран, причем разрыв не только не уменьшается, а, напротив, растет. Так, в 2019 г. разрыв в ОПЖ у мужчин России по сравнению с Японией достиг 13,2 года; Швецией — 13,1; Францией — 11,3; США — 8,2 года. У женщин разрыв немного меньше, но также весьма значительный: 9,30 года — с Японией; 7,30 — с Францией; 6,54 — со Швецией и 3,35 года — с США.

В целом за последний период роста (в 2003–2019 гг.) рост ОПЖ у мужчин был в 1,5 раза выше, чем у женщин, причем в городах несколько меньше, чем в селах (у мужчин прирост составил 9,60 года в городской местности и 10,05 года в сельской, а у женщин — соответственно 6,25 и 6,53 года).

Как неоднократно нами подчеркивалось в предыдущих докладах «Население России»³, темпы роста продолжительности жизни существенно различались по годам у мужчин и у женщин, различны они были в городах и сельской местности.

В начале рассматриваемого периода, в 2003–2005 гг., рост ОПЖ был минимальным, особенно в сельской местности и прежде всего у сельских женщин, у которых до 2005 г. вообще можно говорить о стабильности уровня. В дальнейшем скорость заметно возросла, но колебания сохранились. Например, если в 2006 г. прирост ОПЖ у мужчин составил 1,5 года, то в 2007, 2009, 2011 и 2017 гг. он был около 1 года, в 2008, 2012, 2013, 2015, 2016 и 2019 гг. — около 0,5 года, а в 2010, 2014 и 2018 гг. он был минимальным (соответственно 0,22; 0,16 и 0,23 года). Скорее всего, замедление роста в 2010 г. могло быть следствием необычной жары, что подтверждается также и тем, что коснулось оно только городского населения. Аналогичные колебания ОПЖ отмечались и у женщин. В результате у мужчин и женщин различия в ОПЖ городских жителей по сравнению с сельскими в 2019 г. стали несколько меньше, чем в 2018 г. (у мужчин различия достигли соответственно 1,25 против 1,41 года, а у женщин — 1,05 против 1,19 года).

Помимо ОПЖ при рождении, к важным информативным индикаторам смертности относится и ожидаемая продолжительность жизни в возрастах 15, 45 и 65 лет. Анализ трендов за последний 30-летний период показал, что темпы изменения ОПЖ в возрасте 15 лет несколько опережали соответствующие темпы ОПЖ в возрасте 45 лет, прежде всего у мужчин. Это еще раз является подтверждением определяющего значения изменений смертности в молодых рабочих возрастах (15–44 лет) для динамики продолжительности жизни (рис. 6.7). В то же время прирост ОПЖ в возрасте 65 лет в абсолютных цифрах был менее значительным в сравнении с приростом ОПЖ в возрастах 15 и 45 лет, но в относительном выражении он был более заметным. Так, ОПЖ в возрасте 65 лет у мужчин в 2019 г. была выше на 17,6% по сравнению с уровнем 1990 г., а у женщин — на 16,7%, тогда как прирост ОПЖ в возрасте 15 и 45 лет составил соответственно 6,3 и 10,4% у мужчин и 4,7 и 9,1% у женщин. Несмотря на разнонаправленные и асинхронные

³ Население России 2017: двадцать пятый ежегодный демографический доклад / отв. ред. С.В. Захаров. М.: Изд. дом ВШЭ, 2019. С. 291–295.

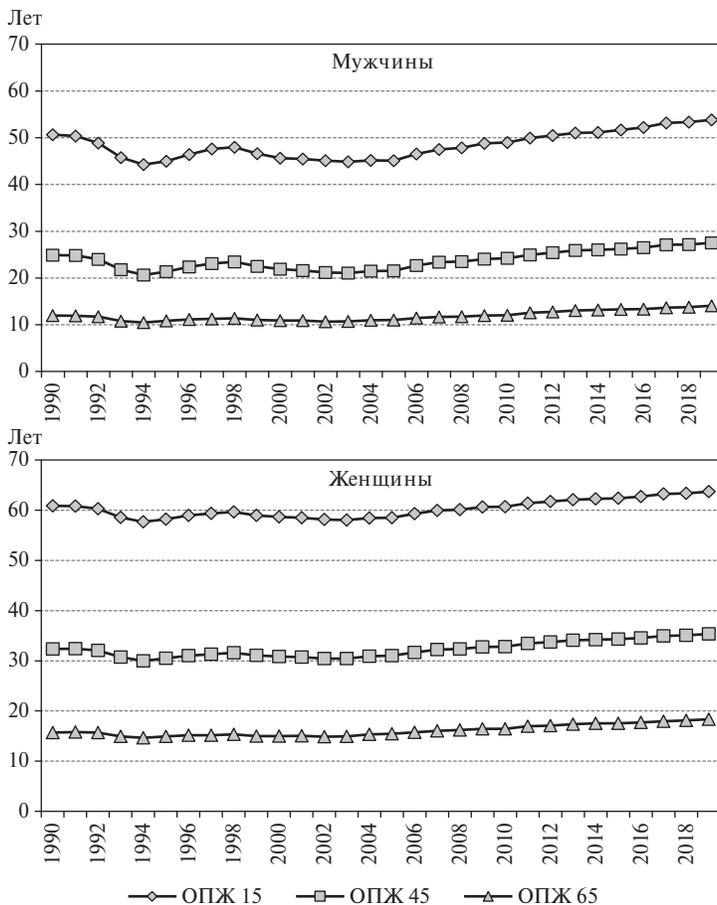


Рис. 6.7. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в возрастах 15, 45 и 65 лет у мужчин и женщин, Россия, 1990–2019 гг., лет

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

колебания смертности у мужчин и женщин, особенно в последний период снижения смертности, разрыв в показателях ОПЖ между мужчинами и женщинами несколько сократился в возрасте 15 лет (с 10,2 года в 1990 г. до 9,9 в 2019-м), но в возрастах 45 и 65 лет,

напротив, немного увеличился — соответственно с 7,5 до 7,8 года и с 3,8 до 4,3 года.

Несмотря на достигнутые успехи, российские показатели ОПЖ в возрастах 15, 45 и 65 лет, как и при рождении, все еще существенно отстают от показателей развитых стран и в большей степени у мужчин, чем у женщин (рис. 6.8).

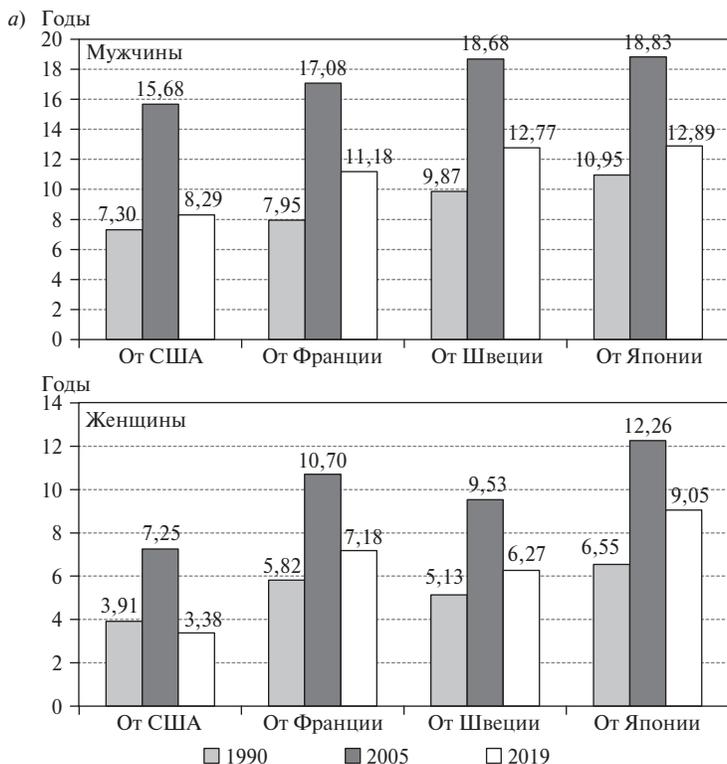


Рис. 6.8. Отставание России по величине ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в возрастах 15; 45 и 65 лет от США, Франции, Швеции и Японии в 1990, 2005 и 2019 гг. (США, Франция — 2018 г.), годы: а — ОПЖ 15; б — ОПЖ 45; в — ОПЖ 65

Источники: Human Mortality Database (<https://www.mortality.org>); данные Росстата; расчеты авторов.

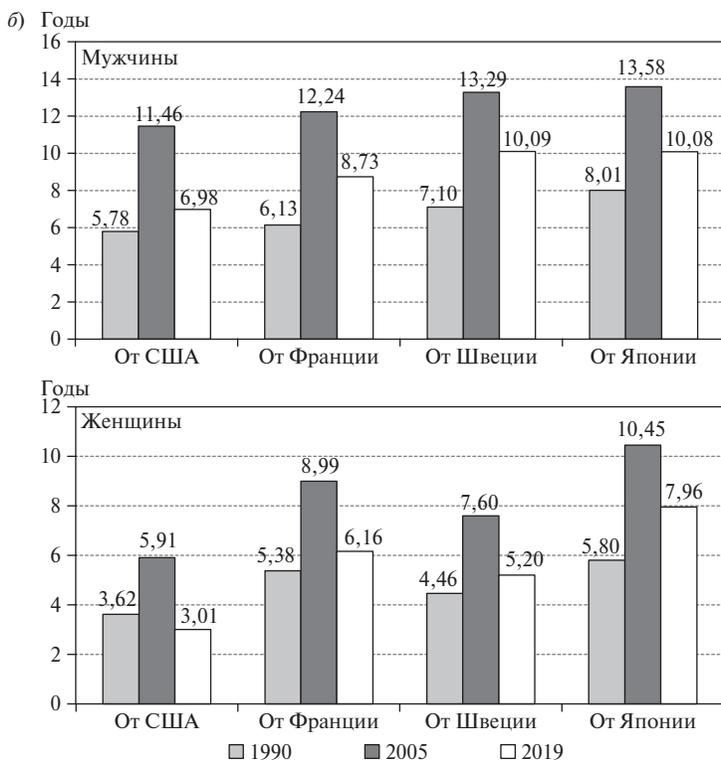


Рис. 6.8. (Продолжение)

Наиболее значительным отставание России было в середине рассматриваемого периода. Так, в 2005 г. разрыв между Россией и Швецией, Японией по величине ОПЖ у мужчин в возрасте 15 лет был более 18 лет, в возрасте 45 лет — более 13, а в возрасте 65 лет — около 7 лет. В результате снижения смертности в последующие годы удалось несколько сократить отставание России, но достичь значений 1990 г. пока не получается. Лучше ситуация складывается для женщин, которые несколько сократили отставание от США.

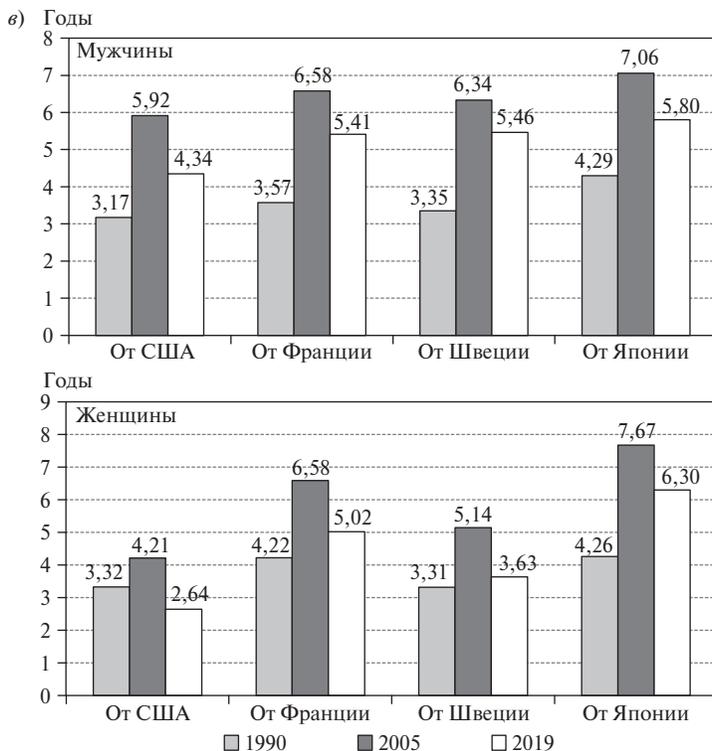


Рис. 6.8. (Окончание)

6.3. Вклад изменений смертности по возрастам и причинам смерти в динамику ожидаемой продолжительности жизни: непостоянство по величине и знаку

Как отмечалось ранее, за последние 30 лет тенденции ОПЖ в России в отдельные периоды были разнонаправленными. Поэтому крайне важно знать, за счет роста или снижения смертности, в каких именно возрастах и от каких причин смерти происходили соответственно снижение или рост ОПЖ. Расчеты, проведенные

с использованием метода декомпозиции⁴, показали, что основной вклад и в снижение, и в рост ОПЖ при рождении вносили изменения смертности в рабочих возрастах, в первую очередь у мужчин (табл. 6.3, рис. 6.9). Так, снижение ОПЖ мужчин с 1990 по 1994 г. почти на 80% было результатом роста смертности в возрастах от 15 до 59 лет (в том числе 66,1% — в возрастах 30–59 лет).

Таблица 6.3. Вклад изменений смертности разных возрастных групп в общее изменение продолжительности жизни в России, 1990–2019 гг., годы

Период	Изменение	В том числе за счет смертности в возрастах, лет					
		0–14	15–29	30–44	45–59	60–74	75+
<i>Мужчины</i>							
1990–1994	–6,37	–0,12	–0,77	–1,96	–2,25	–1,17	–0,1
1994–1998	3,82	0,23	0,22	1,16	1,45	0,62	0,16
1998–2003	–2,68	0,32	–0,15	–0,97	–1,22	–0,58	–0,08
2003–2019	9,73	0,90	1,45	1,97	2,91	1,78	0,71
1990–2019	4,49	1,30	0,72	0,22	0,83	0,82	0,60
<i>Женщины</i>							
1990–1994	–3,25	–0,15	–0,25	–0,66	–1,08	–0,85	–0,26
1994–1998	2,05	0,17	0,02	0,4	0,72	0,51	0,23
1998–2003	–1,28	0,27	–0,06	–0,43	–0,61	–0,3	–0,15
2003–2019	6,35	0,75	0,45	0,53	1,37	1,74	1,50
1990–2019	3,87	1,04	0,17	–0,14	0,38	1,21	1,21

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

В отличие от мужчин, у женщин в этот период в снижение ОПЖ помимо значительного вклада возрастов 30–59 лет (52,5%) вносили и изменения смертности в старших возрастах, прежде всего в 60–74 года (23,4%). В дальнейшем именно изменение смертности в этих возрастных группах оказывало существенное влияние на динамику общей величины ОПЖ. Однако в 2003–2019 гг., в последний период снижения смертности и роста продолжительности жизни, носившего, как уже говорилось, в определенной степени восстановительный характер, увеличился вклад

⁴ Андреев Е.М. Метод компонент в анализе продолжительности жизни // Вестник статистики. 1982. № 9. С. 42–47.

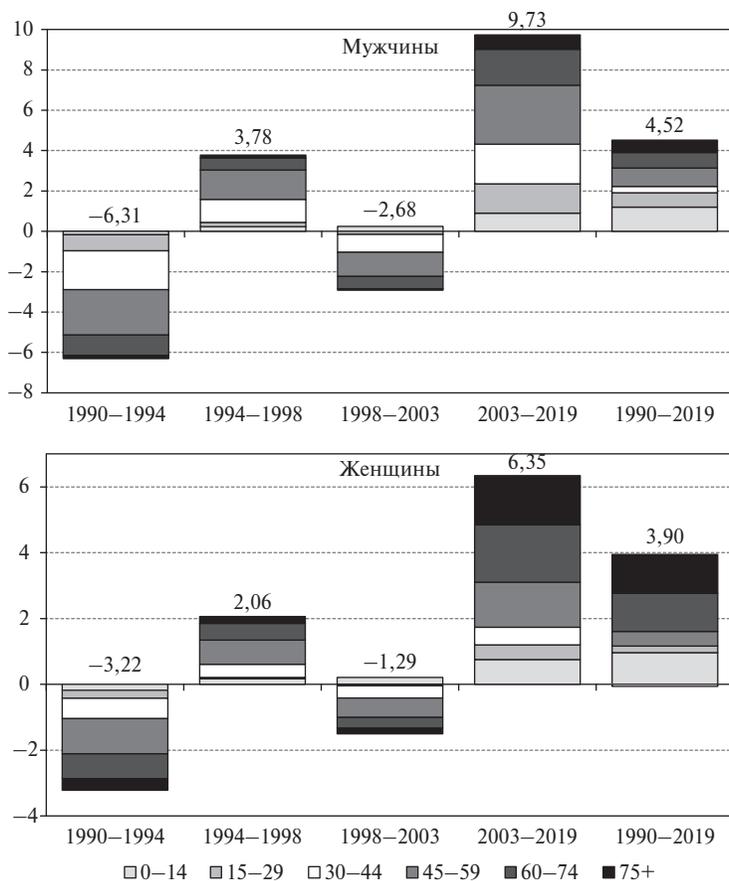


Рис. 6.9. Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в России, 1990–2019 гг., годы

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

в рост ОПЖ, оказываемый снижением смертности в более старших возрастах. Так, у мужчин на 23,2%, а у женщин на 27,4% рост ОПЖ был результатом снижения смертности в возрастах 60–74 лет, а в возрастах 75 лет и старше — соответственно на 9,8 и 11,9%.

Таким образом, в целом за 30-летний период вклад в рост продолжительности жизни и у мужчин, и у женщин почти на $\frac{1}{4}$ внесло снижение смертности в детских возрастах (0–14 лет). Что касается взрослого населения, то если у мужчин наиболее значительным (42,8%) был вклад рабочих возрастов 15–59 лет и менее значимым старших (31,0%), то у женщин, напротив, вклад возрастов 60 лет и старше почти на $\frac{2}{3}$ (60,0%) обеспечил рост ОПЖ, а вклад рабочих возрастов был минимальным (15,2%). Причем у женщин в возрастах 30–44 лет изменения смертности приводили даже к незначительному снижению (на 0,06 года) ОПЖ.

Разумеется, в основе тенденций смертности по возрастам лежат ее изменения от разных причин смерти. Решающее значение и на этапах снижения продолжительности жизни, и на этапе ее роста имели изменения смертности от болезней системы кровообращения (БСК) и от внешних причин.

Однако, как отмечалось в предыдущих докладах⁵, после 2013 г. при определении вклада изменений смертности от отдельных причин приходится сталкиваться с тем, что многие регионы России, стремясь достичь целевых показателей смертности от отдельных причин, прежде всего от БСК, начали пересматривать в выгодную для себя сторону практику кодирования причин смерти. В частности, некоторые регионы стали широко использовать диагноз «старость», и рост доли смертей от «неустановленных болезней» ускорился. Однако в последние годы ситуация несколько улучшилась. Поэтому, несмотря на отмеченные недостатки, мы все же воспользуемся данными о причинах смерти, но при этом с некоторой осторожностью оценивая полученные результаты.

Основной рост продолжительности жизни в целом с 1990 по 2019 г. связан с положительной динамикой смертности у мужчин и женщин от БСК и внешних причин, однако их вклад в отдельные периоды роста и снижения ОПЖ у мужчин и женщин различен (табл. 6.4). Так, если у мужчин в период снижения ОПЖ в 1990–1994 гг. на 6,37 года 43% из них было результатом роста смертности от внешних причин и 33% — от БСК, то в 1998–2003 гг. общее снижение ОПЖ мужчин уже на 53% определялось ростом смертности от БСК и на 25% — от внешних причин. В то же время в периоды

⁵ Население России 2016: двадцать четвертый ежегодный демографический доклад / отв. ред. С.В. Захаров. М.: Изд. дом ВШЭ, 2018. С. 314–315.

