

## 4. Смертность и продолжительность жизни

### 4.1. Сокращение абсолютного числа смертей в России в 2008 г. почти прекратилось

В период с 1998 по 2003 г. в России отмечался заметный рост числа умерших, после чего оно стало снижаться. Вплоть до 2007 г. это было характерно почти в равной степени и для мужчин, и для женщин (рис. 4.1, табл. 4.1). Однако в 2008 г. по сравнению с 2007 г. сокращение числа умерших почти прекратилось, снижение составило всего 0,2% (–0,1% в городском и –0,4% в сельском населении). При этом число умерших женщин даже несколько увеличилось (на 0,7 тыс. человек, или на 0,07%), снизилось, хотя и незначительно, лишь число умерших мужчин (на 5,2 тыс. человек, или на 0,5%). В результате общий коэффициент смертности в 2008 г. остался на уровне 2007 г. и составил 14,6‰ для всего населения, 13,9‰ — в городах и 16,6‰ — в сельской местности.

Абсолютное число умерших, впрочем, как и общий коэффициент смертности, есть производное от численности населения тех или иных возрастов и соответствующих уровней смертности в этих возрастах. Как видно

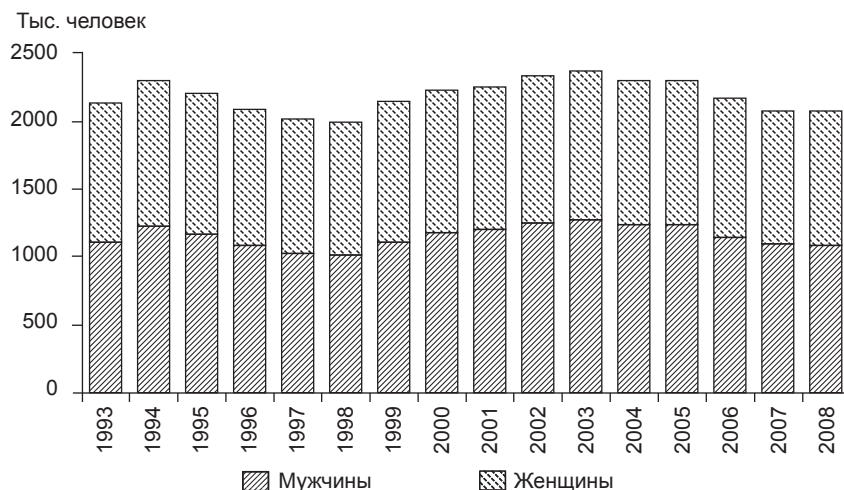
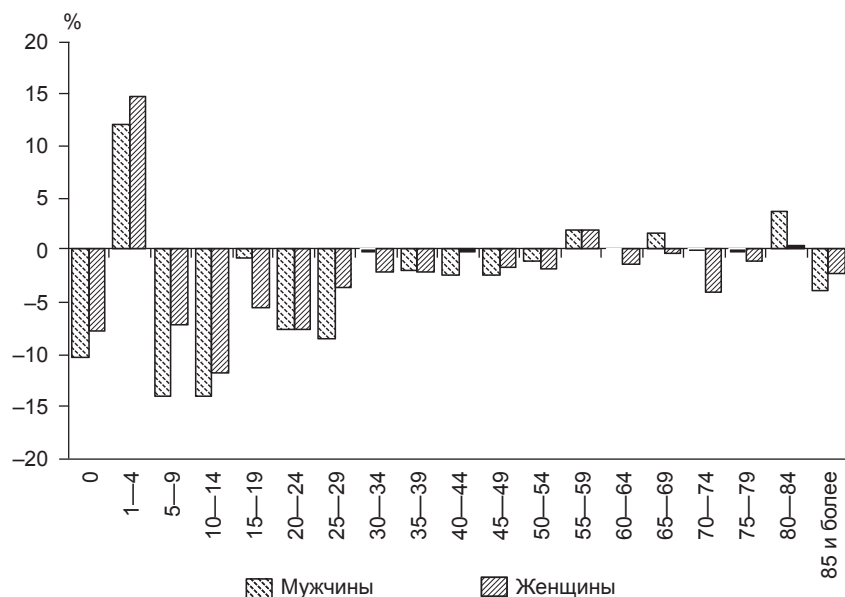


Рис. 4.1. Число умерших в России, 1993—2008 гг.