Таблица 6.4. Вклад изменений смертности от разных крупных групп причин в общее изменение продолжительности жизни в России, 1990–2019 гг., годы

Группа причин	Мужчины			Женщины				
	1990–1994	1994–1998	1998–2003	2003–2019	1990–1994	1994–1998	1998–2003	2003–2019
Все причины	-6,37	3,82	-2,68	9,73	-3,25	2,06	-1,28	6,35
Болезни системы кровообращения	-2,11	1,25	-1,41	3,87	-1,45	0,96	-0,92	4,34
В том числе:								
ишемия	-1,16	0,81	-0,68	2,04	-0,64	0,52	-0,48	1,71
инсульты	-0,44	0,19	-0,24	1,20	-0,47	0,14	-0,18	2,00
другие БСК	-0,51	0,25	-0,49	0,63	-0,35	0,29	-0,26	0,64
Новообразования	-0,01	0,20	0,16	0,47	-0,03	0,09	0,09	0,35
В том числе:								
рак трахеи, бронхов и легких	0,01	0,09	0,08	0,18	0,00	0,02	0,02	0,00
рак желудка	0,04	0,05	0,04	0,14	0,04	0,04	0,05	0,11
рак женской груди	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,04	-0,02	-0,01	0,09
рак предстательной железы	-0,01	-0,01	0,00	-0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
другие новообразования	-0,06	0,07	0,03	0,17	-0,03	0,05	0,03	0,14
Инфекции	-0,19	0,01	-0,10	0,19	-0,05	0,03	-0,04	-0,06
Болезни органов дыхания	-0,41	0,36	-0,17	0,70	-0,08	0,16	0,01	0,30

Окончание табл. 6.4

Группа причин	Мужчины				Женщины			
	1990–1994	1994–1998	1998–2003	2003–2019	1990–1994	1994–1998	1998–2003	2003–2019
	Болезни органов пищеварения	-0,26	0,12	-0,24	0,09	-0,16	0,09	-0,24
Перинатальные причины и врожденные аномалии	-0,08	0,11	0,16	0,44	-0,09	0,08	0,13	0,38
Внешние причины	-2,73	1,48	-0,68	3,74	-0,97	0,48	-0,27	1,34
В том числе:								
В транспортные несчастные случаи	0,04	0,18	-0,15	0,49	-0,03	0,03	-0,07	0,22
случайные отравления								
алкоголем	-0,56	0,41	-0,24	0,54	-0,23	0,17	-0,11	0,22
самоубийства	-0,44	0,17	0,00	0,68	-0,06	0,04	0,01	0,14
убийства	-0,46	0,26	-0,10	0,62	-0,18	0,08	-0,05	0,25
повреждения с не-								
установленными намерениями	-0,56	0,14	0,00	0,10	-0,19	0,04	0,00	0,04
прочие внешние причины	-0,75	0,32	-0,20	1,30	-0,28	0,11	-0,06	0,46
Прочие причины	-0,58	0,29	-0,39	0,23	-0,43	0,17	-0,04	-0,31

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

роста — и кратковременного (1994–1998 гг.), и наиболее длительного (2003–2019 гг.) — ОПЖ мужчин положительный вклад снижения смертности и от внешних причин, и от БСК были практически равнозначными (соответственно 39 и 33% и 38 и 40%).

В 2003–2019 г. основной вклад БСК в рост ОПЖ мужчин отмечался в возрастах 45–64 лет, прежде всего в результате снижения смертности от ишемической болезни сердца и почти в 2 раза меньше по значимости — от инсультов. Вклад БСК в возрастах 65 лет и старше был немного меньше, но в равной степени связан со снижением смертности от ишемии и инсультов. Напротив, основной вклад внешних причин сосредоточен в молодых возрастах — 15–44 лет и в 2 раза меньше — в возрастах 45–64 лет.

У женщин основной и положительный, и отрицательный вклад в рост или снижение ОПЖ вносили изменения смертности от БСК (45–70%) и, в отличие от мужчин, существенно менее значимо — от внешних причин (21–30%).

В отличие от мужчин, у женщин положительный вклад в рост ОЖП с 2003 по 2019 г. внесло снижение смертности от БСК в возрастах 65 лет и старше и почти в 3 раза меньше — в возрастах 45–64 лет. При этом, в отличие от мужчин, у женщин в пожилых возрастах основной вклад в снижение смертности от БСК вносили инсульты, а в возрастах 45–64 лет вклад инсультов и ишемии был равнозначным. Также снижение смертности от внешних причин, прежде всего в возрастах 15–64 лет, почти на 1/5 способствовало росту ОПЖ женщин за этот период.

Поскольку смертность от новообразований как у мужчин, так и у женщин практически оставалась стабильной, отмечалось лишь некоторое ее снижение, то и вклад ее в рост ОПЖ был относительно скромным. Незначительному росту продолжительности жизни и у мужчин, и у женщин способствовало также и снижение, хотя и небольшое, смертности от перинатальных причин и врожденных аномалий.

Кроме того, в 2003–2019 гг. на продолжительность жизни взрослых перестали негативно влиять также инфекционные болезни и болезни органов пищеварения, хотя в возрастах 15–44 лет и у мужчин, и у женщин до сих пор отмечается отрицательный вклад других инфекций, кроме туберкулеза, который, скорее всего, является результатом роста смертности от ВИЧ.

Однако в результате развернувшейся пандемии COVID-19 можно утверждать, что в 2020 г. по сравнению с 2019-м ОПЖ сократится в результате роста смертности не только от COVID-19, но и от других причин. Так, согласно последним уточненным оперативным данным, опубликованным Росстатом, абсолютное число зарегистрированных умерших за январь–декабрь 2020 г.⁶ по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. увеличилось на 323,8 тыс. человек, или на 18,0%, в целом по России, что было следствием роста числа умерших в декабре 2020 г. на 94,1 тыс. человек, или на 63,1%, по сравнению с декабрем 2019-го, тогда как в предыдущие месяцы рост смертности по России в целом был несколько меньше: ноябрь — 55,6%; октябрь — 30,3; сентябрь — 22,8%. Однако в ряде регионов РФ рост был намного более значительным. Так, в Чеченской Республике общее число умерших в 2020 г. увеличилось на 44,5% по сравнению с 2019-м, в республиках Дагестан и Ингушетия — соответственно на 34,0 и 29,1%. Согласно предварительным данным Росстата, ОПЖ в России в 2020 г. будет ниже почти на два года по сравнению с 2019-м. Поэтому весьма реально предположить, что и в 2021 г. ОПЖ не достигнет значений 2019 г. и существенный отрыв от развитых стран сохранится и в дальнейшем.

6.4. Картина региональных различий в ожидаемой продолжительности жизни в России в последние три десятилетия почти не меняется

В целом за период с 1990 по 2019 г. ОПЖ при рождении выросла во всех регионах России, кроме Чукотского автономного округа, в котором ОПЖ мужчин в 2019 г. еще была на 0,01 года меньше, чем в 1990 г. Однако в 2019 г. по сравнению с 2018-м и у мужчин, и у женщин рост ОПЖ отмечался только в 74 регионах, тогда как в 9 регионах наблюдалось снижение, но перечень регионов несколько различался. Лишь в Амурской области, Республике Алтай и Еврейской автономной области ОПЖ при рождении в 2019 г. была ниже, чем в 2018-м, одновременно у мужчин и женщин. В то же время если у мужчин в Еврейской автономной об-

⁶ URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/rKYsRaN/edn01-2021.htm>.

ласти снижение ОПЖ было относительно незначительным (–0,12 года), то у женщин, напротив, она приближалось к одному году (–0,87 года), и наоборот, снижение ОПЖ у мужчин в Республике Алтай было почти в 5 раз значительнее, чем у женщин, — соответственно –0,39 и –0,08 года.

В табл. 6.5 представлены регионы с максимальными и минимальными изменениями ОПЖ в возрасте 0, 15 и 60 лет в 2019 г. по сравнению с 1990-м. Как видим, наибольшие различия и у мужчин, и у женщин в большинстве случаев отмечались в двух столицах — Москве и Санкт-Петербурге, особенно у мужчин.

Следует обратить внимание на тот факт, что перечень регионов, формирующих группу как с максимальными, так и с минимальными значениями изменения ОПЖ в определенных возрастах, в последние годы во многом остается неизменным и у мужчин, и у женщин.

Что касается в целом изменений региональной дифференциации ОПЖ, то, как видно из рис. 6.10, межквартильное расстояние в значениях ОПЖ в периоды ее роста в основном сужалось, а при снижении ОПЖ — расширялось, хотя в отдельные годы наблюдались и исключения. Так, в течение 2003–2018 гг., т.е. в годы последнего периода роста ОПЖ, межквартильное расстояние у мужчин сократилось на 0,9 года, а у женщин — на 1,4. Однако в 2019 г. у женщин разница между квартилями увеличилась на 0,17 года, а у мужчин — на 0,06. Следует отметить, что медиана распределения меньше ОПЖ во всем населении России, например в 2019 г. у мужчин на 1,14 года, а у женщин — на 0,30.

Некоторый рост межрегиональных различий в ожидаемой продолжительности жизни показывает и рассчитанное стандартное отклонение, или дисперсия, отражающая именно различия между субъектами РФ в случае, если при его расчете не принимать во внимание численность проживающего в них населения. Так, в 2019 г. по сравнению с 2018-м величина стандартного отклонения увеличилась у мужчин с 2,42 до 2,87 года, а у женщин — с 1,81 до 1,96, что может свидетельствовать о некотором росте межрегиональных различий.

Общая картина региональной дифференциации ожидаемой продолжительности жизни при рождении и в возрасте 60 лет мужчин и женщин представлена на картограммах (рис. 6.11, 6.12). По-

Таблица 6.5. Субъекты РФ* с максимальными и минимальными изменениями (рост «+», снижение «-») ожидаемой продолжительности жизни в возрастах 0 лет (e0), 15 лет (e15) и 60 лет (e60) в 2019 г. по сравнению с 1990-м, годы

Регион	e0	Регион	e15	Регион	e60
<i>Мужчины</i>					
<i>Максимальные значения</i>					
г. Москва	9,92	г. Москва	8,77	г. Москва	7,17
г. Санкт-Петербург	7,26	г. Санкт-Петербург	5,92	г. Санкт-Петербург	4,60
Республика Саха (Якутия)	6,71	Республика Саха (Якутия)	5,11	Республика Саха (Якутия)	3,91
Ставропольский край	6,00	Ставропольский край	4,85	Магаданская область	3,76
Краснодарский край	5,76	Ленинградская область	4,52	Ленинградская область	3,72
<i>Минимальные значения</i>					
Челябинская область	1,64	Еврейская автономная область	0,21	Оренбургская область	0,58
Оренбургская область	1,56	Читинская область	0,20	Республика Алтай	0,42
Амурская область	0,84	Мурманская область	-0,34	Читинская область	-0,19
Мурманская область	0,79	Амурская область	-0,68	Амурская область	-0,44
Чукотский автономный округ	-0,10	Чукотский автономный округ	-0,82	Еврейская автономная область	-0,62

Окончание табл. б.5

Регион	е0	Регион	е15	Регион	е60
Женщины					
<i>Максимальные значения</i>					
г. Москва	7,64	г. Москва	6,71	г. Москва	5,83
Республика Саха (Якутия)	6,43	Республика Саха (Якутия)	5,27	Магаданская область	4,96
Республика Алтай	6,40	г. Санкт-Петербург	4,76	Республика Саха (Якутия)	4,90
г. Санкт-Петербург	5,84	Камчатская область	4,61	Камчатская область	4,87
Ленинградская область	5,21	Республика Алтай	4,55	г. Санкт-Петербург	4,62
<i>Минимальные значения</i>					
Кемеровская область	2,15	Оренбургская область	0,97	Псковская область	1,62
Псковская область	2,07	Псковская область	0,97	Курская область	1,58
Еврейская автономная область	1,80	Чукотский автономный округ	0,66	Орловская область	1,52
Чукотский автономный округ	1,52	Еврейская автономная область	0,20	Амурская область	1,19
Амурская область	0,75	Амурская область	-0,49	Республика Тыва	0,97

* Без учета северокавказских республик.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

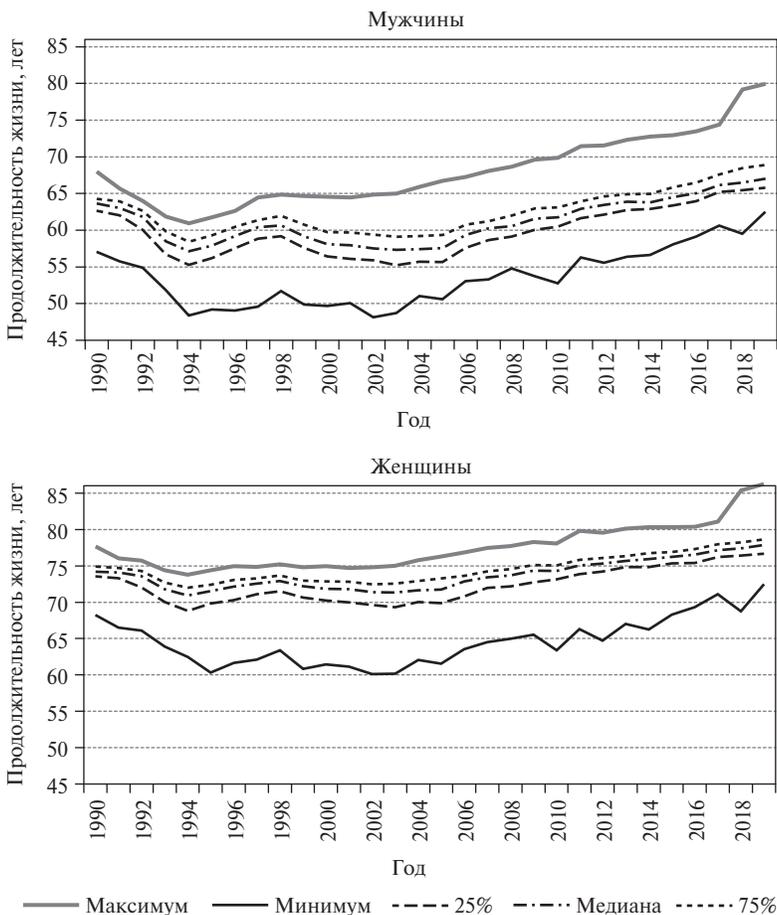


Рис. 6.10. Минимальные и максимальные значения, медиана и квантили распределения субъектов РФ по величине ожидаемой продолжительности жизни при рождении для мужчин и женщин, Россия, 1990–2019 гг., лет

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

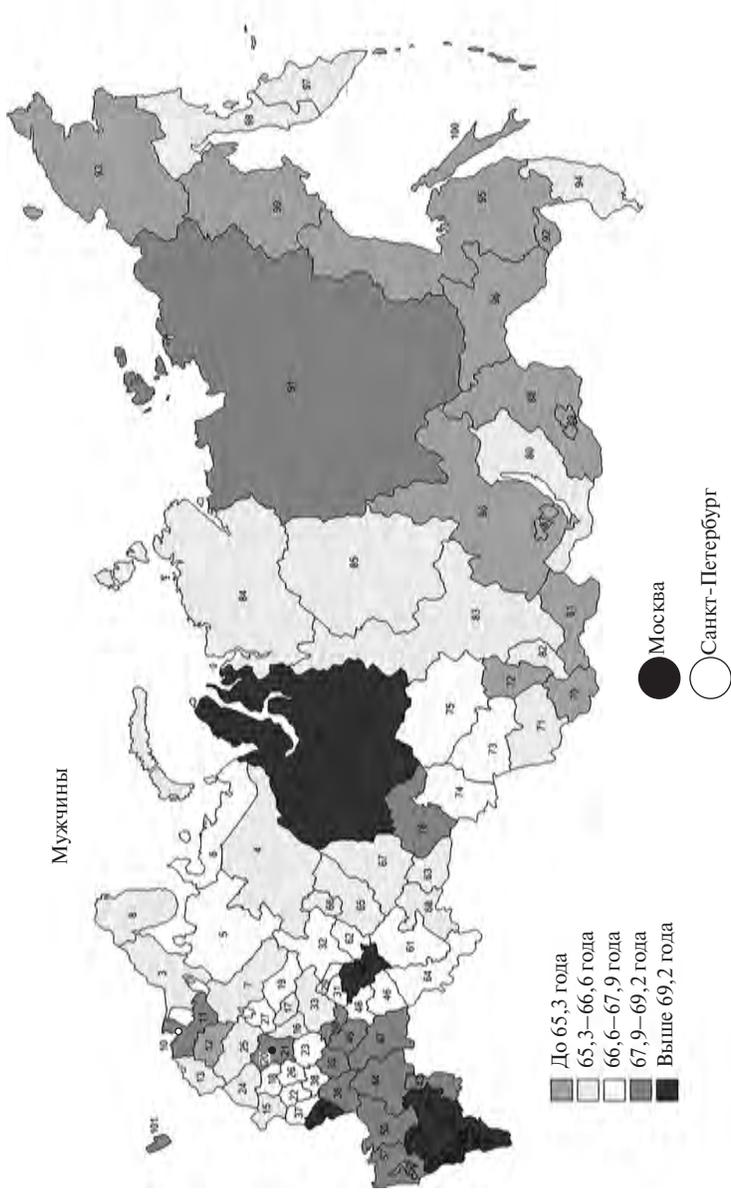


Рис. 6.11. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин, Россия, 2019 г., лет

Женщины

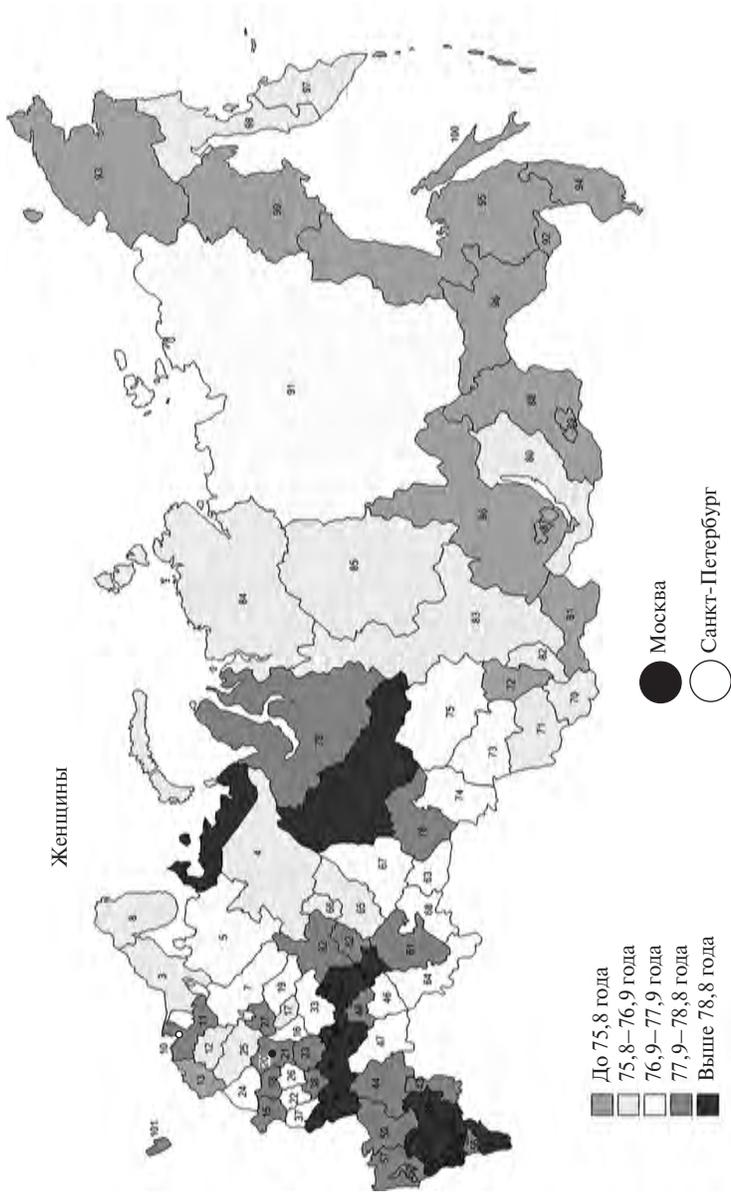


Рис. 6.11. (Окончание)