**Таблица 4.1.** Число умерших в России и компоненты его изменения, 1993—2008 гг., тыс. человек

Год	Число умерших	Изменение за год	В том числе за счет	
			интенсивности смертности	возрастной структуры
<i>Мужчины</i>				
1993	1112,7			
1994	1226,5	113,8	105,9	7,9
1995	1167,6	-58,8	-66,2	7,3
1996	1083,6	-84,0	-95,7	11,7
1997	1028,6	-55,1	-69,0	13,9
1998	1013,7	-14,8	-27,9	13,1
1999	1112,5	98,8	85,8	12,9
2000	1179,8	67,3	55,6	11,6
2001	1204,2	24,4	8,9	15,5
2002	1249,8	45,6	34,4	11,2
2003	1272,5	22,8	13,3	9,5
2004	1240,1	-32,4	-47,4	15,0
2005	1245,0	4,9	-0,4	5,2
2006	1148,6	-96,5	-112,6	16,2
2007	1095,8	-52,7	-66,7	14,0
2008	1090,6	-5,2	-18,3	13,1
<i>Женщины</i>				
1993	1016,7			
1994	1074,9	58,2	53,6	4,7
1995	1036,2	-38,7	-42,1	3,4
1996	998,6	-37,6	-41,5	4,0
1997	987,2	-11,4	-16,6	5,2
1998	975,0	-12,2	-20,3	8,1
1999	1031,8	56,8	48,1	8,7
2000	1045,6	13,8	10,9	2,8
2001	1050,7	5,1	7,5	-2,4
2002	1082,5	31,8	29,3	2,5
2003	1093,3	10,8	3,7	7,1
2004	1055,3	-38,0	-51,2	13,2
2005	1058,9	3,6	-7,0	10,7
2006	1018,1	-40,8	-56,9	16,2
2007	984,6	-33,5	-51,0	17,4
2008	985,3	0,7	-2,6	3,3



**Рис. 4.2.** Изменение возрастных коэффициентов смертности в 2008 г. по сравнению с 2007 г.

из табл. 4.1, за последние 16 лет динамика этого числа в решающей степени определялась колебаниями возрастных интенсивностей смертности, тогда как изменения возрастного состава населения играли меньшую роль и всегда способствовали росту общего числа умерших. Лишь один раз и только у женщин в 2001 г. изменение возрастной структуры немного снизило число умерших.

Однако все же влияние возрастной структуры на динамику чисел умерших не следует недооценивать. Ее изменения в начале нынешнего столетия были благоприятны в том смысле, что они на какое-то время смягчили негативное влияние постарения. Если бы не было провалов в численности пожилых людей (малочисленные когорты, родившиеся в первой половине 1930-х и первой половине 1940-х гг.) с высоким уровнем смертности, то абсолютное число смертей в соответствующих возрастах, а значит, и общее число смертей было бы существенно большим<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад. М., 2008. С. 167–169.

Определяющую роль в уменьшении числа смертей после 2005 г. играет сокращение возрастных интенсивностей смертности во всех возрастных группах. Причем до 2008 г. и у мужчин, и у женщин более всего смертность снижалась в трудоспособных возрастах, особенно старше 40 лет. Напротив, в 2008 г. по сравнению с 2007 г. наибольшее снижение смертности отмечалось в возрастах до 30 лет у мужчин и до 25 лет у женщин (рис. 4.2).

#### **4.2. Рост ожидаемой продолжительности жизни еще более замедлился**

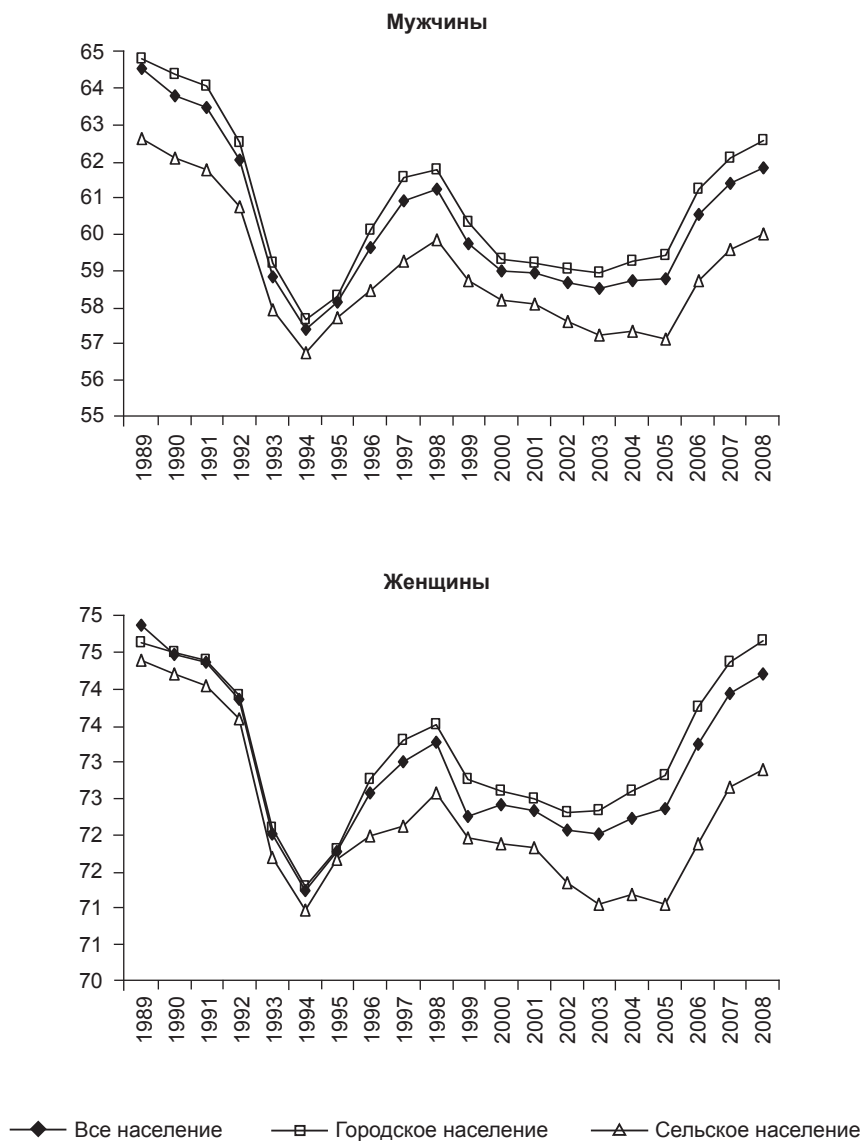
В течение последнего 20-летия динамика продолжительности жизни остается весьма неопределенной: периоды роста (1995—1999 гг.) сменялись периодами снижения (1999—2003 гг.), а затем незначительным улучшением, скорее похожим на стабилизацию (табл. 4.2, рис. 4.3). И наконец, в 2006 г. продолжительность жизни значительно выросла: у мужчин — на 1,5 года, у женщин — на 0,84 года. В 2007 г. рост ожидаемой продолжительности жизни продолжился, но уже обнаружилось его замедление: по сравнению с предыдущим годом он стал почти на треть менее значимым (у мужчин — на 1,01 года, а у женщин — на 0,66 года). При этом продолжительность жизни у городских мужчин увеличилась чуть больше, чем у сельских (соответственно на 1,05 года против 0,98), у женщин же, напротив, рост продолжительности жизни был несколько выше в селах, чем в городах (соответственно 0,72 и 0,63 года). В 2008 г. в результате продолжившегося замедления темпов снижения смертности прирост ожидаемой продолжительности жизни по сравнению с 2007 г. составил у мужчин всего 0,4 года, а у женщин — 0,3 года.

Рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2005—2007 гг. происходил в основном за счет снижения смертности в рабочих возрастах — в отличие от предыдущего периода 2003—2005 гг., когда этот рост был связан в основном со снижением смертности детей и пожилых, тогда как продолжительность жизни мужчин в возрасте 15 лет оставалась неизменной. Напротив, в 2005—2007 гг. ожидаемая продолжительность жизни 15-летних выросла почти в той же мере, что и в возрасте 0 лет, 83% роста продолжительности жизни у мужчин и 61% роста у женщин приходилось на возраст 15—64 года. Особенностью 2008 г. стало то, что 60% прироста продолжительности жизни у мужчин и 40% этого прироста у женщин было связано со снижением смертности в молодых возрастах до 30 лет. Эти тенденции почти в равной мере характерны и для городского, и для сельского населения (табл. 4.3, рис. 4.4).

**Таблица 4.2.** Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России по расчетам ИДЕМ ГУ ВШЭ\*, лет

Год	Все население		Городское население		Сельское население	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
1989	64,50	74,83	64,78	74,61	62,63	74,37
1990	63,80	74,44	64,38	74,46	62,10	74,16
1991	63,47	74,34	64,06	74,37	61,78	74,01
1992	62,04	73,83	62,49	73,87	60,76	73,56
1993	58,85	71,99	59,18	72,07	57,93	71,65
1994	57,41	71,20	57,65	71,26	56,75	70,94
1995	58,14	71,75	58,31	71,77	57,70	71,63
1996	59,64	72,54	60,08	72,74	58,47	71,96
1997	60,91	72,96	61,54	73,26	59,24	72,08
1998	61,25	73,23	61,77	73,47	59,86	72,55
1999	59,74	72,21	60,33	72,74	58,73	71,93
2000	59,00	72,38	59,32	72,56	58,17	71,84
2001	58,91	72,30	59,21	72,47	58,10	71,78
2002	58,67	72,02	59,05	72,27	57,61	71,31
2003	58,50	71,97	58,96	72,29	57,23	71,02
2004	58,74	72,20	59,25	72,56	57,35	71,14
2005	58,78	72,32	59,42	72,79	57,12	71,02
2006	60,36	73,22	61,02	73,70	58,66	71,88
2007	61,52	73,92	62,25	74,39	59,64	72,61
2008	61,94	74,20	62,67	74,67	60,07	72,87

\* Как уже отмечалось в предыдущих докладах, наши оценки продолжительности жизни 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, ожидаемая продолжительность жизни в 2008 г. составила для мужчин 61,83 года, для женщин — 74,16, для обоих полов — 67,88 года.