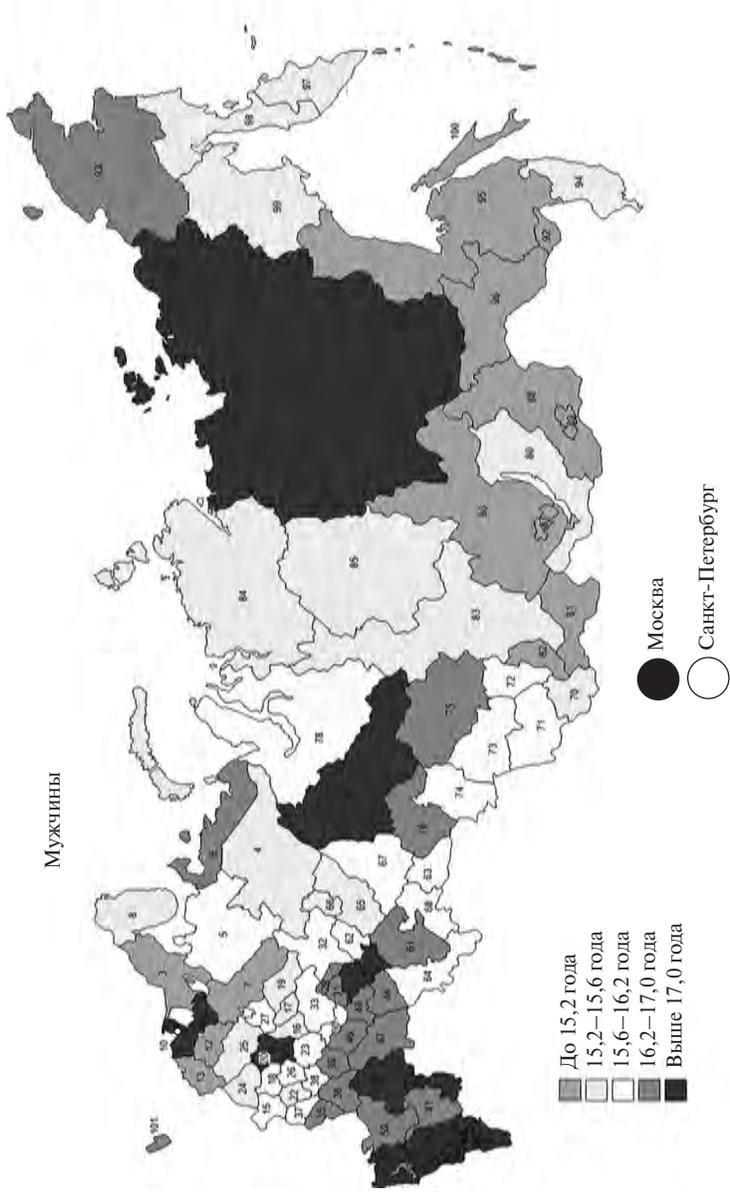


Рис. 6.12. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60 лет мужчин и женщин, Россия, 2019 г., лет

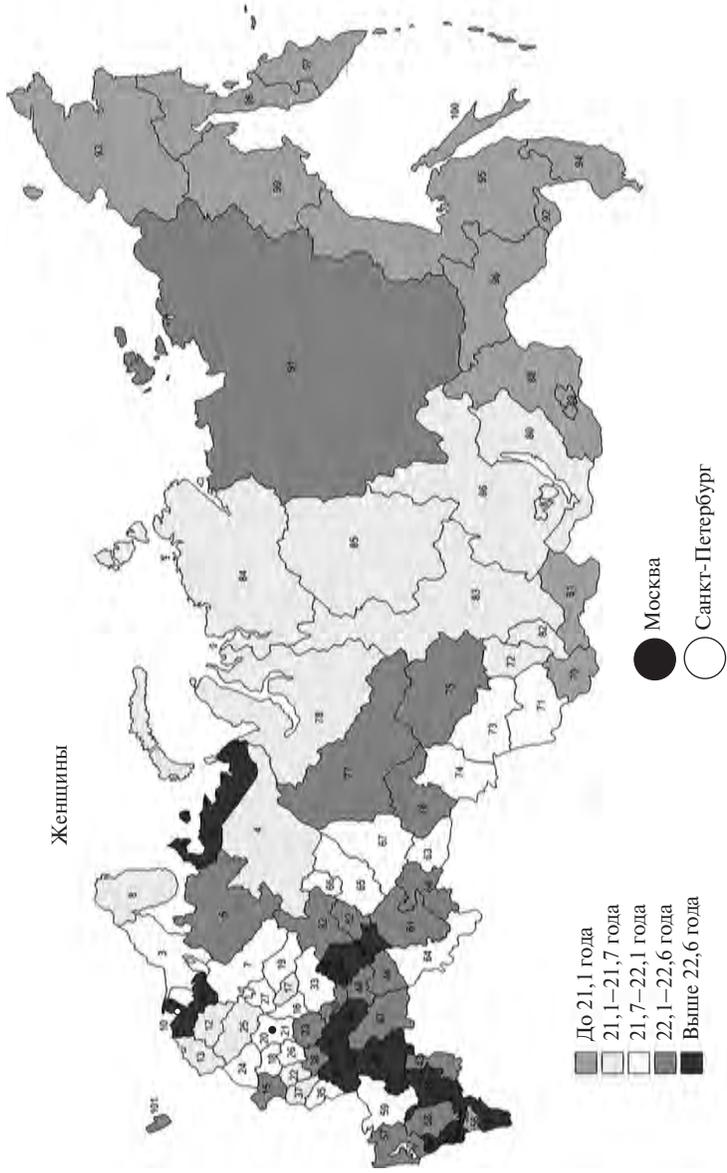


Рис. 6.12. (Окончание)

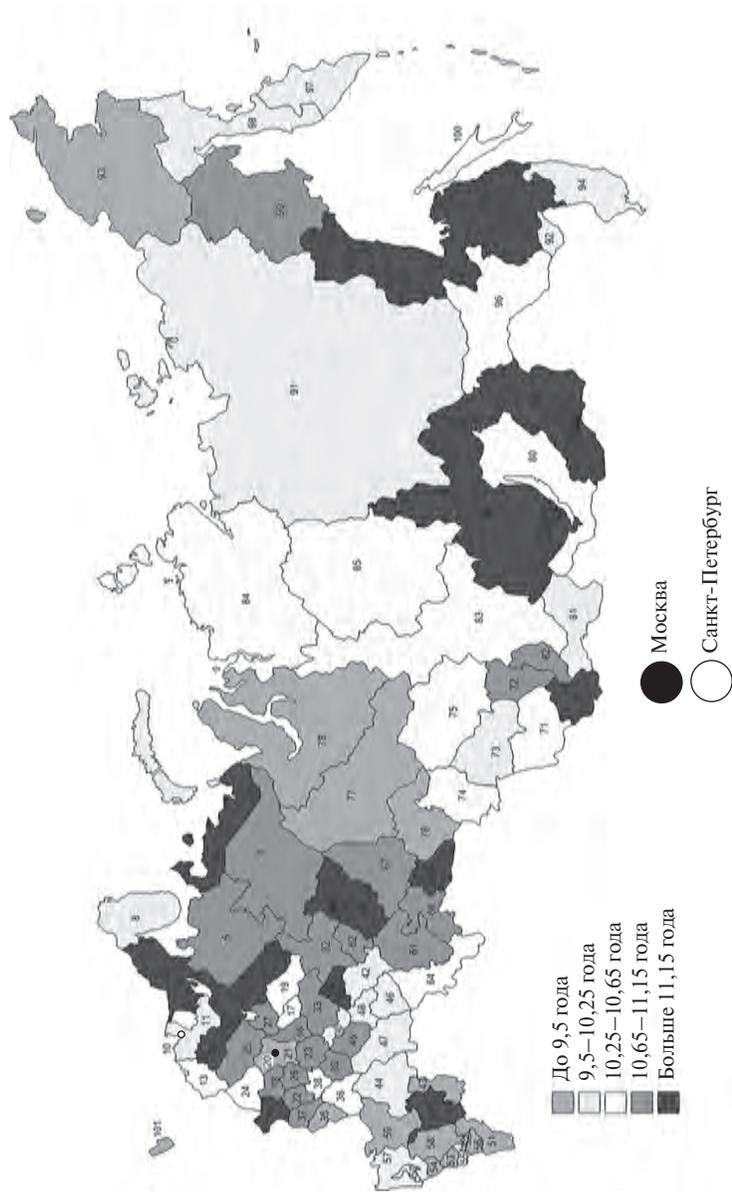


Рис. 6.13. Разность в ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 15 лет между мужчинами и женщинами, 2019 г., лет

скольку основные проблемы смертности у мужчин сосредоточены в рабочих возрастах, то определенный интерес представляет сравнение разницы в ОПЖ в возрасте 15 лет между мужчинами и женщинами по регионам в России в 2019 г. (рис. 6.13).

6.5. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России в 2019 г.: альтернативные оценки

На рубеже XX–XXI вв. в экспертной среде большое внимание стало уделяться такому интегрированному показателю, как ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)⁷. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) периодически проводит расчеты и публикует оценки ОПЗЖ по странам. В частности, по оценке этой организации, в 2016 г. в России ОПЗЖ (HALE) при рождении составляет для мужчин 59,1 года, для женщин — 67,5, а для всего населения — 63,46 года⁸. В то же время Росстат, опираясь на данные Выборочного наблюдения состояния здоровья населения 2019 г., оценил ОПЗЖ для всего населения в 60,3 года⁹. Для более подробного анализа нами проведен анализ показателей ОПЗЖ в России в 2019 г. на основе альтернативных источников. Для этого были построены краткие таблицы ОПЗЖ (5-летние возрастные интервалы) для мужчин и женщин в возрасте 20 лет и старше.

Источником информации о смертности в России послужила база данных РЭШ, содержащая возрастные коэффициенты смертности населения России, рассчитанные на основе данных Росстата¹⁰, о распределении смертей и населения по полу и возрасту в 2019 г.

⁷ Sanders B. Measuring community health levels // American Journal of Public Health. 1964. No. 54; Sullivan D. A single index of mortality and morbidity // HSMHA Health Report. 1971. No. 86; Health, United States, 2016: With Chartbook on Long-term Trends in Health. Hyattsville, National Center for Health Statistics, 2017. P. 396.

⁸ URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/healthy-life-expectancy-\(hale\)-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/healthy-life-expectancy-(hale)-at-birth-(years)).

⁹ URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html.

¹⁰ URL: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data (date of access: 31.10.2020).

Для оценки статуса здоровья использован показатель распространенности плохого самочувствия (оценка собственного здоровья как «плохого» или «очень плохого»), рассчитанный на основе распределения ответов на вопрос: «Как вы оцениваете собственное здоровье в целом?» с альтернативами ответа от «Очень хорошее» до «Совсем плохое». Вопрос содержался в анкете обследования Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE), 28-я волна которого была проведена в 2019 г. по общероссийской репрезентативной выборке (всего было опрошено 18 061 человек)¹¹.

Другим показателем стала распространенность инвалидности, рассчитанная на основе распределения ответов на вопрос того же обследования об отсутствии/наличии группы инвалидности. Затруднившиеся с ответом респонденты в анализе не учитывались.

Распространенность плохого самочувствия и инвалидности в разбивке по пятилетним группам представлена на рис. 6.14.

На следующих двух рисунках (рис. 6.15, 6.16) представлены результаты построения таблиц ОПЗЖ.

В результате мы видим, что, несмотря на сохранение большого разрыва в ОПЗЖ между женщинами и мужчинами, отставание мужчин по ОПЗЖ остается меньшим, чем по ОПЖ, причем это касается ОПЗЖ, измеренной с опорой на показатели распространенности как плохого самочувствия, так и инвалидности.

¹¹ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) проводится НИУ ВШЭ и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. См. официальные сайты обследования: URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms>; <http://www.hse.ru/rlms>. В исследовании использованы индивидуальные данные, полная выборка.

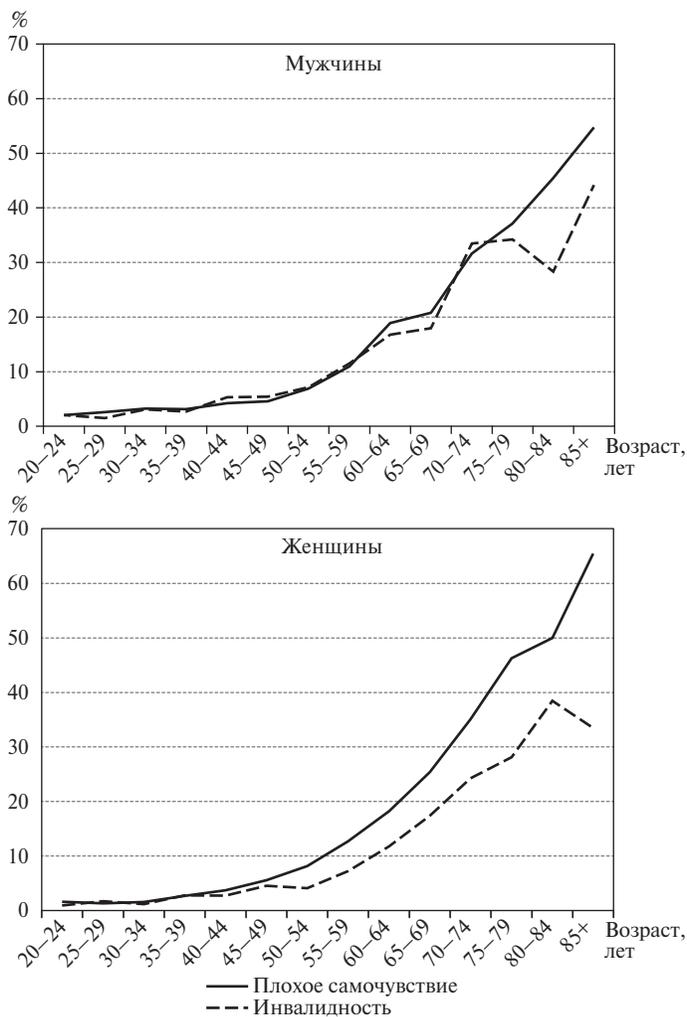


Рис. 6.14. Распространенность плохого самочувствия среди мужчин и женщин по возрасту, Россия, 2019 г., % от выборочной совокупности в каждой половозрастной группе

Источник: Расчеты автора на основе БД РЭШ и RLMS-HSE, г28.

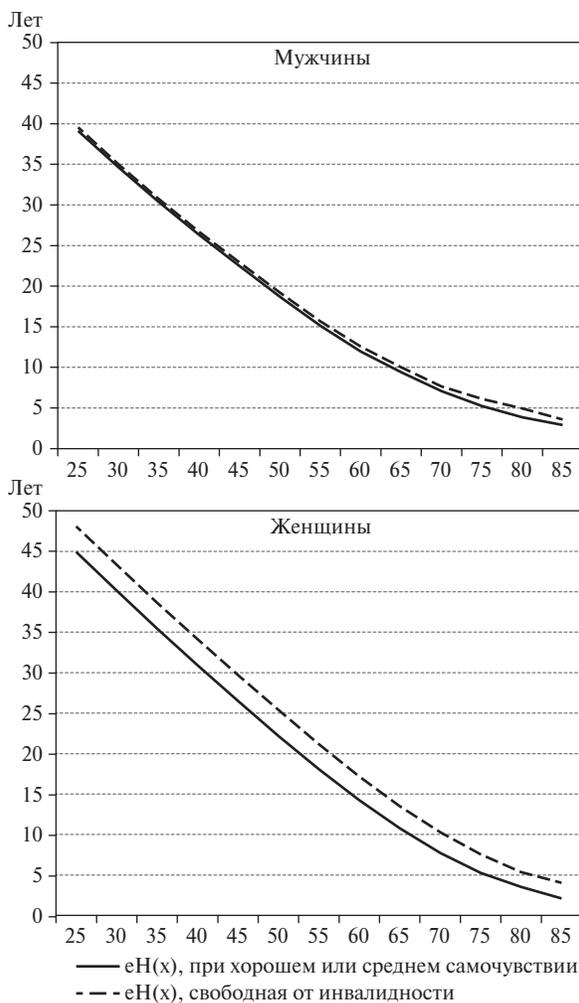


Рис. 6.15. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни для мужчин и женщин при хорошем или среднем самочувствии либо без инвалидности, по возрасту, Россия, 2019 г., лет

Источник: Расчеты автора на основе БД РЭШ и RLMS-HSE, r28.

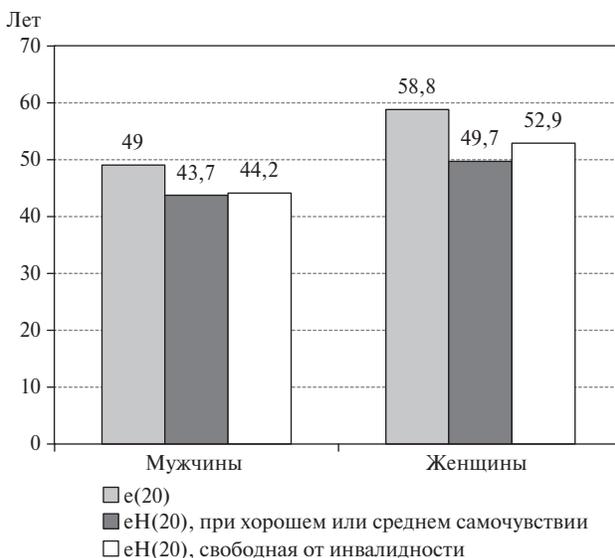


Рис. 6.16. Ожидаемая продолжительность жизни и ожидаемая продолжительность здоровой жизни при хорошем или среднем самочувствии либо без инвалидности для мужчин и женщин в возрасте 20 лет, Россия, 2019 г., лет

Источник: Расчеты автора на основе БД РЭШ и RLMS-HSE, r28.

6.6. Младенческая смертность в России в конце XX — начале XXI в.

6.6.1. Рейтинг России в ряду развитых стран практически не меняется

Уровень младенческой смертности — один из немногих показателей смертности, который постоянно снижается, за исключением нескольких лет на протяжении нескольких десятилетий.

Мы не однократно писали о том, что в начале 1960-х годов уровень младенческой смертности в России был ниже, чем в ряде европейских стран, и что эти страны смогли к настоящему времени достичь минимальных уровней по младенческой смертности и те-

перь в них этот показатель в несколько раз ниже, чем в России¹². Самым наглядным примером в этом отношении является Португалия, в которой за период с 1961 (год с максимальным уровнем младенческой смертности) по 2019 г. удалось снизить уровень младенческой смертности в 31,7 раза. В России за эти годы младенческая смертность снизилась в 6,7 раза. Основное снижение пришлось на 1960—1980-е годы. С конца 1990-х темпы снижения показателей младенческой смертности в развитых странах стали более низкими, хотя и продолжали свое снижение. Связано это с тем, что у них был достигнут минимальный для того периода уровень младенческой смертности. И для дальнейшего снижения нужны были большие усилия со стороны как медицины и здравоохранения, так и женщин.

Посмотрим, как менялся уровень смертности младенцев в возрасте до одного года в период с 1990 г. в ряде развитых стран и России (рис. 6.17).

Среди представленных стран в начале 1990-х наибольший уровень младенческой смертности был в Румынии, Молдавии и Польше. Россия была на 4-м месте. За три десятилетия по темпам снижения среди этих стран (см. рис. 6.17) выделяются Эстония (снижение в 7,7 раза), Польша (5,1 раза) и Румыния (4,4 раза). При этом в Румынии коэффициент младенческой смертности остается одним из самых высоких в Европе. Отдельно необходимо отметить Польшу: в 1990 г. уровень младенческой смертности в этой стране был немного (на 11%) выше, чем в России. К 2019 г. Польша уже стала принадлежать к группе стран с относительно низким уровнем младенческой смертности, и уровень данного показателя в ней стал ниже, чем в России, в 1,3 раза. Можно заметить, что все перечисленные страны принадлежали к бывшему социалистическому лагерю. В упомянутой выше Португалии младенческая смертность снизилась почти в 4 раза. В России за этот период коэффициент младенческой смертности снизился в 3,6 раза. Одним из факторов такого существенного снижения показателей смертности младенцев являются коренные изменения в организации, а также системе и уровне финансирования всей системы здравоохранения и в отношении к своему здоровью каждого отдельного жителя.

¹² См. предыдущие выпуски ежегодного демографического доклада «Население России».

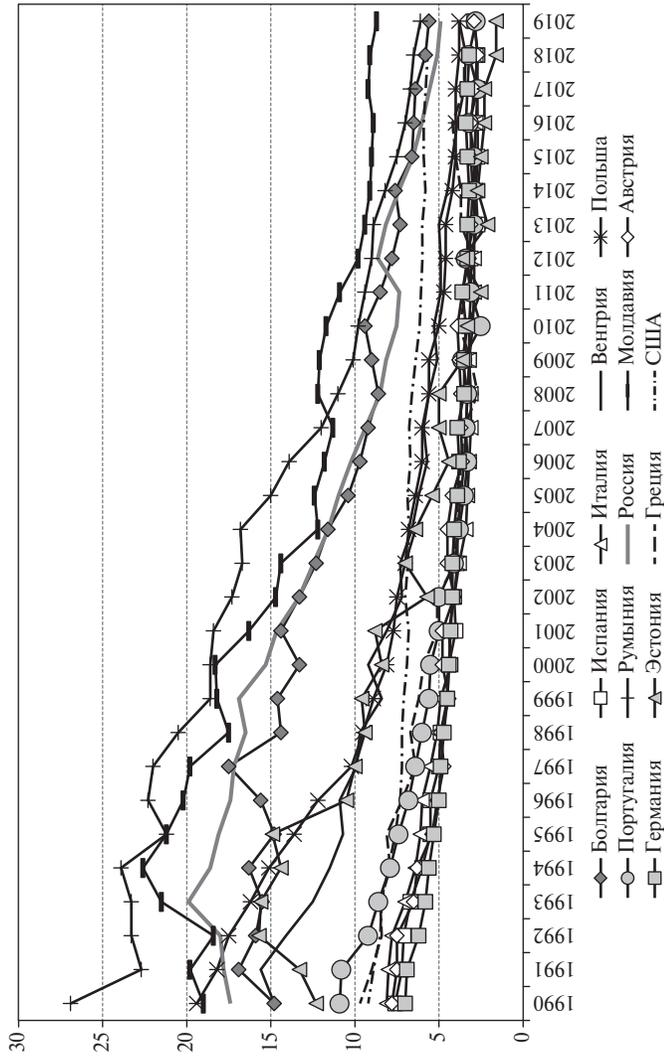


Рис. 6.17. Коэффициент младенческой смертности в некоторых развитых странах, 1990–2019 гг., на 1000 рожденных живыми

Источники: Данные Евростата и Росстата, национальных статистических органов отдельных стран; расчеты авторов.

В конце XX — начале XXI в. все рассматриваемые страны перешли на использование в расчете показателей младенческой смертности определения живорождения, рекомендованного ВОЗ. Россия начала переходить на использование полного определения ВОЗ при расчете показателей младенческой смертности только с 2012 г. Именно изменением используемого определения живорождения и вызван скачок показателя в 2012 г. Поэтому нужно понимать, что из-за того, что используемое до 2012 г. определение живорождения было более узким (ребенок классифицировался рожденным живым на основании более жестких критериев), реальный уровень младенческой смертности в России был выше и разрыв с развитыми странами — больше (в других странах к живорожденным относилось больше детей с высоким риском ранней смерти). На рис. 6.17 среди стран с самыми низкими темпами снижения младенческой смертности выделяются США. За три десятилетия снижение в этой стране составило только 1,6 раза. Кроме того, в последние годы коэффициент младенческой смертности в Америке почти не снижается. Одной из причин этого является то, что в США используется еще более широкое определение живорождения, чем в других странах, и более широкое, чем рекомендует ВОЗ. В США к родившимся живыми относятся дети, родившиеся не с 22-й, а с 20-й недели беременности, а в части штатов учитываются дети, родившиеся с весом от 350 г (в большинстве стран — 500 г). Это также нужно учитывать при сравнении показателей между странами.

Отставание России по уровню младенческой смертности от развитых стран постепенно уменьшается, но происходит это очень медленно. Достигнутый ею к 2019 г. коэффициент младенческой смертности был почти в 3 раза выше, чем в странах с минимальными его значениями, и в 1,5–2,0 раза выше, чем в странах ЕС-15 в среднем. При этом все развитые страны достигли уровня младенческой смертности, зарегистрированного в России в 2019 г., довольно давно (табл. 6.6).

В целом за период с 1990 по 2019 г. место России по уровню младенческой смертности среди развитых стран немного улучшилось. Но именно немного. И в 1990 г., и в 2018 г. Россия среди рассматриваемых стран относилась к группе с повышенным уровнем младенческой смертности. Достижения Польши, Венгрии и Эстонии в снижении младенческой смертности оказались более значимыми, чем в России (рис. 6.18).

Таблица 6.6. Время достижения коэффициента младенческой смертности в 4,9 родившегося на 1000 живорожденных в некоторых развитых странах

Страна	Год, когда коэффициент младенческой смертности равен или ниже 4,9‰	Количество лет между указанными годами и 2019 г.
Япония	1988 (4,8)	31
Швеция	1993 (4,8)	26
Финляндия	1993 (4,4)	26
Норвегия	1995 (4,0)	24
Франция	1995 (4,9)	24
Швейцария	1996 (4,7)	23
Австрия	1997 (4,7)	22
Германия	1997 (4,9)	22
Дания	1998 (4,7)	21
Испания	1998 (4,9)	21
Словения	1999 (4,5)	20
Италия	1999 (4,9)	20
Чехия	1999 (4,6)	20
Бельгия	1999 (4,9)	20
Австралия	2003 (4,8)	16
Португалия	2003 (4,1)	16
Греция	2003 (4,0)	16
Нидерланды	2003 (4,8)	16
Ирландия	2004 (4,6)	15
Великобритания	2006 (4,9)	13
Канада	2009 (4,9)	10
Венгрия	2011 (4,9)	8
Польша	2011 (4,7)	8

Примечание. В скобках — значение коэффициента младенческой смертности на 1000 живорожденных в указанном году.

Источники: Данные Евростата; расчеты авторов.

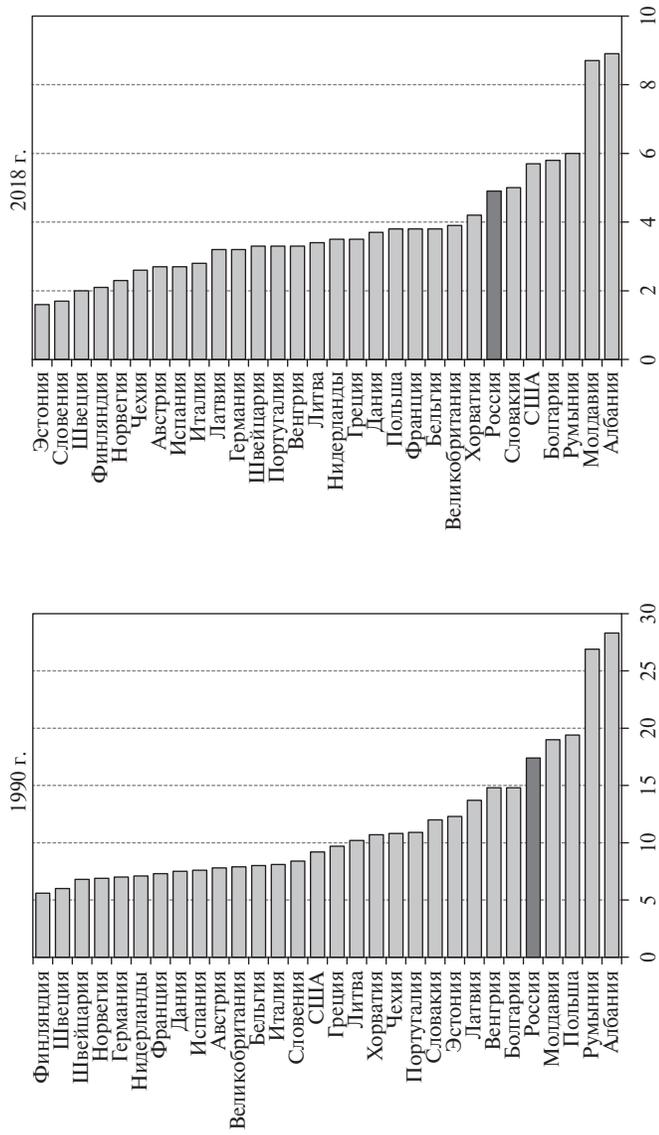


Рис. 6.18. Уровень младенческой смертности в ряде развитых стран в 1990 и 2018 гг., на 1000 рожденных живыми

Источники: Данные Евростата и Росстата; расчеты авторов.

6.6.2. Смертность детей в возрасте до одного года по возрасту: поздняя неонатальная смертность вызывает тревогу

Смертность людей не распределяется равномерно по возрасту. И этому способствует множество факторов, как эндогенных, так и экзогенных. Особенно четко неравномерность смертности в зависимости от возраста видна у младенцев. Как известно, смертность в возрасте до одного года делится на несколько составляющих: раннюю неонатальную (первые 7 дней жизни), позднюю неонатальную (7–27-й дни жизни) и постнеонатальную (28–365-й дни). Если в XIX — начале XX в. большая доля детей умирала в возрасте старше одного месяца, то к настоящему времени ситуация стала обратной — большая часть детей в странах с небольшим уровнем младенческой смертности умирает в ранний неонатальный период (первые 168 ч жизни) или первый месяц (27 дней) жизни, т.е. в неонатальный период. Подобная структура младенческой смертности вполне объяснима. Организм ребенка в первые дни жизни очень уязвим и подвержен многочисленным рискам: чем меньше возраст младенца, тем тяжелее предотвратить его смерть, тем более если он уже родился с патологией или возникло заболевание. Пережив ранний неонатальный и неонатальный периоды жизни, адаптировавшись к окружающей среде и получив при необходимости нужное и своевременное лечение, младенец имеет более высокие шансы в борьбе за продолжение своей жизни.

С 1990 по 2019 г. в России снижалась смертность от трех составляющих младенческой смертности, но динамика и особенно темпы их снижения были разными (рис. 6.19, а). Наибольшего снижения за этот период удалось достичь у детей в возрасте до 7 дней, т.е. в ранний неонатальный период жизни младенца, — 5,3 раза. Динамика этого коэффициента не была однонаправленной, но на графике четко видна тенденция к снижению коэффициента. Можно отметить и два скачка в динамике показателя ранней неонатальной смертности (в 1993 и 2012 гг.). Оба они связаны с принятием изменений в российских правилах отнесения новорожденных к категории живых и мертвых. В 1993 г. на определение живорождения, рекомендованное ВОЗ, перешла в основном медицинская ведомственная статистика, и с этим связан первый рост коэффи-

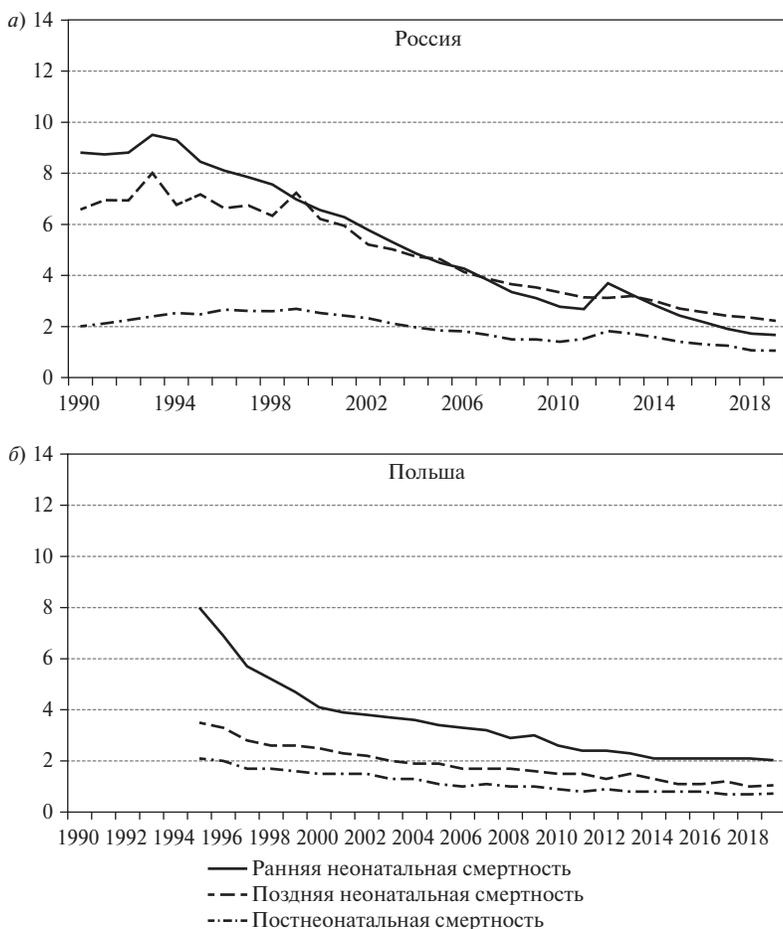


Рис. 6.19. Динамика возрастных составляющих младенческой смертности в России (а) и в Польше (б), 1990–2019 гг., на 1000 рожденных живыми

Источники: Данные Росстата, Евростата; расчеты авторов.

циента ранней неонатальной смертности. Скачок 2012 г. связан с переходом на использование международных критериев живорождения всей российской статистики.

Обращает на себя внимание и вызывает тревогу динамика второй части неонатальной смертности — поздней. За 29 лет ее уровень также снизился, но по международным меркам слишком мало — лишь в 1,9 раза. Кроме того, в течение 1990-х годов наблюдался рост поздней неонатальной смертности, при этом ранняя неонатальная смертность снижалась. Это дает нам возможность предположить, что рост смертности в возрасте 7–28 дней частично связан с качеством учета детей по дням жизни. Рост показателя был зафиксирован и в 2011–2012 гг. Можно было предположить, что этот рост связан с изменением определения живорождения (хотя формально изменение определения живорождения не затрагивает возраст старше 7 дней жизни), но переход на определение ВОЗ был в 2012 г., а рост был отмечен уже в 2011-м.

Еще одна составляющая младенческой смертности — постнеонатальная — за 29 лет снизилась в 3,5 раза. Динамика этого коэффициента в 1990-е годы была скачущей. Изначально уровень постнеонатальной смертности был ниже ранней неонатальной. Но из-за более низких темпов снижения постнеонатальной смертности с конца 1990-х уровни смертности от этих двух составляющих сильно сблизились. А с 2007 г. постнеонатальная смертность стала выше ранней неонатальной, и различие между коэффициентами с годами увеличивается. Вместе с динамикой коэффициента поздней неонатальной смертности это косвенно подтверждает, что у нас уделяется серьезное внимание смертности детей в первые дни жизни, а на детей более старшего возраста в системе здравоохранения обращается меньше внимания, и в этом заключен значительный резерв снижения младенческой смертности вообще.

В целом за 1990–2019 гг. более 57% снижения младенческой дало снижение ранней неонатальной смертности, 35% — постнеонатальной и только 8% — поздней неонатальной.

Ранее мы писали об успехах Польши в снижении младенческой смертности с 1990 по 2019 г. по сравнению с другими странами (рис. 6.19, б). Посмотрим, за счет какой составляющей удалось добиться такого успеха.

Прежде всего отметим, что в 1990 г. как вся младенческая, так и ранняя неонатальная смертность в Польше была выше, чем в России (последняя — в 1,4 раза). К 2019 г., в отличие от всей младенческой смертности, уровень ранней неонатальной смертности

в Польше остается более высоким, чем в России, — в 1,2 раза. Но при этом за 29 лет ранняя неонатальная смертность в Польше снизилась в 6,1 раза. Уровни остальных составляющих младенческой смертности в 1990 г. в Польше были ниже, чем в России. И в течение рассматриваемых лет уровни как поздней неонатальной, так и постнеонатальной смертности постоянно снижались — поздняя неонатальная смертность уменьшилась в Польше в 3,6 раза (в России — в 1,9 раза), а постнеонатальная — в 4,2 раза (в России — в 3,5 раза). Таким образом, наибольший вклад в общее снижение младенческой смертности за 1990–2019 гг. внесла, как и в России, ранняя неонатальная составляющая, но именно успехи в снижении смертности в возрасте старше 7 дней помогли Польше обогнать Россию по уровню младенческой смертности в целом.

6.6.3. Младенческая смертность у матерей с высоким уровнем образования в четыре раза ниже, чем у матерей с низким образованием

Уровень младенческой смертности напрямую связан с социально-экономическими характеристиками матери ребенка. Хорошо известна закономерность: чем выше уровень образования матери, тем ниже смертность их маленьких детей¹³. Есть взаимосвязь и с возрастом матери при рождении ребенка, и с местом ее проживания. Эти закономерности были выявлены нами на основе данных, ряд которых заканчивался в 1996 г. После этого долгое время подобная информация российской статистикой не разрабатывалась.

С 2011 г. Росстат стал вновь разрабатывать таблицы: 1) по родившимся детям — по весу новорожденного, возрасту и образованию матери; 2) по мертворожденным и умершим в ранний неонатальный период детям — по возрасту матери и весу ребенка при рождении; 3) по умершим в возрасте до одного года — по весу но-

¹³ Андреев Е.М., Кваша Е.А. Младенческая смертность в разных образовательных группах в конце 1980-х — начале 1990-х годов // Вопросы статистики. 2005. № 2. С. 54–58; Кваша Е.А. Социальная дифференциация младенческой смертности в России // Смертность и здоровье: тенденции, методы изучения, прогнозы / под ред. М.Б. Денисенко, Г.Ш. Бахметовой. М.: МАКС Пресс, 2007. С. 237–255.

ворожденного, возрасту и образованию матери; 4) по умершим в возрасте до одного года — по возрасту и образованию матери. Используя данные этих таблиц, можно было бы рассчитать ряд показателей младенческой смертности по социально-демографическим характеристикам матери и определить, куда, на какие социально-демографические группы нужно прежде всего направлять усилия для дальнейшего снижения общего уровня младенческой смертности. Но вплоть до 2018 г. для использования этих данных существовало одно препятствие — относительно большей части умерших (и родившихся) отсутствовала информация о массе тела ребенка при рождении и о возрасте и образовании его матери. Поэтому, чтобы посмотреть на связь уровня образования матери умершего ребенка и уровня младенческой смертности, мы взяли данные только за два последние года (табл. 6.7).

Таблица 6.7. Коэффициенты младенческой смертности по уровню образования матери, 2018 и 2019 гг., на 1000 живорождений у матерей с указанным уровнем образования

Год	Всего	В том числе с образованием			
		высшим и неполным высшим	средним специальным	средним общим	неполным средним и ниже
2018	5,1	2,5	4,0	5,3	8,7
2019	4,9	2,3	3,9	4,6	10,0

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Наименьший уровень младенческой смертности, как и три десятилетия назад, фиксируется у матерей с высшим и незаконченным высшим образованием (и этот уровень близок к уровню в странах с минимальными показателями младенческой смертности), а со снижением уровня образования матерей уровень младенческой смертности растет.

6.6.4. Региональная дифференциация младенческой смертности в России в 2019 г.: разнонаправленные тенденции и неоднородное качество данных

Как и в предыдущие годы, в 2019 г. по сравнению с 2018-м в регионах России отмечались разнонаправленные тенденции изменения уровня младенческой смертности.

В 50 регионах (как и в 2018 г.) коэффициент младенческой смертности снизился. Наибольшее снижение зафиксировано в Республике Калмыкия — 4,8%, в результате в 2019 г. она стала регионом с наименьшим уровнем младенческой смертности в России в 1,4% (это более чем в 3 раза ниже, чем в среднем по стране). Этот уровень считается минимальным не только в России, но и в развитых странах.

Остановимся немного подробнее на этом достижении в Республике Калмыкия. За 2019 г. в данном регионе умерло всего четыре младенца (в 2018 г. — 19 детей), причем все они умерли в первой половине года. Министр здравоохранения республики связывает подобное снижение с региональным проектом «Программа развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи», в том числе вступившим в действие новым оборудованием в Республиканском детском медицинском центре¹⁴. Конечно, все это могло сыграть роль в снижении младенческой смертности, но вряд ли это возможно за год. Скорее всего, за этим рекордным снижением скрывается статистический артефакт — специфические изменения в порядке учета. Возможно, часть детей до введения нового оборудования отправлялась на лечение в другой регион, и смерти этих детей могли быть зарегистрированы именно там. Эти предположения подтверждают и предварительные данные за 2020 г. — за восемь месяцев в Республике Калмыкия умерло уже шесть младенцев.

Кроме Калмыкии к регионам с наибольшим снижением уровня младенческой смертности в 2019 г. относились республики Тыва и Карачаево-Черкесия (снижение на 2,8%), а также Смоленская область (снижение на 2,6%). В 32 регионах уровень младенческой смертности за 2019 г. вырос. Наибольший рост зафиксирован

¹⁴ URL: <http://tegrk.ru/archives/86173>.