**Рис. 4.3.** Ожидаемая продолжительность жизни при рождении всего, городского и сельского населения, 1989—2008 гг., лет

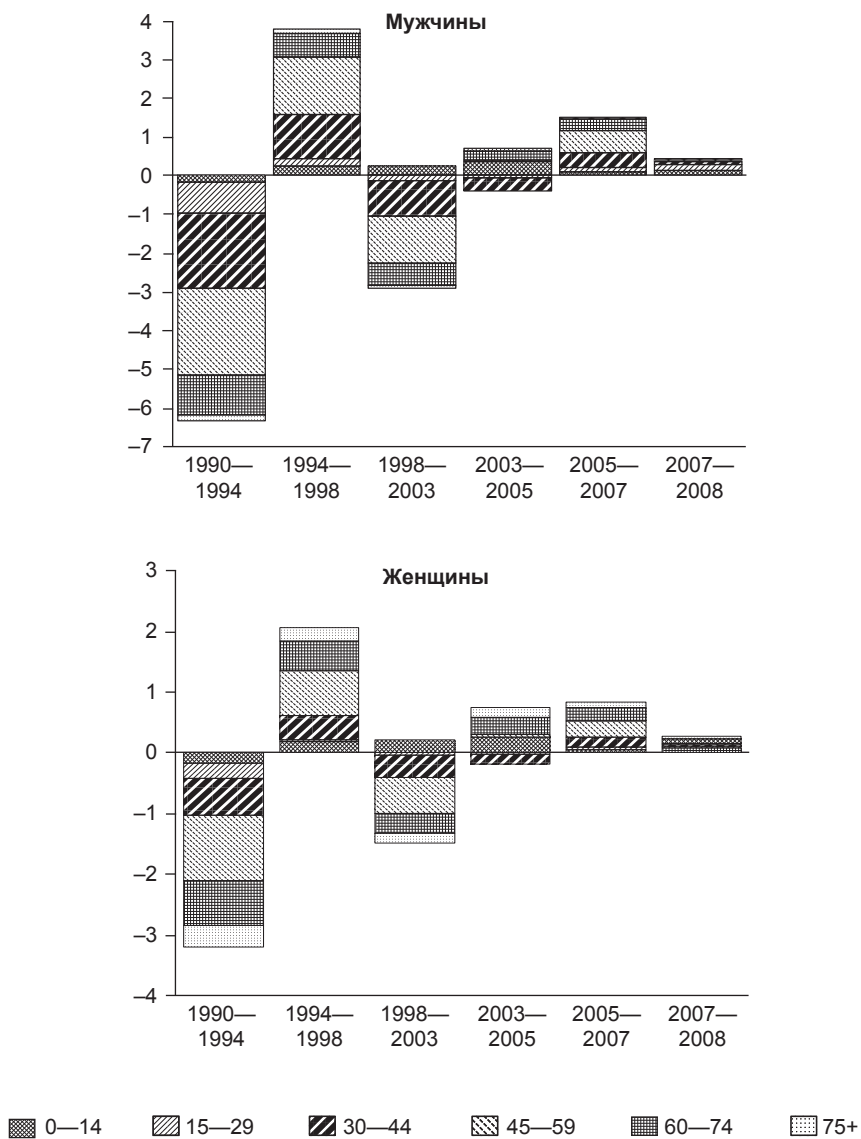
**Таблица 4.3.** Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни при рождении в России, лет

Годы	Прирост	В том числе за счет изменений смертности в возрастах, лет					
		0—14	15—29	30—44	45—59	60—74	75+
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Все население</b>							
<i>Мужчины</i>							
1990—1994	-6,37	-0,17	-0,81	-1,94	-2,27	-1,02	-0,16
1994—1998	3,82	0,23	0,21	1,15	1,47	0,60	0,14
1998—2003	-2,56	0,23	-0,14	-0,84	-1,16	-0,58	-0,08
2003—2005	0,22	0,24	-0,05	-0,22	0,03	0,17	0,04
2005—2007	2,49	0,14	0,27	0,62	0,92	0,43	0,08
2007—2008	0,42	0,12	0,15	0,08	0,05	0,01	0,01
<i>Женщины</i>							
1990—1994	-3,26	-0,18	-0,24	-0,63	-1,08	-0,76	-0,36
1994—1998	2,06	0,18	0,03	0,40	0,74	0,50	0,21
1998—2003	-1,25	0,20	-0,04	-0,36	-0,57	-0,32	-0,16
2003—2005	0,51	0,24	-0,03	-0,15	0,04	0,26	0,16
2005—2007	1,46	0,12	0,07	0,21	0,46	0,44	0,22
2007—2008	0,28	0,07	0,04	0,02	0,01	0,08	0,05
<b>Городское население</b>							
<i>Мужчины</i>							
1990—1994	-6,72	-0,16	-0,82	-2,08	-2,42	-1,07	-0,16
1994—1998	4,10	0,24	0,18	1,23	1,60	0,68	0,17
1998—2003	-2,69	0,20	-0,09	-0,88	-1,25	-0,58	-0,08
2003—2005	0,46	0,26	-0,08	-0,15	0,15	0,25	0,04
2005—2007	2,57	0,15	0,28	0,65	0,98	0,43	0,08
2007—2008	0,42	0,10	0,14	0,08	0,07	0,01	0,01
<i>Женщины</i>							
1990—1994	-3,21	-0,16	-0,26	-0,64	-1,09	-0,71	-0,34
1994—1998	2,20	0,19	0,04	0,40	0,78	0,55	0,25

Окончание табл. 4.3

1	2	3	4	5	6	7	8
1998—2003	-1,22	0,15	-0,03	-0,38	-0,57	-0,27	-0,13
2003—2005	0,71	0,24	-0,03	-0,12	0,10	0,34	0,18
2005—2007	1,43	0,13	0,07	0,21	0,43	0,39	0,20
2007—2008	0,28	0,06	0,04	0,02	0,02	0,09	0,04
<b>Сельское население</b>							
<i>Мужчины</i>							
1990—1994	-5,33	-0,14	-0,77	-1,47	-1,86	-0,90	-0,18
1994—1998	3,08	0,21	0,29	0,95	1,11	0,43	0,09
1998—2003	-2,28	0,29	-0,29	-0,75	-0,89	-0,56	-0,08
2003—2005	-0,32	0,21	0,06	-0,37	-0,27	-0,01	0,05
2005—2007	2,44	0,14	0,29	0,58	0,89	0,46	0,08
2007—2008	0,42	0,17	0,17	0,06	0,02	0,00	0,02
<i>Женщины</i>							
1990—1994	-3,23	-0,19	-0,17	-0,54	-1,06	-0,87	-0,40
1994—1998	1,67	0,13	-0,03	0,39	0,62	0,40	0,15
1998—2003	-1,33	0,30	-0,08	-0,30	-0,59	-0,44	-0,21
2003—2005	0,00	0,22	-0,03	-0,22	-0,13	0,06	0,10
2005—2007	1,50	0,09	0,07	0,14	0,52	0,46	0,22
2007—2008	0,26	0,10	0,06	0,02	0,00	0,03	0,07





**Рис. 4.4.** Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни при рождении в России, 1990—2008 гг., лет

### 4.3. Младенческая смертность снижается, но проблемы остаются

Младенческая смертность (в возрасте до одного года), как и детская (в возрасте до пяти лет), в России имеет тенденцию к снижению уже в течение многих лет. Но успехи не настолько велики, как может показаться с первого взгляда. Достигнутый в 2008 г. в России уровень младенческой смертности (8,5 на 1000 родившихся живыми) до сих пор остается примерно в 3—4 раза выше, чем во многих развитых странах, существенно выше, чем в странах Восточной Европы, включая и бывшие европейские республики СССР (рис. 4.5). При этом нельзя забывать, что в России до сих пор расчет младенческой смертности ведется не по всем критериям ВОЗ. Он проводится в соответствии с определением живорождения, принятым в России с 1993 г. (год официального перехода России на новое определение живорождения), которое, хотя и отличается от определения, использовавшегося до 1993 г. в СССР, но не вполне соответствует критериям, принятым ВОЗ<sup>2</sup>. Поэтому в реальности разрыв России и других развитых стран по уровню младенческой смертности еще сильнее<sup>3</sup>.

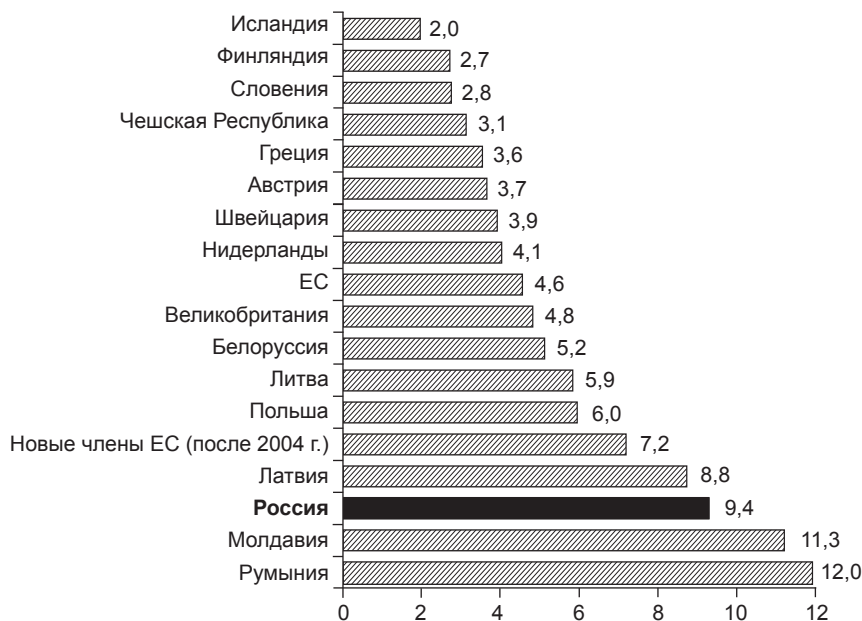
Долгое время общее снижение младенческой смертности в России происходило в основном за счет таких причин, как инфекционные и паразитарные болезни, болезни органов дыхания, т.е. причин экзогенного характера. В период с 1970 по 2008 г. смертность младенцев от болезней органов дыхания снизилась более чем в 14 раз и определила около 55% общего снижения младенческой смертности. Смертность от болезней органов пищеварения снизилась более чем в 25 раз, а смертность от инфекционных болезней — более чем в четыре раза (при этом что в 1970-х гг. наблюдался рост смертности от этой причины) (табл. 4.4).