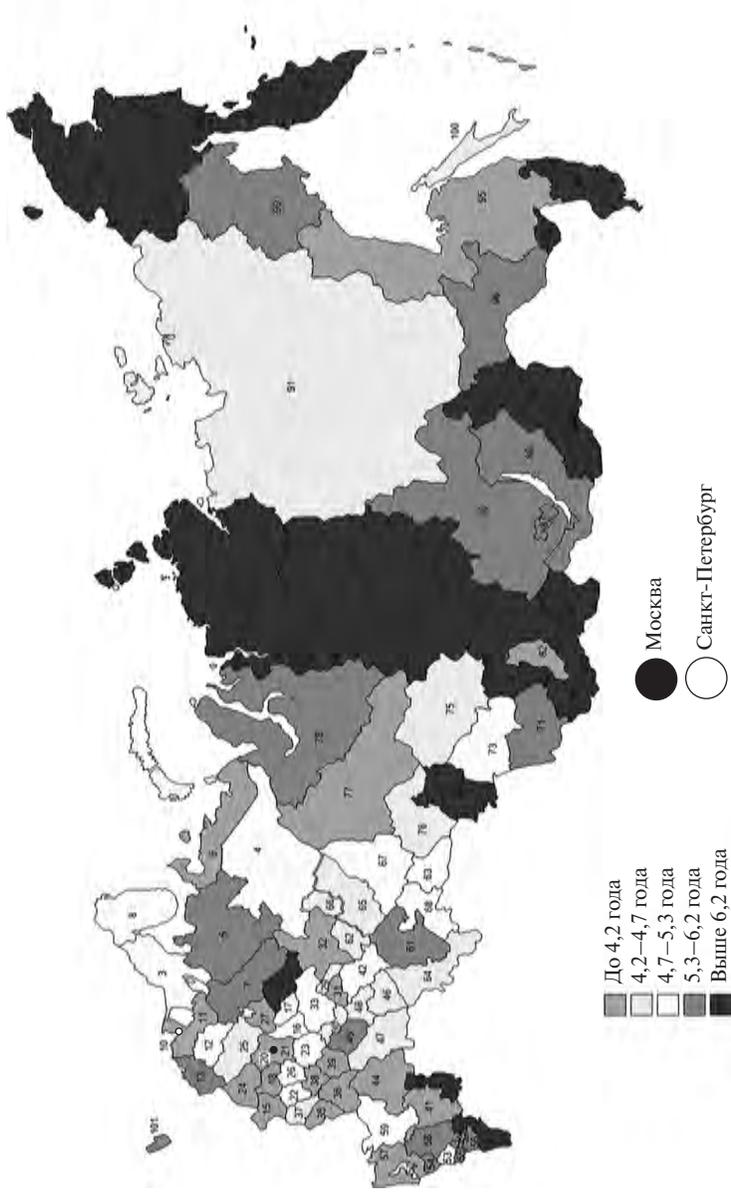


Рис. 6.20. Младенческая смертность в России, 2019 г., на 1000 родившихся живыми

в Камчатском крае (2,9‰), Магаданской области (2,6‰), Республике Алтай (2,5‰).

Разброс между минимальным и максимальным коэффициентами младенческой смертности в регионах в 2019 г. немного снизился по сравнению с 2018-м, составив 9,5‰. Как уже было отмечено, наименьший уровень младенческой смертности в 2019 г. был в Калмыкии (1,4‰). Кроме того, к регионам с наименьшими показателями в 2019 г. относились Белгородская, Липецкая и Ленинградская области (3,9‰), а также Чувашская Республика (4,0‰) (рис. 6.20).

Регионы с наибольшим уровнем младенческой смертности в 2019 г. по сравнению с предыдущими годами почти не изменились. Республика Алтай (10,9‰), Чукотский автономный округ (10,5‰), Еврейская автономная область (9,2‰) — регионы-аутсайдеры прошлых лет. В 2019 г. к этому списку добавился и Камчатский край (8,7‰).

6.6.5. Структура младенческой смертности по причинам в последние годы почти стабильна

Структура причин смерти у младенцев сильно отличается от структуры смертности как детей более старшего возраста, так и в других возрастных группах. При этом с развитием систем здравоохранения, появлением новых лекарств и медицинских технологий, изменением отношения самих людей к состоянию своего здоровья и здоровья своих детей, а также окружающей среды во всех странах (в одних раньше, в других позже) меняется и структура причин смерти детей в возрасте до одного года.

На протяжении длительного периода главный вклад в младенческую смертность вносили причины, связанные с влиянием на человека внешних факторов, т.е. так называемые экзогенные причины смерти. С 1980-х годов в России структура смертности детей до одного года по причинам смерти начала меняться и лидирующие позиции стали занимать другие, эндогенные причины смерти (врожденные аномалии, пороки развития, генетические нарушения и т.п.), и их вклад становился все более существенным. На современном этапе именно эндогенные причины смерти в решающей степени определяют уровень и изменение младенческой смертности в России и других странах с низким и относительно низким уровнями младенческой смертности.

В 1990-х годах вклад экзогенных причин был еще заметен, но он от года к году снижался. Наглядным примером тому служит класс инфекционных и паразитарных болезней (табл. 6.8).

Лидером, как и в предыдущие годы, остается такой класс причин смерти, как «отдельные состояния, возникающие в перинатальный период», на его долю приходится чуть менее половины всех смертей до одного года. По сравнению с предыдущим годом вклад этого класса немного вырос и снова перевалил за 50% после своего медленного снижения на протяжении последних пяти лет. Второе место снова остается за классом «врожденные аномалии». Вклад этого класса, соответственно, снизился. Суммарный вклад этих двух классов на протяжении последних лет дает более 70% от всех умерших детей до одного года, хотя этот суммарный вклад за последние годы медленно снижается. На третьем месте, как и в 2018 г., находятся «внешние причины смерти». За год выросли уровень смертности и вклад класса причин смерти «симптомы, признаки и отклонения от нормы». Напомним, что в эти причины смерти часто включаются умершие, которых не отнесли к другим классам причин смерти. И этот класс продолжает оставаться на 4-м месте по уровню смертности среди младенцев. Выросли в 2019 г. и уровень смертности, и вклад такой собирательной группы, как «другие причины». Это увеличение произошло за счет роста смертности в классе болезней нервной системы.

Структура смертности детей до одного года в развитых странах, для которых появились новые данные за прошедший с предыдущего мониторинга год, существенно не изменилась. Как и в России, во всех этих странах в последние годы в структуре младенческой смертности по причинам смерти основной вклад вносят два класса причин смерти эндогенного характера — «отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» и «врожденные аномалии» (табл. 6.9).

За исключением Японии, в большинстве представленных в табл. 6.9 стран на долю указанных причин приходится более 70–80% всех смертей детей в возрасте до одного года. Наименьшая доля смертей от этих причин, как и в предыдущие годы, продолжает оставаться в США и Молдавии — странах с самыми высокими уровнями младенческой смертности среди рассмотренных.

Таблица 6.8. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти и вклад причин смерти в младенческую смертность, Россия, 1990—2019 гг.

Причина	1990	1995	2000	2005	2010	2012	2015	2017	2018	2019
<i>Коэффициент младенческой смертности, на 10 тыс. родившихся живыми</i>										
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	13,4	12,7	9,2	5,0	3,0	3,1	2,5	2,4	2,2	1,9
Болезни системы кровообращения	0,5	1,3	1,2	1,1	1,3	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7
Болезни органов дыхания	24,7	24,2	16,5	8,3	4,6	4,1	3,1	2,5	2,4	2,3
Болезни органов пищеварения	1,1	1,1	0,9	0,7	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3
Врожденные аномалии	37,0	41,8	35,5	26,9	18,2	18,5	13,9	12,1	11,4	10,5
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	80,1	78,5	67,7	49,1	34,5	48,1	34,6	28,7	25,4	25,4
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	2,3	5,6	7,3	7,0	4,4	4,1	3,0	2,5	2,5	2,6
Внешние причины	7,1	10,1	9,7	7,6	4,7	4,3	3,7	3,1	3,3	2,8
Другие причины	7,8	5,9	5,3	4,0	3,9	3,1	3,2	3,2	2,7	3,0
Всего	174,0	181,2	153,3	109,7	75,1	86,4	65,2	55,6	50,9	49,5
<i>Доля, %</i>										
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7,7	7,0	6,0	4,5	4,1	3,6	3,8	4,4	4,4	3,9
Болезни системы кровообращения	0,3	0,7	0,8	1,0	1,8	0,7	1,2	1,3	1,3	1,4
Болезни органов дыхания	14,2	13,4	10,7	7,5	6,2	4,7	4,7	4,5	4,7	4,7
Болезни органов пищеварения	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5	0,6	0,6
Врожденные аномалии	21,3	23,1	23,1	24,6	24,2	21,4	21,4	21,8	22,3	21,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	46,0	43,3	44,2	44,8	45,9	55,7	53,0	51,6	49,8	51,2
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	1,3	3,1	4,8	6,4	5,8	4,7	4,6	4,4	5,0	5,3
Внешние причины	4,1	5,6	6,3	6,9	6,3	5,0	5,6	5,6	6,5	5,6
Другие причины	4,5	3,3	3,5	3,7	5,2	3,5	4,9	5,8	5,4	6,1
Всего	100,0									

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Таблица 6.9. Вклад некоторых причин смерти в общее число умерших детей в возрасте до одного года в некоторых странах в 2017 г. и в России в 2019 г., %

Страна	Инфекционные заболевания	Новообразованная	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	Болезни нервной системы	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Врожденные аномалии	Причины перинатальной смерти	Симптомы и неточные обозначенные состояния	Внешние причины смерти	Другие причины	Коэффициент младенческой смертности, на 1000 родившихся живыми
Германия	0,7	0,9	0,9	1,7	1,4	0,4	0,5	29,2	52,8	9,5	1,0	0,9	3,3
Испания	1,1	0,8	1,6	3,8	2,2	0,9	1,0	23,1	55,9	6,5	1,6	1,6	2,8
Италия*	1,6	0,9	1,6	2,4	2,4	1,1	1,1	22,2	60,0	4,9	1,1	0,8	3,0
Молдавия**	5,2	0,6	0,3	2,1	0,0	10,7	0,6	28,8	42,3	1,5	7,4	0,3	10,0
Нидерланды	1,2	1,5	1,3	3,5	1,3	0,8	0,7	22,6	61,6	2,8	2,0	0,8	3,6
Польша	0,5	0,7	0,9	1,2	0,5	2,7	0,1	37,3	53,5	0,9	1,4	0,3	4,0
Португалия	1,3	0,9	1,7	3,4	2,1	1,3	0,9	23,6	57,5	3,0	3,4	0,9	2,7
Россия	3,9	0,8	1,0	3,4	1,4	4,7	0,6	21,2	51,2	5,3	5,6	0,8	4,9
США	2,3	0,4	0,8	1,1	2,0	2,0	0,8	20,5	49,3	12,1	7,8	0,9	5,8
Финляндия	2,0	2,0	6,9	1,0	1,0	0,0	0,0	29,7	46,5	7,9	2,0	1,0	2,0
Франция*	1,5	1,0	2,1	4,1	1,4	0,8	1,1	19,3	53,4	12,5	2,2	0,6	3,6
Швеция	1,8	0,7	3,6	4,6	1,8	0,0	0,7	20,0	55,0	9,6	1,8	0,4	2,4
Япония	5,7	4,1	1,9	7,6	5,7	8,3	4,1	31,5	3,5	14,6	11,1	1,6	1,9

* — 2016 г.

** — 2018 г.

Источники: Данные Росстата; база данных ВОЗ WHO Mortality Database; расчеты авторов.

Япония выделяется весьма специфичной структурой смертности. В ней на долю двух классов причин смерти, берущих на себя основную долю в других развитых странах, приходится только 35%. Зато намного больше, чем в других странах, вклад других классов причин смерти, среди которых такие, как внешние причины смерти, болезни органов дыхания, болезни системы кровообращения, новообразования. Частично такие различия могут быть связаны с особенностями кодирования причин смерти младенцев.

Обращает также внимание очень высокая доля умерших детей от болезней органов дыхания в Молдавии, где этот класс причин смерти, в отличие от других стран, продолжает занимать 3-е место в структуре причин смерти младенцев. И здесь такое отличие может быть связано со спецификой кодирования причин смерти в стране. Еще одна особенность — относительно высокая доля младенцев, умерших от болезней эндокринной системы, в Финляндии. Этот класс причин смерти занимает в Финляндии 4-е место.

Укажем также на высокую долю умерших от такого маргинального класса причин смерти, как симптомы и неточно обозначенные состояния, во Франции, США и Японии — странах с, казалось бы, хорошей системой учета естественного движения населения. Причины такой ситуации не очень понятны.

6.7. Тенденции смертности от новообразований в России

6.7.1. Новообразования в структуре российской смертности от всех причин: победа в конкурентной борьбе с внешними причинами

Вклад новообразований в структуру смертности в России не одинаков в разных возрастных группах. В 2019 г. в возрасте старше 60 лет около 60% смертей приходилось на болезни системы кровообращения (БСК) и лишь 17,4% — на новообразования. В трудоспособном возрасте новообразования занимали 3-е место (16,2%), уступая БСК (37,5%) и внешним причинам (24,2%). Если доля внешних причин смерти с возрастом снижается, то доля новообразований растет, достигая максимума для мужчин в возрасте 65—69 лет, для женщин — в возрасте 55—69 лет (рис. 6.21).

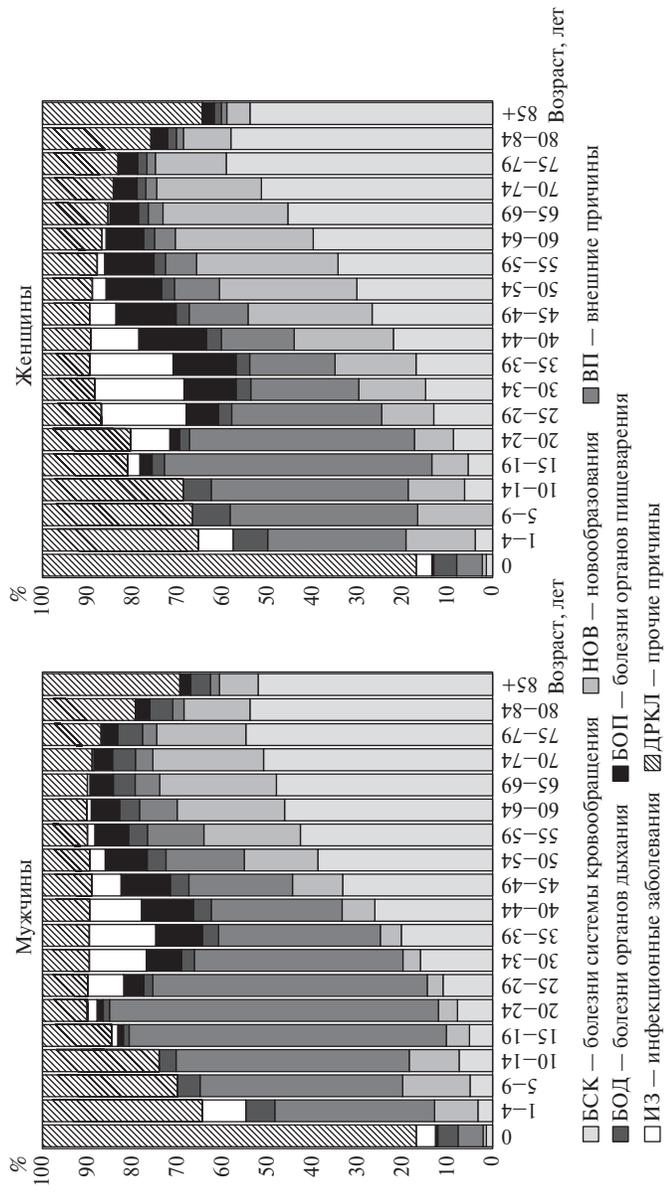


Рис. 6.21. Структура смертности по причинам смерти мужчин и женщин в каждой возрастной группе, Россия, 2019 г., %

Источники: РосБРС; расчеты авторов.

В странах с высокой ожидаемой продолжительностью жизни доля умерших от онкологических заболеваний от общего числа умерших значительно выше, чем в России, и имеет устойчивую тенденцию к росту. До 1991 г. Россия по данному показателю была сопоставима с Польшей. В последующие годы доля смертей от новообразований в Польше и других странах неуклонно увеличивалась, в то время как в России рост начался только после 2002 г. В Словении, Франции, Нидерландах, Исландии, Ирландии, Дании, Италии и Испании в 2016 г. доля умерших от новообразований выше 30%, тогда как в России — в 2 раза ниже (рис. 6.22).

При сопоставимых уровнях СКС от новообразований России и стран ЕС низкая доля умерших от новообразований в общей структуре умерших обусловлена высокой смертностью от других причин смерти, прежде всего БСК и внешних причин. В 2019 г. СКС от болезней системы кровообращения в России для обоих полов составил 416,3 на 100 тыс. человек, тогда как в ЕС он был в 2 раза ниже (в 2015 г. — 190 на 100 тыс.). СКС от внешних причин смерти в 2019 г. составлял соответственно 86 и 33 умерших на 100 тыс. человек¹⁵.

Смертность от новообразований в настоящее время в большинстве развитых стран конкурирует по уровню с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Начиная с 2000-х годов в ряде таких стран, как, например, как Франция (2004), Дания (2008), Нидерланды (2008), Израиль (2009), число смертей от новообразований уже превысило число смертей от БСК¹⁶.

В России в отличие от других развитых стран новообразования по абсолютному числу и доле умерших долгое время соперничали с внешними причинами смерти. В 1993–1996 и 1999–2005 гг. наблюдалось превышение числа умерших от внешних причин над числом умерших от новообразований. Однако с 2006 г. новообразования вновь вернулись на второе место в структуре причин смерти, а умершие от внешних причин отодвинулись на третье место, что больше соответствует тенденциям смертности в развитых странах. Однако говорить о конкуренции между новообразованиями

¹⁵ European Health for all database (HFA-DB) data source. URL: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>.

¹⁶ Global WHO mortality database. URL: https://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/.

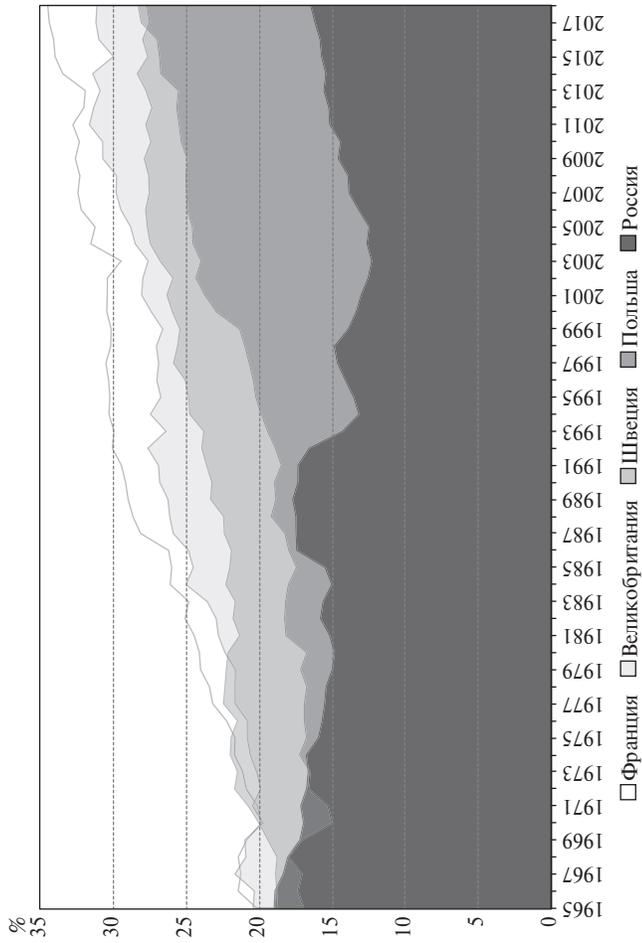


Рис. 6.22. Динамика доли умерших от новообразований от общего числа умерших по некоторым странам мира, 1965–2019 гг., %

Источники: Российская база данных по рождаемости и смертности РЭШ (URL: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data_description); Global WHO mortality database (URL: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database>); расчеты авторов.

и БСК в России еще не приходится — в ближайшие годы увеличение доли умерших от новообразований в общей структуре смертности может происходить лишь в случае более быстрого по отношению к новообразованиям снижения смертности от БСК и внешних причин (рис. 6.23).