Одновременно со снижением смертности детей до одного года от ряда экзогенных причин в России в течение довольно продолжительного периода отмечалась тенденция к росту младенческой смертности от таких причин эндогенного характера, как болезни системы кровообращения, врожденные аномалии, отдельные состояния, возникающие в перинатальный период.

---

<sup>12</sup> Подробнее о различиях в критериях живорождения России и ВОЗ см.: Население России 2006: Четырнадцатый ежегодный демографический доклад. М., 2008. С. 177—178.

<sup>13</sup> Интересно отметить, что Украина, также долгое время не переходившая на критерии ВОЗ, имела более низкие показатели младенческой смертности, чем Россия. Но когда в 2007 г. этот переход на Украине произошел, показатели сразу выросли и оказались хуже, чем в России.



**Рис. 4.5.** Младенческая смертность в некоторых развитых странах в 2007 г., на 1000 родившихся живыми

Лишь с последней четверти прошлого века наметилась тенденция к снижению смертности и от этих причин. С 1970 по 2008 г. смертность от причин перинатальной смерти снизилась в 1,8 раза, что обеспечило более 20% общего снижения младенческой смертности.

Меньше успехов в борьбе со смертностью от врожденных аномалий, она труднее поддается снижению. С 1970 по 2008 г. она сократилась почти на 50%, сейчас обуславливает примерно четверть всех смертей в возрасте до одного года и занимает второе место среди причин младенческой смертности. Первое же место среди этих причин, как в России вообще, так и во всех федеральных округах, принадлежит отдельным состояниям, возникающим в перинатальный период. Тревожат остающиеся до сих пор высокими, особенно при сравнении с развитыми странами, показатели смертности от инфекционных и паразитарных болезней.

К сожалению, пока заметным остается и вклад внешних причин, хотя он также имеет тенденцию к сокращению.

Для структуры причин смерти в возрасте до одного года в начале XXI в. во всех развитых странах характерно преобладание причин, связанных с

**Таблица 4.4.** Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти в России, на 10 тыс. родившихся живыми

Причина смерти	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Все причины	230,5	220,8	174,0	181,3	153,3	109,7	102,2	93,5	85,2
Причины перинатальной смерти	70,1	57,6	80,1	78,6	67,7	49,1	47,3	42,9	39,3
Врожденные аномалии	30,8	34,6	37,0	41,8	35,5	26,9	24,5	22,7	20,6
Болезни органов дыхания	86,0	73,6	24,7	24,2	16,5	8,3	7,8	6,9	6,1
Инфекционные заболевания	12,8	31,7	13,4	12,7	9,2	5,0	4,1	3,8	3,0
Болезни органов пищеварения	10,7	4,1	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	0,6	0,4
Внешние причины смерти	10,5	10,4	7,1	10,1	9,7	7,6	6,6	6,4	5,9
Другие причины	9,6	8,8	10,6	12,8	13,8	12,1	11,1	10,2	10,0

перинатальным периодом и врожденными аномалиями, т.е. причинами в основном эндогенного характера (табл. 4.5). В России в последнее десятилетие эта доля стала примерно такой же, как и во многих развитых странах. Но если при сравнении добавить к этим двум группам причин и группу симптомов, признаков и отклонения от нормы (т.е. те причины смерти, которые приходится в основном на первый месяц жизни ребенка), то различия с развитыми странами еще остаются.

С другой стороны, в России все еще высока доля детей до одного года, умирающих от инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов дыхания, с которыми можно вполне успешно бороться.

На протяжении многих лет в мире общее снижение младенческой смертности происходило в основном за счет постнеонатальной составляющей смертности младенцев, т.е. за счет ограничения в основном экзогенных причин смерти детей. Но начиная со второй половины XX в. (когда многие страны прошли через второй эпидемиологический переход) в развитых странах снижение младенческой смертности стало означать возрастную концентрацию смертности на первом месяце, а в нем — на первой неделе жизни, когда организм ребенка наиболее уязвим и предотвращение смерти в случае возникновения заболевания особенно сложно. Если же

**Таблица 4.5.** Доли различных причин смерти в общем числе умерших детей в возрасте до одного года в некоторых развитых странах, %\*