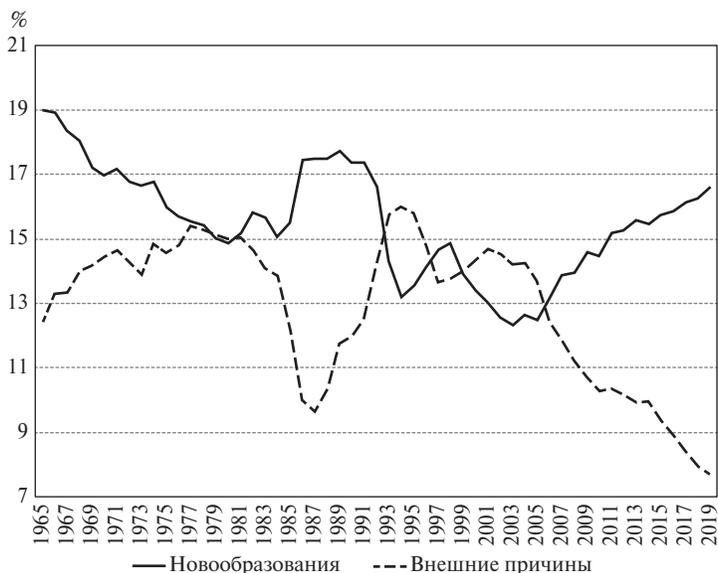


Рис. 6.23. Доля умерших от новообразований и внешних причин от общего числа умерших, Россия, 1965–2019 гг., %

Источник: Российская база данных по рождаемости и смертности РЭШ. URL: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data_description.

При сравнении России с Японией, страной с максимальной ОПЖ в мире, мы видим, что в России в 2019 г. почти половина смертей (45%) приходилась на БСК, тогда как в Японии — всего 24%. Первое место в структуре причин смерти в Японии занимают новообразования, от них умирает 33% населения, что в 2 раза больше, чем в России. Средний возраст умерших от всех основных классов причин смерти в Японии намного выше, чем в России. Средний возраст умерших от БСК в Японии выше, чем в России, на 6,6 года; от новообразований — на 8,6; от болезней органов ды-

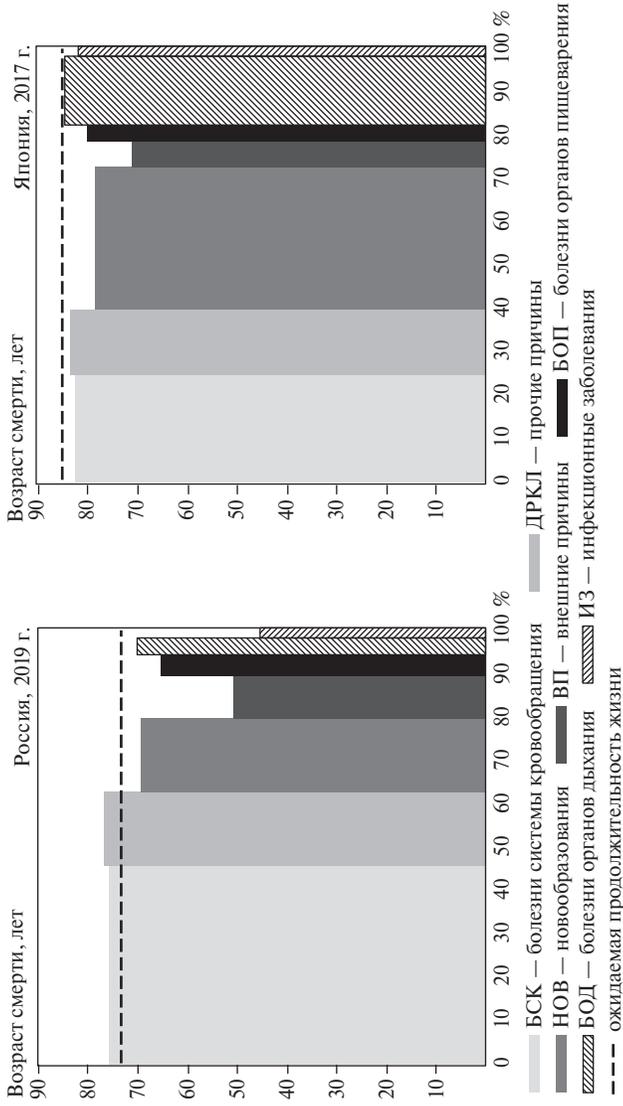


Рис. 6.24. Распределение смертей по основным классам причин смерти (%) и среднему возрасту смерти (лет) в России в 2019 г. и Японии в 2017 г.

Источники: Российская база данных по рождаемости и смертности РЭШ. URL: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data_description; Global WHO mortality database. URL: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database>; расчеты авторов

хания — на 14,0; болезней органов пищеварения — на 14,5; от внешних причин — на 20 лет; от инфекционных заболеваний — на 36 лет (рис. 6.24).

6.7.2. Половозрастные особенности смертности от новообразований в России: чем моложе люди, тем более очевидны положительные сдвиги

Если говорить о динамике возрастных коэффициентов смертности от новообразований, то важно отметить, что до 1993 г. у мужчин не наблюдалось каких-либо положительных тенденций, более того, смертность в возрастных группах 45–59 лет, 60–74 и 75+ лет росла. У женщин ситуация аналогична мужской, за исключением возвратной группы 45–59 лет, где уровень смертности оставался стабильным.

После 1993 г. у мужчин во всех возрастных группах, кроме самой старшей, началось снижение онкологической смертности. Самое быстрое снижение происходило в детском возрасте, где СКС за 1993–2019 гг. снизился на 60%. В возрастах 15–29, 30–44, 45–59 и 60–74 лет снижение СКС в среднем составило 43%. У женщин наблюдались похожие тенденции — очень быстрое снижение СКС от новообразований у детей (на 62% за рассматриваемый период). Снижение СКС, хотя и не такое быстрое, как у мужчин, наблюдалось в возрастах 15–29, 30–44, 45–59 и 60–74 лет, где оно в среднем по группам составило 30%. Прогресса в снижении СКС от новообразований у лиц старше 75 лет за рассматриваемый период практически нет (рис. 6.25).

Несмотря на снижение детской смертности от новообразований, СКС в России остается выше средневропейского. У детей уровень СКС от новообразований сопоставим с такими странами, как Украина, Болгария, Эстония, где он составляет около 4 на 100 тыс. человек. В Швейцарии, Бельгии, Австрии значение СКС в соответствующей возрастной группе в 2 раза ниже¹⁷.

СКС от новообразований в возрасте 25–64 лет как для мужчин, так и для женщин в нашей стране тоже выше средневропейского. По этому показателю Россия сопоставима с другими странами Восточной Европы, где среднее значение СКС для мужчин

¹⁷ European Health for All database (HFA-DB) data source. URL: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>.

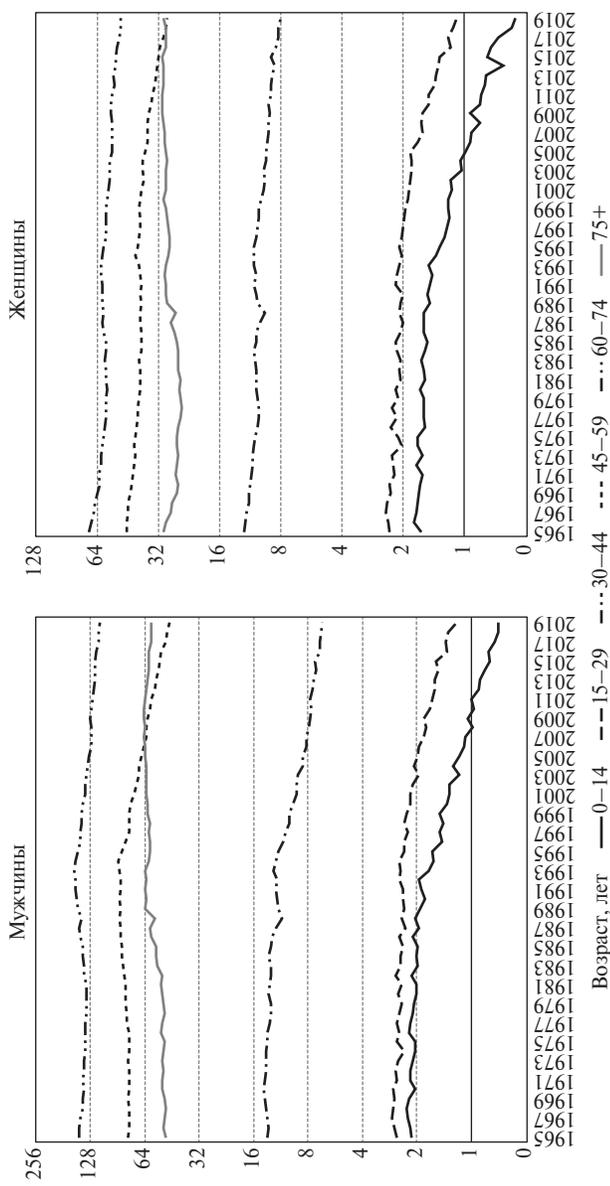


Рис. 6.25. Динамика возрастных коэффициентов смертности от новообразований

(полулогарифмическая шкала), Россия, 1965–2019 г.

Источник: Российская база данных по рождаемости и смертности РЭШ. URL: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data_description.

составляет в среднем 200 на 100 тыс., для женщин — 110 на 100 тыс. человек. Наименьший уровень смертности от новообразований в трудоспособном возрасте наблюдается в Швеции, Норвегии, Финляндии, Швейцарии. Для мужчин СКС от новообразований в перечисленных странах не превышает 100 на 100 тыс., для женщин — 80 на 100 тыс. человек.

СКС от новообразований у населения в возрасте 65 лет и старше сопоставим со среднеевропейским. Можно предположить, что это объясняется относительно высокой смертностью россиян в трудоспособном возрасте, т.е. более ранней селективностью людей с высокими рисками онкологических болезней.

6.7.3. В структуре смертности от злокачественных новообразований устойчиво снижаются опухоли органов пищеварения и дыхания

Структура смертности по нозологиям от злокачественных новообразований (ЗНО) мужского и женского населения существенно различается. У мужчин ЗНО трахеи, бронхов и легкого — лидирующая причина, уносящая ежегодно более 40 тыс. жизней. Далее следуют ЗНО желудка, предстательной железы и ободочной кишки, от которых в 2019 г. умерло 40 тыс. мужчин. У женщин лидирующей причиной смерти среди всех нозологий является рак молочной железы, от которого в 2019 г. умерло 22 тыс. женщин. Далее следуют ЗНО ободочной кишки, желудка и трахеи, бронхов и легкого, от которых в том же году умерло 35 тыс. женщин¹⁸.

Структура смертности от новообразований по полу и возрасту также имеет свои особенности. В возрастах до 30 лет доминирует смертность от ЗНО лимфатической и кроветворной тканей, головного мозга и других отделов центральной нервной системы. Также в возрасте 15–30 лет у женщин существенна роль ЗНО шейки матки и яичника. От 40 до 60 лет в структуре мужской смертности от новообразований доминируют опухоли трахеи, бронхов, легкого и желудка. У женщин на первое место выходят опухоли молочной железы и шейки матки. После 60 лет у мужчин опухоли трахеи, бронхов, легкого и желудка продолжают занимать лидирующие позиции, но также к ним присоединяется ЗНО предстатель-

¹⁸ Ассоциация онкологов России. URL: <https://oncology-association.ru/files/medstat/2018.pdf> (дата обращения: 10.09.2020).

ной железы. У женщин наиболее частой причиной смерти остается рак молочной железы. Однако все большее значение в этом возрасте приобретают ЗНО органов пищеварения, прежде всего ободочной кишки и желудка (рис. 6.26).

У мужчин с 1965 по 2019 г. значительное снижение СКС отмечено от ЗНО органов пищеварения (со 167 до 83 на 100 тыс. человек). С 1994 г. стабильно снижается СКС от ЗНО органов дыхания (со 117 до 63 на 100 тыс.), а также от ЗНО костей и суставных хрящей (с 3,5 до 0,7 на 100 тыс. человек). Значительно медленнее снижается СКС от ЗНО мочевых путей (с 20 до 15 на 100 тыс.). СКС от ЗНО полости рта и глотки с конца 1980-х по 2019 г. остается стабильным на уровне 11 на 100 тыс. человек. Единственной причиной, по которой наблюдается непрерывный рост СКС с 1965 по 2019 г., является ЗНО мужских половых органов. За рассматриваемый период значение СКС для данной нозологии выросло с 7,4 до 20,6 на 100 тыс. человек. Также с 2003 по 2019 г. вырос СКС от доброкачественных и неточно обозначенных новообразований — с 1,7 до 2,6 на 100 тыс. человек.

У женщин с 1965 по 2019 г., как и у мужчин, отмечено более выраженное снижение смертности от ЗНО органов пищеварения (с 91 до 41 на 100 тыс. человек). В 1990-е годы наблюдалось снижение СКС от ЗНО органов дыхания, но с начала 2000-х он стабилизировался на уровне 9 на 100 тыс. человек, что соответствует уровню 1960–1970-х годов. С 1993 г. также, как и у мужчин, достаточно быстро снижается СКС от ЗНО костей и суставных хрящей (с 2 до 0,4 на 100 тыс.). С 2000 г. наблюдается медленное снижение СКС от ЗНО мочевых путей (с 4,5 до 3,7 на 100 тыс.). С 2006 г. начал снижаться СКС от ЗНО молочной железы (с 24 до 20 на 100 тыс.), а с 2014 г. — от ЗНО женских половых органов (с 22 до 20 на 100 тыс. человек). Единственной причиной, по которой с 1965 по 2019 г. наблюдается непрерывный рост СКС у женщин, является ЗНО полости рта и глотки — за рассматриваемый период он вырос с 1,1 до 1,9 на 100 тыс. человек. С 2003 г. наблюдается рост СКС от доброкачественных и неточно обозначенных новообразований. СКС для этой нозологии за данный период вырос с 1,4 до 2,1 на 100 тыс. человек (рис. 6.27).

Самый высокий средний возраст умерших среди всех онкологических нозологий наблюдается у ЗНО мужских половых орга-

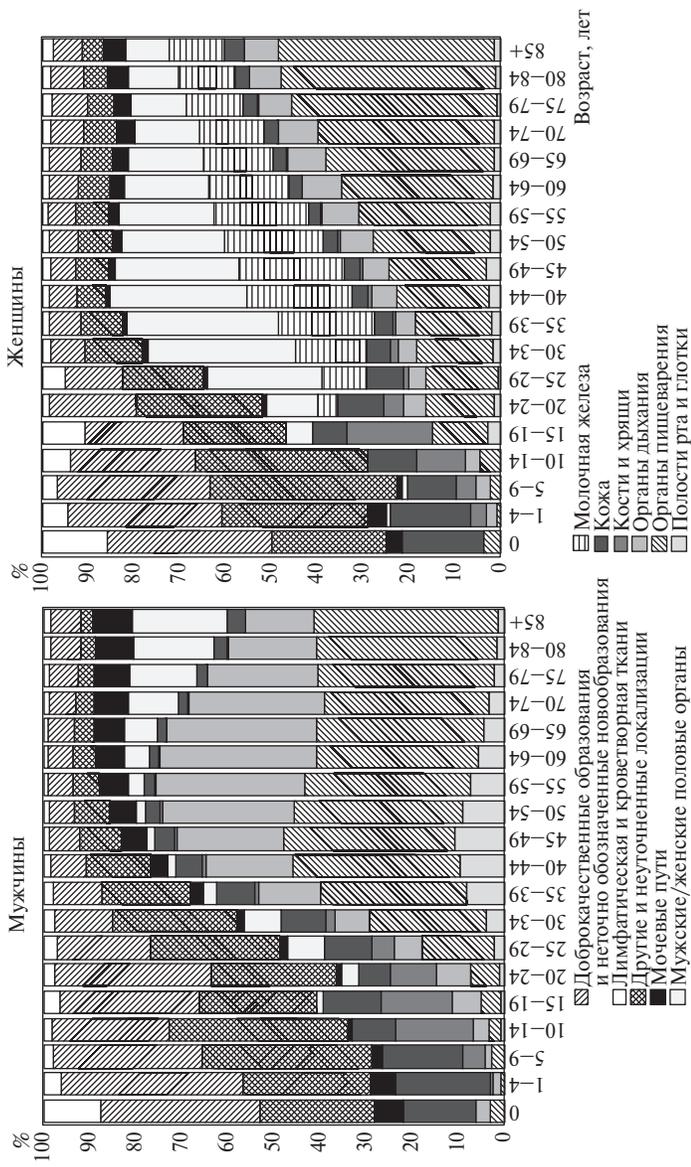


Рис. 6.26. Структура смертности от новообразований мужчин и женщин, Россия, 2019 г., % в каждой возрастной группе

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

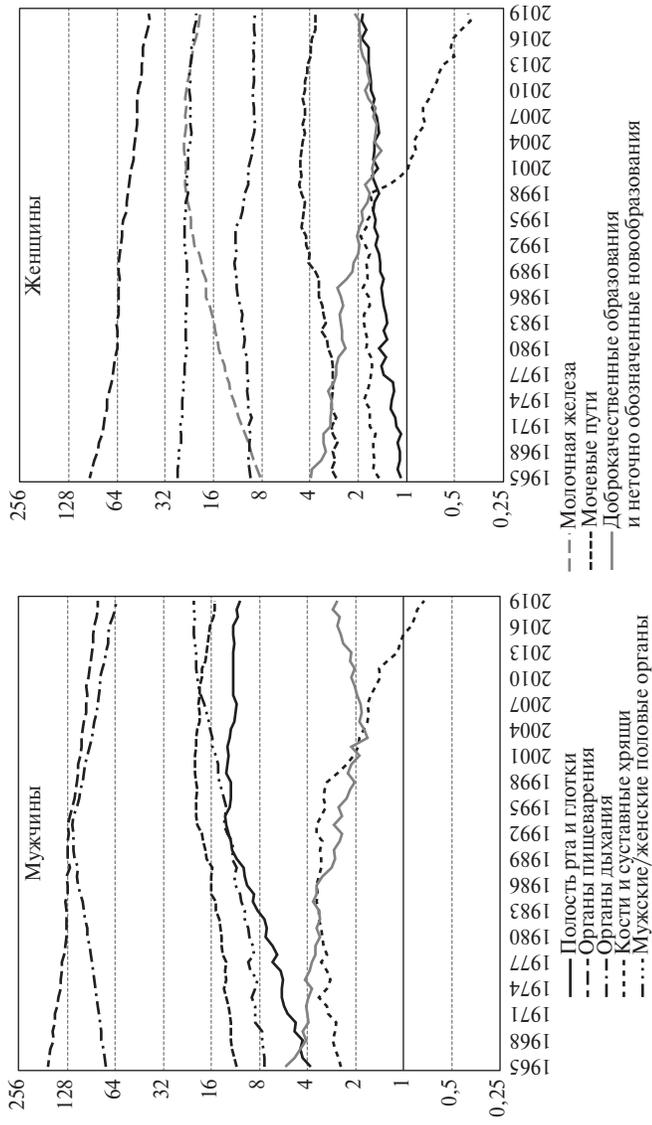


Рис. 6.27. Стандартизованный коэффициент смертности от основных нозологий у мужчин и женщин (полулогарифмическая шкала), Россия, 1965–2019 гг. на 100 тыс. человек

Источник: Российская база данных по рождаемости и смертности РЭШ. URL: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data_description.