Страна	Год	Причины перинатальной смерти	Врожденные аномалии	Болезни органов дыхания	Инфекционные заболевания	Болезни органов пищеварения	Болезни нервной системы	Внешние причины смерти	В том числе несчастные случаи	Симптомы и неточно обозначенные состояния	Другие причины
Австрия	2006	59,8	21,0	0,0	1,1	0,4	2,5	2,8	1,8	9,3	3,2
Великобритания	2006	54,1	23,4	2,3	2,0	1,2	2,7	1,7	1,0	7,8	4,8
Венгрия	2005	55,4	25,4	4,4	0,8	1,3	3,3	2,5	1,3	3,3	3,6
Германия	2006	51,7	24,7	0,8	0,7	0,4	2,5	3,0	1,8	12,4	3,9
Греция	2006	47,0	38,3	5,3	0,7	0,0	2,2	1,7	1,5	2,7	2,2
Испания	2005	51,5	27,9	1,8	1,8	0,3	3,3	1,8	1,7	6,0	5,6
Латвия	2006	47,6	25,3	2,9	2,4	1,2	0,0	4,1	0,6	11,2	5,3
Литва	2006	34,7	39,4	5,6	0,9	0,0	2,3	8,5	5,6	5,2	3,3
<b>Россия</b>	<b>2007</b>	<b>45,9</b>	<b>24,3</b>	<b>7,4</b>	<b>4,1</b>	<b>0,6</b>	<b>2,3</b>	<b>6,8</b>	<b>4,9</b>	<b>5,6</b>	<b>3,1</b>
Румыния	2007	37,2	22,7	28,5	2,1	1,4	2,0	3,6	3,4	1,0	1,4
США	2005	51,0	19,5	2,3	1,9	2,1	1,2	5,3	3,8	12,6	4,1
Франция	2005	48,8	20,9	1,3	2,2	1,1	4,3	2,6	2,0	14,0	4,8
Чешская Республика	2005	54,2	22,5	2,0	0,6	1,2	3,7	6,6	5,2	4,9	4,3
Швеция	2005	43,1	31,0	2,0	0,4	0,4	2,8	0,8	0,0	13,3	6,0
Эстония	2005	37,2	26,9	2,6	0,0	0,0	5,1	15,4	11,5	6,4	6,4
Япония	2006	28,2	35,2	5,0	3,6	2,5	1,3	6,5	5,2	10,8	6,8

\* Страны в таблице расположены по алфавиту.

Источники: Россия — данные Росстата, другие страны — базы данных по смертности ВОЗ (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/>).

младенец благополучно миновал этот период наибольшего риска, его шансы на выживание повышаются, а современное здравоохранение резко увеличивает их, ибо располагает эффективными средствами борьбы за жизнь ребенка на этом ее этапе. Поэтому снижение младенческой смертности сопровождается изменением соотношения ее неонатальной (в возрасте до 28 дней) и постнеонатальной (от 28 дней до одного года) составляющих: постнеонатальная смертность становится все более контролируемой и ее вклад уменьшается.

В России же доля умерших на первой неделе сократилась с 51% в 1990 г. до 39,4% в 2008 г. Это свидетельствует о том, что в нашей стране довольно успешно борются с ранней неонатальной смертностью (т.е. в основном в родильном доме), которая сократилась по сравнению с 1990 г. более чем в 2,5 раза, а вот показатели поздней неонатальной и постнеонатальной, т.е. смертности младенцев в возрасте от семи дней до одного года, где имеются большие резервы снижения, снизились гораздо меньше: постнеонатальная — на 80%, поздняя неонатальная — всего на 35%. Такое резкое отличие в темпах снижения показателей смертности в раннем и позднем неонатальном периоде, особенно в последние несколько лет, наводит на мысль о возможной неправильной регистрации детей по возрасту смерти. Как видно из рис. 4.6, с начала 1990-х гг. стала расти доля смертей в пост-

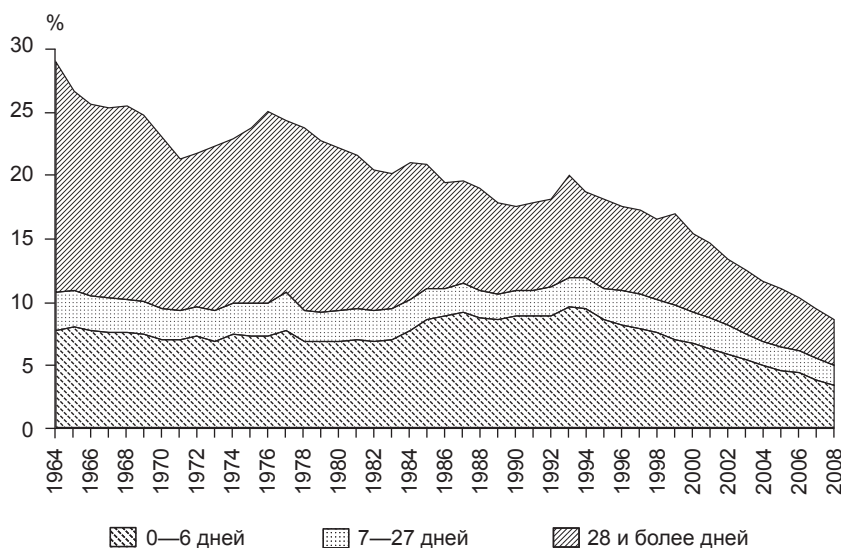


Рис. 4.6. Составляющие младенческой смертности в России, 1964—2008 гг.