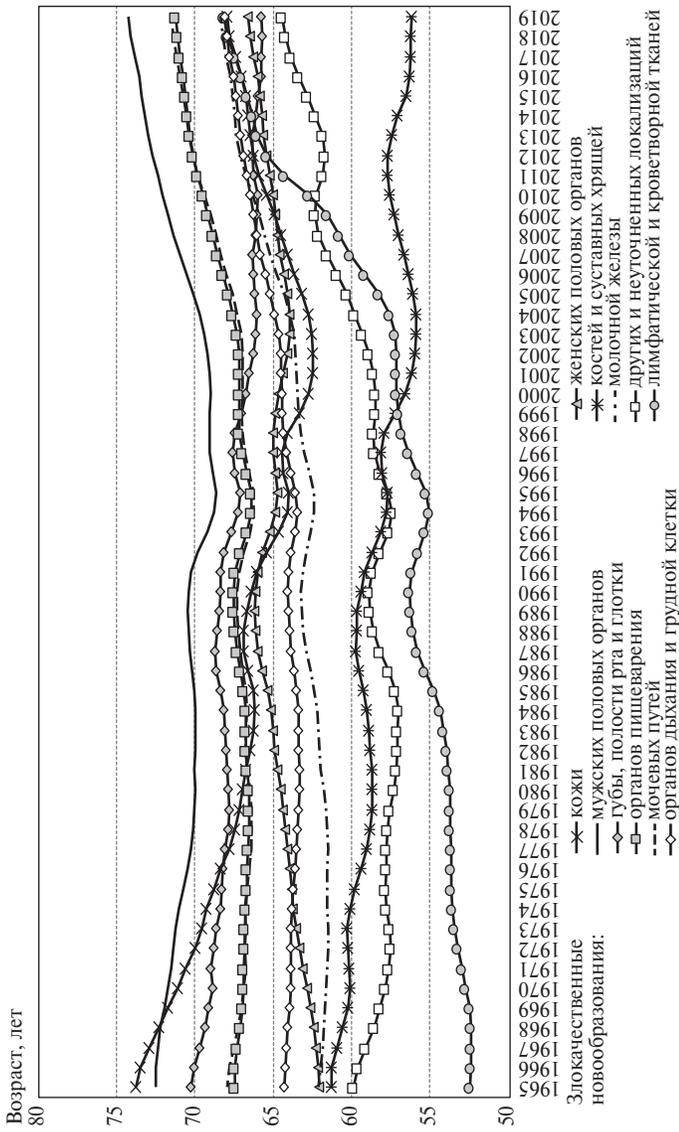


Рис. 6.28. Средний возраст смерти от некоторых онкологических нозологий, Россия, 1965–2019 гг., лет
 Источники: Российская база данных по рождаемости и смертности РЭШ. URL: http://demogr.nes.ru/index.php/gu/demogr_in-discat/data_description; расчеты авторов.

нов — в 2019 г. он составил 74,3 года. Далее следуют ЗНО мочевых путей и органов пищеварения, средний возраст которых составляет 71 год. Самый низкий средний возраст умерших характерен для ЗНО костей и суставных хрящей — в 2019 г. 56,2 года.

Стоит отметить, что с начала 2000-х годов средний возраст умерших растет по всем онкологическим нозологиям, кроме ЗНО губы и полости рта и ЗНО костей и суставных хрящей. Особенно быстро растет средний возраст умерших от ЗНО лимфатической и кроветворной тканей (рис. 6.27).

Несмотря на рост среднего возраста умерших от онкологических причин, отставание России от Японии и других развитых стран мира остается значительным. Так, средний возраст умерших от ЗНО желудка для всего населения России в 2019 г. составил 71,2 года, тогда как в большинстве развитых стран он, как правило, выше 75 лет. Средний возраст умерших от ЗНО трахеи, бронхов и легкого, молочной железы, шейки матки в России сопоставим лишь с показателями стран Восточной Европы.

6.7.4. Пятилетняя выживаемость от некоторых онкологических нозологий: Россия сильно отстает от развитых стран

В США, Канаде, Австралии, Новой Зеландии, а также в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции для большинства видов ЗНО пятилетняя выживаемость остается одной из самых высоких в мире. Мы видим, что за период с 2000–2004 по 2010–2014 гг. выживаемость больных от некоторых нозологий — ЗНО толстой кишки, прямой кишки, от острого лимфобластного лейкоза и некоторых других¹⁹ — в России выросла. Однако в целом отставание России от развитых стран остается существенным. Например, в Японии пятилетняя выживаемость от рака легкого составляет 32%, в Южной Корее и Израиле — около 25%, в среднем по странам ОЭСР — около 20%, тогда как в России она составляет лишь 14%. Пятилетняя выживаемость при раке желудка в Японии и Южной Корее превышает 60%, а в России — 21,9%; при раке молочной железы в США, Австралии, Японии, Исландии, Швеции — примерно 90%, а в России — 70,8% (табл. 6.10).

¹⁹ Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), OECDStat. URL: <https://stats.oecd.org>.

Таблица 6.10. Стандартизованная по возрасту пятилетняя выживаемость больных в возрасте 15 лет и старше от некоторых онкологических нозологий в России и некоторых странах мира, в среднем за 2010–2014 гг. (последние имеющиеся данные), %

Страна	Злокачественное новообразование						Острый лимфо-бластный лейкоз
	груди	шейки матки	толстой кишки	прямой кишки	легкого	желудка	
Австрия	84,8	63,9	63,7	64,2	19,7	35,4	90,8
Бельгия	86,4	65,4	67,9	66,6	18,2	37,5	93,0
Чехия	81,4	61,0	56,1	52,3	10,6	20,6	94,0
Дания	86,1	69,5	61,6	64,8	16,6	19,9	87,7
Финляндия	88,5	67,4	64,9	64,4	13,0	25,7	88,6
Франция	86,7	65,0	63,7	60,9	17,3	26,7	91,1
Германия	86,0	65,2	64,8	62,3	18,3	33,5	84,2
Израиль	88,0	66,6	71,7	67,8	26,6	32,3	87,9
Италия	86,0	66,8	64,2	61,3	15,9	30,5	87,8
Япония	89,4	71,4	67,8	64,8	32,9	60,3	87,6
Южная Корея	86,6	77,3	71,8	71,1	25,1	68,9	84,4
Канада	88,6	67,3	67,0	67,1	21,3	29,5	88,2
Норвегия	87,2	73,2	64,9	68,3	18,1	26,2	83,0
Испания	85,3	64,6	63,3	59,5	13,5	27,2	84,7
Швеция	88,8	68,3	64,9	64,7	19,5	24,8	89,0
Швейцария	86,2	71,4	67,3	67,3	20,4	32,2	90,3
США	90,2	62,6	64,9	64,1	21,2	33,1	89,5
Россия	70,8	57,7	44,9	41,9	13,7	21,0	76,9

Источник: Составлено авторами на основе базы данных OECD. URL: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30121#> (дата обращения: 20.10.2020).

6.8. Тенденции смертности от ВИЧ в России с начала XXI в.

Распространение эпидемии ВИЧ-инфекции, начавшейся в России в конце XX в., до сих пор остается одной из острых социально-демографических проблем. На протяжении длительного времени основной причиной смерти среди инфекций являлся туберкулез. Так, в 2000 г. среди умерших мужчин от инфекционных болезней 88% приходилось на туберкулез, у женщин — 59%. Однако далее в результате разнонаправленных тенденций смертности от ВИЧ и туберкулеза к 2019 г. доля туберкулеза значительно сократилась (у мужчин — до 26%, у женщин — до 16%) и на первое место, опередив туберкулез, вышла смертность от ВИЧ (рис. 6.29). Существует значительная разница смертности между полами: по сути, и ВИЧ, и туберкулез — это «мужские» болезни, порядка 2/3 всех умерших от этих причин приходятся на мужчин. Также отмечаются различия в уровне смертности между городским и сельским населением: у горожан выше смертность от ВИЧ, а у сельчан — от туберкулеза. Однако в последние годы смертность от ВИЧ у сельских жителей растет более быстрыми темпами, чем у горожан, и, возможно, в ближайшем будущем сравняется с городским уровнем.

Анализ возрастных профилей смертности от ВИЧ-инфекции показывает относительное «старение» и у мужчин, и у женщин, что в какой-то мере есть результат более широкого распространения антиретровирусной терапии и противотуберкулезных препаратов (рис. 6.30). При этом смертность от ВИЧ-инфекции в очень молодых возрастах пока еще остается высокой. Наиболее часто умирают в возрастных группах от 30 до 44 лет, причем если пик смертности одинаков и у мужчин, и у женщин — 35–39 лет, то на втором месте по смертности у мужчин находится возрастная группа 40–44 лет, а у женщин — 30–34 лет.

Анализ смертности от ВИЧ в регионах России показал, что повсеместно смертность женщин ниже мужской (рис. 6.31). Так, в 2019 г. СКС от 0 до 4 на 100 тыс. населения у женщин был характерен для 41 региона, а у мужчин подобных регионов было более чем в 2 раза меньше. В то же время СКС, превышающий 24

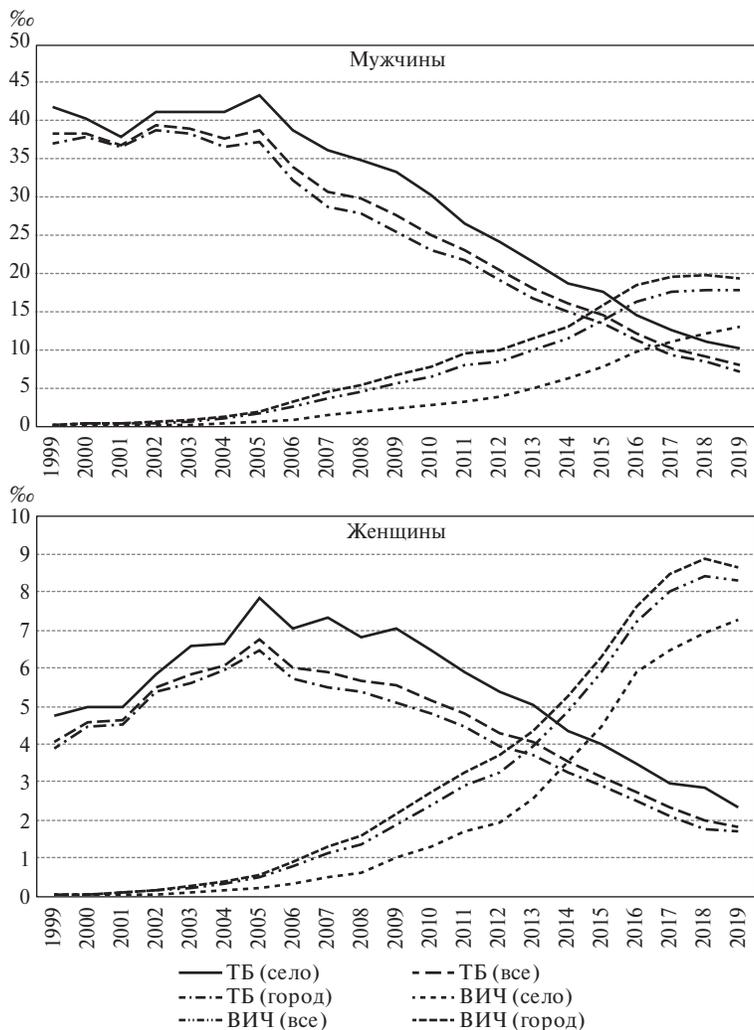


Рис. 6.29. Стандартизованный коэффициент смертности от ВИЧ и туберкулеза (ТБ) для мужчин и женщин, Россия, 1999–2019 гг., на 100 тыс. населения

Источник: Расчеты авторов на основе неопубликованных данных Росстата.

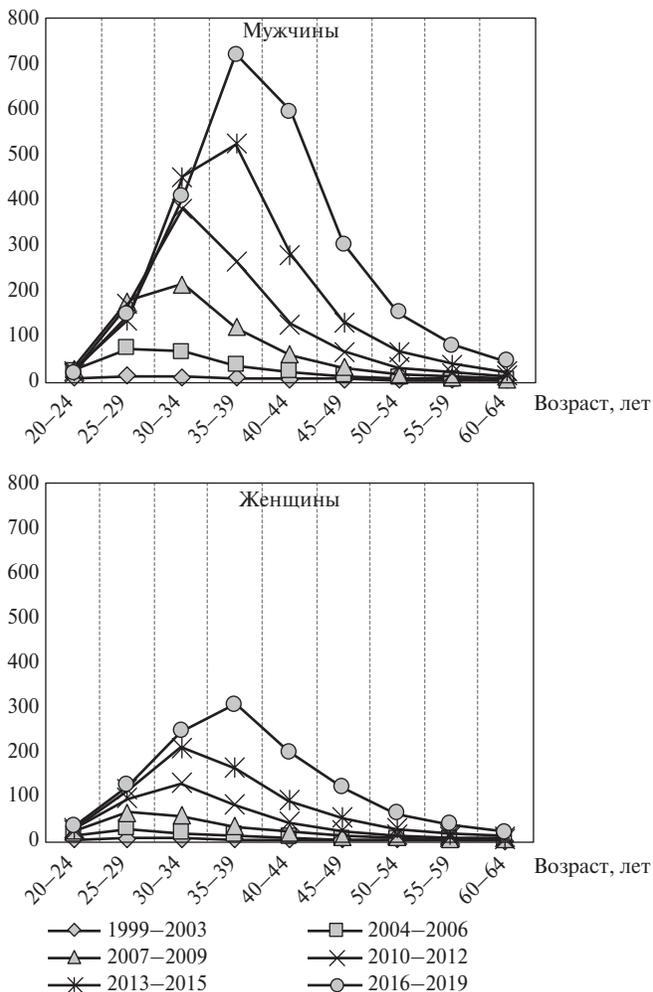


Рис. 6.30. Возрастные коэффициенты смертности от ВИЧ-инфекции для мужчин и женщин, Россия, 1999–2019 гг., на 1 млн населения

Источник: Расчеты авторов на основе неопубликованных данных Росстата.

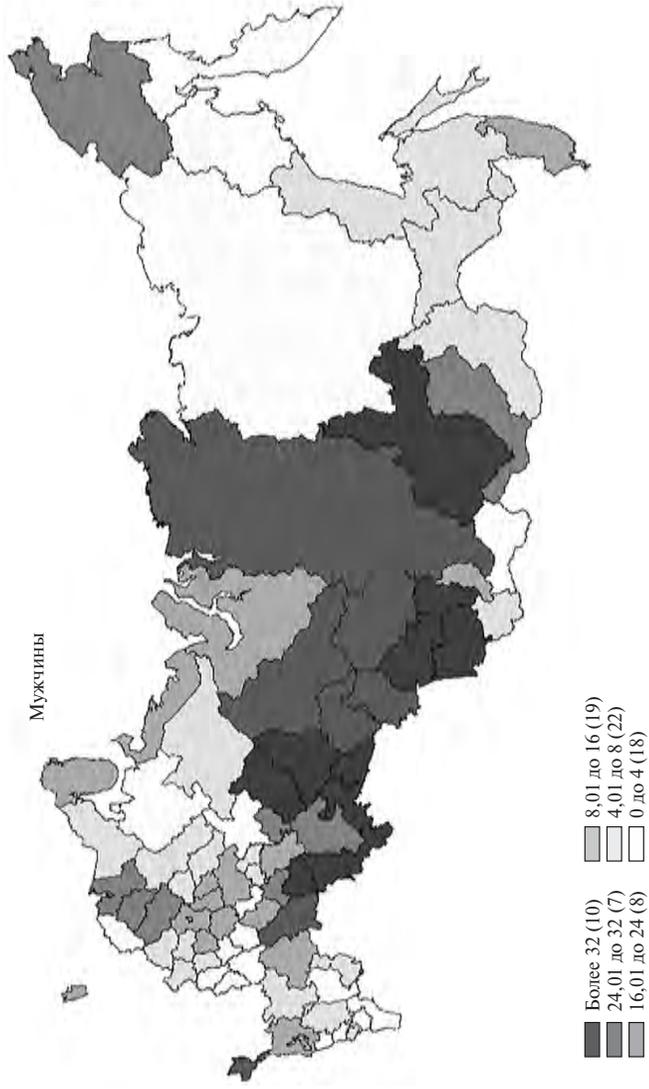


Рис. 6.31. Стандартизованный коэффициент смертности от ВИЧ-инфекции для мужчин и женщин, Россия, 2019 г., на 100 тыс. населения

Примечание. В скобках указано число субъектов РФ, относящихся к группе.

Источник: Расчеты авторов на основе неопубликованных данных Росстата.

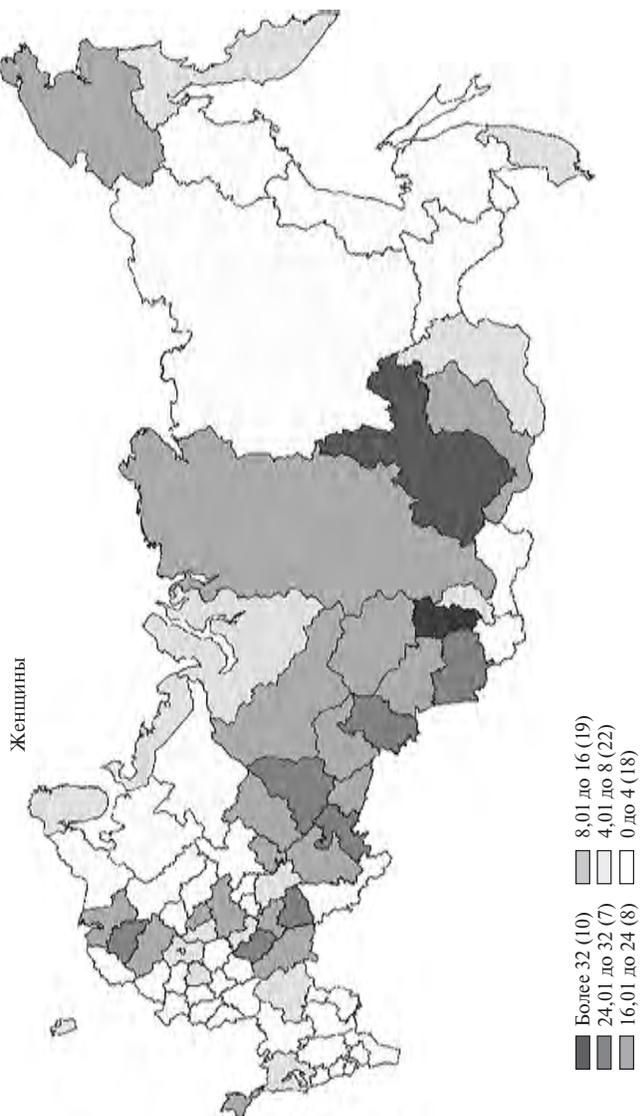


Рис. 6.31. (Окончание)

на 100 тыс., у женщин был отмечен лишь в двух регионах (Кемеровской и Иркутской областях), тогда как у мужчин таких регионов — 17. Однако в целом региональная дифференциация смертности от ВИЧ практически идентична и для мужчин, и для женщин: наивысшие показатели смертности отмечаются в регионах Сибири, Урала и Поволжья.

В отличие от дифференциации коэффициентов смертности по регионам, разницы в возрастных профилях смертности в регионах практически не наблюдается: для всех российских регионов характерны одни и те же тренды — наибольшая смертность от ВИЧ сконцентрирована в возрастной группе от 30 до 44 лет (рис. 6.32).

Также отметим, что практически на всем протяжении рассматриваемого периода в региональной дифференциации наблюдаются одни и те же «лидеры» и «аутсайдеры». Например, Кемеровскую, Иркутскую и Свердловскую области отличают более высокие показатели, тогда как все регионы Северокавказского федерального округа имеют наименьшие показатели. Однако если в 2010 г. лидеры по показателям смертности находились примерно на одном уровне, то к 2019 г. разница между ними значительно увеличилась, достигая в последние годы существенных расхождений.

Как утверждают специалисты, одним из важных факторов роста распространенности и смертности от ВИЧ является наркотрафик, поскольку регионы, в которых отмечается наиболее высокая смертность от ВИЧ по России, частично пересекаются с регионами, где изымается максимальное количество наркотических средств опийной группы, — это Москва, Кемеровская, Свердловская, Московская, Самарская, Челябинская, Омская, Иркутская, Новосибирская области и Еврейская автономная область²⁰. Данная взаимосвязь подтверждается и в исследовании Е.М. Андреева²¹, но все же об однозначной тесной связи между двумя показателями (распространенностью и смертностью) говорить не приходится.

²⁰ Линделл Д., Звездина П., Тарасенко Е. В России сменилась тройка регионов — лидеров по смертности от ВИЧ // РБК. Общество. 11.03.2019. URL: <https://www.rbc.ru/society/11/03/2019/5c6c0ae49a79477703d915b7>.

²¹ Андреев Е.М., Тимонин С.А. Рост смертности от ВИЧ-инфекции в России в 2000–2015 годах (анализ данных демографической статистики): доклад на XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества. Москва, 11–14 апреля 2017 г. М.: НИУ ВШЭ, 2017.

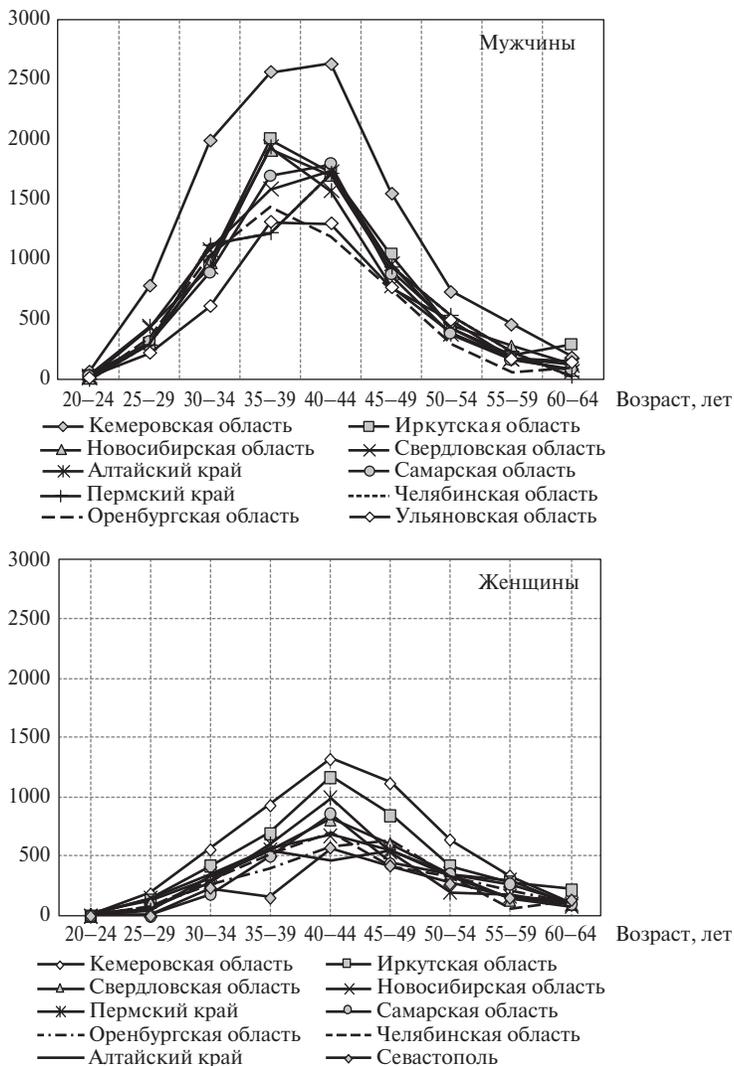


Рис. 6.32. Возрастные коэффициенты смертности от ВИЧ для мужчин и женщин в 10 российских регионах-лидерах, 2019 г., на 1 млн населения в указанных возрастных группах

Вместе с тем с каждым годом доля новых случаев заболеваемости ВИЧ среди потребителей наркотиков быстрыми темпами снижается²², но это никак не сказывается на показателях смертности — СКС от ВИЧ растет.

Как показывают исследования, с одной стороны, смертность от ВИЧ не зависит от среднедушевых денежных доходов населения, инвестиций в здравоохранение и численности населения, получающего доход ниже величины прожиточного минимума²³, а с другой — с увеличением ВРП на душу населения, уменьшением количества человек с доходами ниже прожиточного минимума и ростом образованности региона число новых случаев заболевания ВИЧ-инфекцией только увеличивается²⁴. Таким образом, наличие связи между уровнем смертности и экономическим неблагополучием остается неоднозначным.

6.9. Анализ долговременных тенденций смертности российского населения в разрезе периода, поколения и возраста

В международной базе данных о смертности Human Mortality Database (HMD)²⁵ имеются данные о смертности россиян для поколений 1878–1984 годов рождения, однако информация по этим поколениям неполная и представлена для поколения 1878 г. смертностью в возрастах старше 80 лет, а для поколения 1984 г. — до 30 лет, так как в первом случае отсутствуют данные до 1959 г. и поэтому неизвестно, как умирали в молодом возрасте

²² Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Бюллетень № 44. ВИЧ-инфекция. 2019. URL: <http://www.hivruussia.info/wp-content/uploads/2020/01/Byulleten-44-VICH-infektsiya-2019-g.pdf>.

²³ Мехоношина Н.В., Гудилина Н.А., Ростова Н.Б. и др. Анализ социально-экономических показателей, заболеваемости и смертности ВИЧ-инфицированных пациентов в РФ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2017. Т. 9. № 3. С. 103–112.

²⁴ Подымова А.С., Тургель И.Д., Кузнецов П.Д. и др. Выявление социально-экономических факторов, определяющих распространение ВИЧ-инфекции в регионах России // Вестник УрФУ. Сер. Экономика и управление. 2018. Т. 17. № 2. С. 242–262.

²⁵ Human Mortality Database. URL: <https://www.mortality.org>.

представители этого поколения (имеющиеся данные российской демографической статистики до этого момента страдали фрагментарностью и ненадежностью), а во втором случае мы не имеем на момент написания данного раздела данных после 2013 г., и, соответственно, нам еще не известно, как будут умирать члены этого поколения по мере взросления (в 2013 г. поколению 1984 г. исполнилось 29 лет). Таким образом, мы сталкиваемся с классическим случаем двустороннего цензурирования данных, ограничивающего наши возможности для анализа демографических судеб поколений.

Долговременные тенденции смертности в разрезе периода, поколения и возраста удобно изучать с использованием так называемой демографической сетки Лексиса — широко распространенного способа отображения демографических совокупностей, событий и процессов²⁶. Этот подход реализован в программном приложении, доступном для всех на веб-ресурсе Human Mortality Explorer, помогающем более эффективно работать с данными НМД²⁷. Этим ресурсом мы и воспользовались для визуализации исторической эволюции коэффициентов смертности в России, имеющихся в НМД. Графические результаты нашей работы в силу трудностей для их типографского воспроизведения мы разместили как онлайн-приложение с открытым доступом²⁸.

Хотя расчет коэффициентов смертности для реальных поколений несколько отличается от расчета коэффициентов для условных поколений (для календарных лет, периодных), взгляд на данные для условных поколений (см. рис. 1 онлайн-приложения, правая панель) позволяет в определенной мере очертить динамику смертности в более молодых поколениях 1984–2013 годов рождения. В целом позитивных тенденций у мужчин при выбранных шкалах уровня смертности практически не наблюдается, только в самых молодых поколениях 2000-х годов рождения в детских

²⁶ См.: Демографическая энциклопедия / гл. ред. А.А. Ткаченко. М.: Изд-во «Энциклопедия», 2013. С. 749–751.

²⁷ *Schöley J.* (producer). The Human Mortality Explorer: An Interactive Online Visualization of the Human Mortality Database. Computer programme, 2016. URL: <https://github.com/jschoeley/hmdexp>.

²⁸ Онлайн-приложение доступно по ссылке: URL: <https://clck.ru/YDET8>.

и юношеских возрастах до 15 лет коэффициент смертности опустился до 1–5 смертей на 10 тыс. населения. Можно сказать, что с середины 2000-х практически во всех поколениях смерти стали происходить в более поздних возрастах, однако эта тенденция — не что иное, как возвращение к ранее достигнутым результатам, притом что полностью вернуться к значениям полувековой давности удалось не всем когортам. Например, кризис смертности для когорт 1940–1984 годов рождения оказался наиболее затяжным. Антиалкогольная политика 1985–1990 гг. положительно сказалась на уровне смертности мужчин в рабочих возрастах. Однако отчетливо видно, что, скажем, для поколений 1950-х годов рождения снижение смертности в 30–37 лет в период антиалкогольной кампании компенсировалось ее ростом в старших возрастах в середине 1990-х, на что демографы обращали внимание ранее²⁹. Поколение 1960-х испытало увеличение смертности дважды — в середине 1990-х и в середине 2000-х годов.

У женщин и сам уровень смертности, и ее колебания ниже, чем у мужчин (см. рис. 2 онлайн-приложения). Например, уже в поколениях с 1950 годов рождения в возрастах 14–17 лет коэффициент смертности снизился ниже 5 на 10 тыс. населения, и постепенно снижение охватывало соседние возрастные группы, так что этот возрастной интервал к 2013 г. составил 3–19 лет.

Мужская смертность выше женской, и это одинаково проявляется как в когортных, так и периодных данных в возрастах 15–70 лет (см. рис. 3 онлайн-приложения). Такое значимое превышение характерно только для восточноевропейских стран (среди представленных в НМД). Одинаковый уровень смертности по полу наблюдается в детских возрастах (примерно в 2 года) и в самых старших возрастах (95 лет). После 97 лет проявляется превышение женской смертности, что в общем-то является признаком плохого качества данных, так как во всех современных обществах смерт-

²⁹ *Захаров С.В.* Когортный анализ смертности населения России (долгосрочные и краткосрочные эффекты неравенства поколений перед лицом смерти) // Проблемы прогнозирования. 1999. № 2. С. 114–131; *Вишневский А.Г.* Подъем смертности в 90-е годы: факт или артефакт? // Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека ИМП РАН. 2000. № 45. Май; *Андреев Е.М.* Конечный эффект мер демографической политики 1980-х в России // Мир России. 2016. № 2. С. 68–100.

ность мужчин превышает такую у женщин по всему возрастному профилю, хотя само превышение не столь велико.

Интересно сравнить превышение российских показателей смертности над японскими (см. рис. 4 онлайн-приложения). Начиная с середины 1960-х в поколениях 1920 года рождения (которым исполнилось тогда 45 лет) и моложе уровень смертности в России превышает на 100% и более, причем поколение, рожденное в конце 1970-х годов и позднее, уступает японским уже с самого рождения.

Как было отмечено, из-за недостаточно продолжительного периода статистического наблюдения у нас нет данных по всему возрастному профилю — для этого они должны охватывать порядка 100 лет. Но мы можем сравнить возрастные профили с отрезком в 20–30 лет для соседних когорт (рис. 6.33, 6.34), а из общего числа 107 когорт составить «единый профиль» смертности за все время. Прослеживается закономерность, которая выражается в том, что в молодых когортах снижается уровень смертности до 15 лет, тогда как в возрастах 20–40 лет смертность в каждом последующем поколении, наоборот, увеличивается.

Мы также можем получить дополнительную информацию, сравнивая изменения смертности у «сверстников», т.е. коэффициенты смертности у представителей различных реальных поколений, но взятых в одном и том же возрасте. Для примера на рис. 6.34 приведены возраста, оканчивающихся на ноль.

Так, у сверстников, которым исполнилось 50 лет, наибольшая смертность была среди тех, кто достиг этого возраста в 1994 и 2002 гг., т.е. у поколений 1944 и 1952 годов рождения. Аналогичный всплеск смертности наблюдается среди 40-летних соседних поколений 1953 и 1964 годов рождения. Влияние двух кризисов прослеживается вплоть до молодых когорт 1970-х годов рождения, когда им было всего 20–30 лет, при этом кризис начала 2000-х годов выражен более значимо именно для молодых возрастов. Что касается младенческой смертности (в возрасте до одного года), то для поколений 1959–1970 годов рождения она снижалась наиболее интенсивно, однако после этого прогресс замедлился. В 1983 г. по своему уровню она была сопоставима со смертностью 58-летних мужчин 1955 года рождения и 67-летних женщин 1946 года рождения у мальчиков и девочек соответственно.

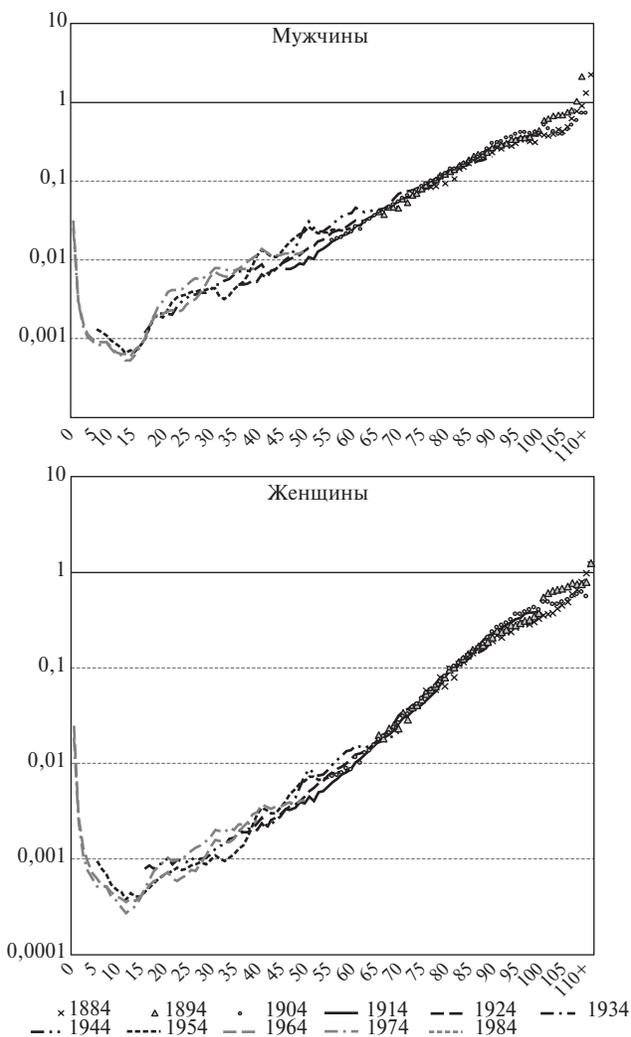


Рис. 6.33. Коэффициенты смертности реальных поколений, мужчины и женщины 1884–1984 годов рождения, Россия (полулогарифмическая шкала)

Источник: Составлено автором на основе Human Mortality Database. URL: <https://www.mortality.org>.

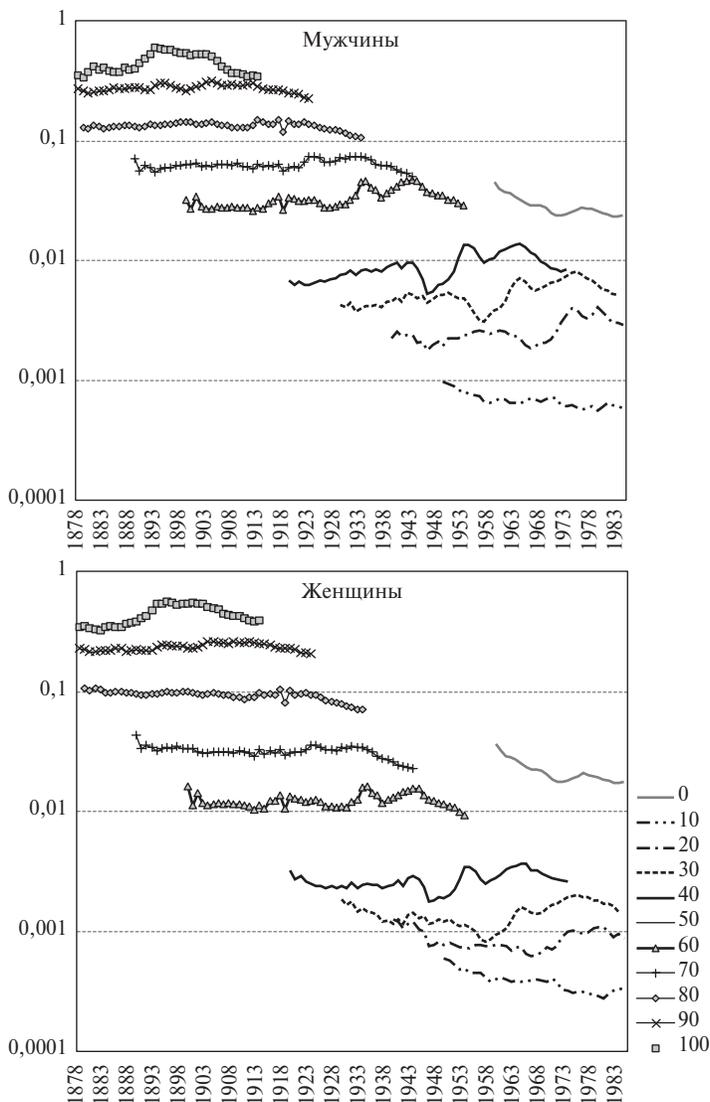


Рис. 6.34. Коэффициенты смертности сверстников, поколения мужчин и женщин 1878–1984 годов рождения, Россия

К сожалению, обновление международной базы НМД для России прекратилось с 2017 г. в связи с возросшими проблемами в российской демографической статистике³⁰, и дальнейшие перспективы анализа тенденций российской смертности с использованием изложенного подхода, пока неочевидны.

6.10. Общий вывод: несмотря на положительные сдвиги, отставание России от развитых стран усиливается, и эта тенденция сохранится в неопределенно долгой перспективе

Начиная с 2004 г. в России стала отмечаться достаточно устойчивая положительная тенденция роста ожидаемой продолжительности жизни. Однако реальный рост наблюдается только в течение последних шести лет у мужчин и десяти лет у женщин. ОПЖ мужчин в 2019 г. была выше, чем в 1965 г., всего лишь на 3,68 года, а по сравнению с 1990 г. — на 4,49 года, а у женщин — соответственно на 4,88 и 3,87 года.

В результате, несмотря на позитивный тренд, Россия по уровню ОПЖ до сих пор значительно отстает от развитых стран, причем разрыв не только не уменьшается, а, напротив, растет (!). В 2019 г. разрыв в ОПЖ у мужчин России по сравнению с мужчинами Японии и Швеции превысил 13 лет, Франции — более 11, США — более 8 лет. У женщин ситуация немного лучше, но отставание также весьма значительно: более 9,30 лет от женщин Японии, около 7 лет — Франции и Швеции и более 3 лет — США.

Динамика ОПЖ в значительной степени определяется изменениями смертности в молодых рабочих возрастах (15–44 лет). В то же время рост ОПЖ в возрасте 65 лет, хотя в абсолютном выражении и был менее значительным, в сравнении с ростом в возрастах 15 и 45 лет, в относительном выражении он более значим.

В последний период снижения смертности разрыв в показателях ОПЖ между мужчинами и женщинами несколько сократился в возрасте 15 лет (с 10,2 в 1990 г. до 9,9 года в 2019-м), но, напро-

³⁰ Юмагузин В.В., Винник М.В. Проблемы качества статистики смертности в России // ЭКО. 2019. № 10. С. 54–77.

тив, в возрастах 45 и 65 лет немного увеличился (соответственно с 7,5 до 7,8 и с 3,8 до 4,3 года).

В основном рост продолжительности жизни связан со снижением смертности у мужчин и женщин от БСК и внешних причин, однако вклад их у мужчин и женщин различен. В период 2003–2019 гг. основной вклад БСК в рост ОПЖ мужчин отмечался в возрастах 45–64 лет, прежде всего в результате снижения смертности от ишемической болезни сердца и почти в 2 раза меньше по значимости — от инсультов. Вклад БСК в возрастах 65 лет и старше был немного меньше, но в равной степени связан со снижением смертности от ишемии и инсультов. Напротив, основной вклад внешних причин сосредоточен в молодых возрастах 15–44 лет и в 2 раза меньше — в возрастах 45–64 лет. У женщин положительный вклад внесло снижение смертности от БСК в возрастах 65 лет и старше и почти в 3 раза меньше — в возрастах 45–64 лет. При этом, в отличие от мужчин, у женщин в пожилых возрастах основной вклад в снижение смертности от БСК вносили инсульты, а в возрастах 45–64 лет вклад инсультов и ишемии был равнозначным. Снижение смертности от внешних причин, прежде всего в возрастах 15–64 лет почти на 1/5, способствовало росту ОПЖ женщин за этот период.

С середины 2000-х годов практически во всех поколениях смерти стали происходить в более поздних возрастах, однако эта тенденция — не что иное, как возвращение к ранее достигнутым результатам, притом что полностью вернуться к значениям полувекковой давности удалось не всем когортам. Например, кризис смертности для когорт 1940–1984 годов рождения оказался наиболее затяжным. Антиалкогольная политика 1985–1987 гг. положительно сказалась на уровне смертности мужчин в рабочих возрастах. Однако отчетливо видно, что снижение смертности в поколении 1950-х годов рождения во время этой антиалкогольной кампании, которым тогда было 30–37 лет, компенсировалось ее ростом в середине 1990-х. Поколение 1960-х годов рождения испытало увеличение смертности дважды — в середине 1990-х и в середине 2000-х.

В результате развернувшейся пандемии COVID-19, согласно предварительной оценке Росстата³¹, ОПЖ в России в 2020 г. сократилась и составила 71,5 года, что ниже на 1,84 года по сравнению

³¹ URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>.

с 2019 г. Таким образом, ОПЖ вернулась к уровню практически пятилетней давности (в 2015 г. — 71,4 года). Поэтому весьма реально предположить, что и в 2021 г. ОПЖ в России не достигнет значений 2019 г. и значительный отрыв от развитых стран сохранится в неопределенно долгой перспективе.