неонатальном периоде, что является прежде всего отражением качества работы медицинских учреждений.

Опыт многих стран показывает, что в сокращении уровня и доли постнеонатальной составляющей младенческой смертности кроются немалые резервы снижения смертности детей до одного года. Однако, разумеется, нельзя отодвигать на второй план и усилия, направленные на снижение неонатальной смертности, так как и ее уровень в России по сравнению с большинством развитых стран остается достаточно высоким. Надо учитывать и то, что если бы статистика младенческой смертности в России соответствовала по всем критериям определению живорождения ВОЗ, то это отразилось бы прежде всего на уровне ранней неонатальной смертности, приведя к ее повышению.

О резервах и направлениях приложения главных усилий снижения уровня младенческой смертности в России можно судить, сравнивая распределение по причинам смерти в неонатальный и постнеонатальный периоды. При сравнении России с другими странами по доле умерших от основных причин в неонатальный период в общем числе умерших Россия нигде сильно не выделяется (табл. 4.6).

При сравнении России и ряда развитых стран по долям умерших от некоторых причин смерти по периодам смерти (неонатальный и постнеонатальный) (табл. 4.7, 4.8) обращает на себя внимание относительно высокая доля умерших от болезней органов дыхания (особенно в постнеонатальном периоде). При этом надо учитывать, что данные приводятся за годы, когда еще почти не были выявлены так называемые «птичий» и «свиной» грипп. В постнеонатальном периоде также обращает на себя внимание высокая доля умерших от инфекционных и паразитарных болезней — болезней, лечение которых давно поставлено под контроль.

Хотя младенческая смертность в последнее десятилетие по России в целом неуклонно снижается, сохраняются довольно значительные региональные различия по этому показателю. В 2008 г. разрыв между максимальным и минимальным коэффициентами младенческой смертности по регионам составил 12,5‰ (минимум — Санкт-Петербург (4,5‰), максимум — Чеченская Республика (17,0‰)). По сравнению с 2007 г. этот разброс, составлявший тогда 17,1‰ (минимум — Санкт-Петербург (4,3‰), максимум — Еврейская автономная область (21,4‰)), значительно уменьшился, но все же остается очень большим, и если регионы с минимальными уровнями младенческой смертности приближаются постепенно к странам с низкими значениями этого показателя, то регионы, находящиеся на противоположном краю спектра, все еще сильно отстают от них.

В целом наиболее высокие показатели младенческой смертности отмечались в Сибирском и Дальневосточном округах, а наиболее низкие —

**Таблица 4.6.** Доли умерших в неонатальном периоде от некоторых причин смерти в общем числе умерших от этих причин в возрасте до одного года в некоторых развитых странах, %

Страна	Год	Всего	Причины перинатальной смерти	Врожденные аномалии	Болезни органов дыхания	Инфекционные и паразитарные заболевания	Болезни нервной системы	Несчастные случаи	Симптомы и неточно обозначенные состояния
Австрия	2006	69,8	86,9	66,1	0,0	66,7	0,0	0,0	11,5
Великобритания	2006	69,8	91,6	69,4	0,0	1,4	15,0	22,2	21,6
Венгрия	2005	65,1	84,8	53,2	22,2	0,0	15,0	0,0	15,0
Германия	2006	67,4	89,4	61,5	15,0	11,1	14,1	10,9	27,3
Греция	2006	67,6	100,0	50,0	0,0	33,3	33,3	0,0	9,1
Испания	2005	63,9	86,9	54,9	6,5	6,5	13,6	0,0	16,0
Латвия	2006	61,2	90,1	62,8	60,0	0,0	0,0	0,0	5,3
Литва	2006	58,2	82,4	64,3	16,7	0,0	0,0	0,0	36,4
<b>Россия</b>	<b>2007</b>	<b>58,7</b>	<b>88,9</b>	<b>56,0</b>	<b>15,1</b>	<b>11,0</b>	<b>8,9</b>	<b>10,7</b>	<b>11,4</b>
Румыния	2007	57,3	99,7	63,8	14,9	5,5	28,8	11,4	11,5
США	2005	66,0	94,8	70,0	2,6	7,5	17,1	11,1	12,8
Франция	2005	64,8	85,0	71,8	13,9	16,7	32,2	10,7	29,9
Чешская Республика	2005	59,4	81,9	55,1	28,6	50,0	7,7	0,0	0,0
Швеция	2005	61,3	82,2	59,7	0,0	0,0	14,3		30,3
Эстония	2005	60,3	100,0	66,7	0,0	0,0	0,0	11,1	20,0
Япония	2006	50,4	89,0	56,4	11,2	29,8	8,3	7,4	7,7

Источник: Россия — данные Росстата, другие страны — базы данных по смертности ВОЗ (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/>).



**Таблица 4.7.** Доли умерших в неонатальном периоде от некоторых причин смерти в общем числе умерших в неонатальном периоде в некоторых развитых странах, %

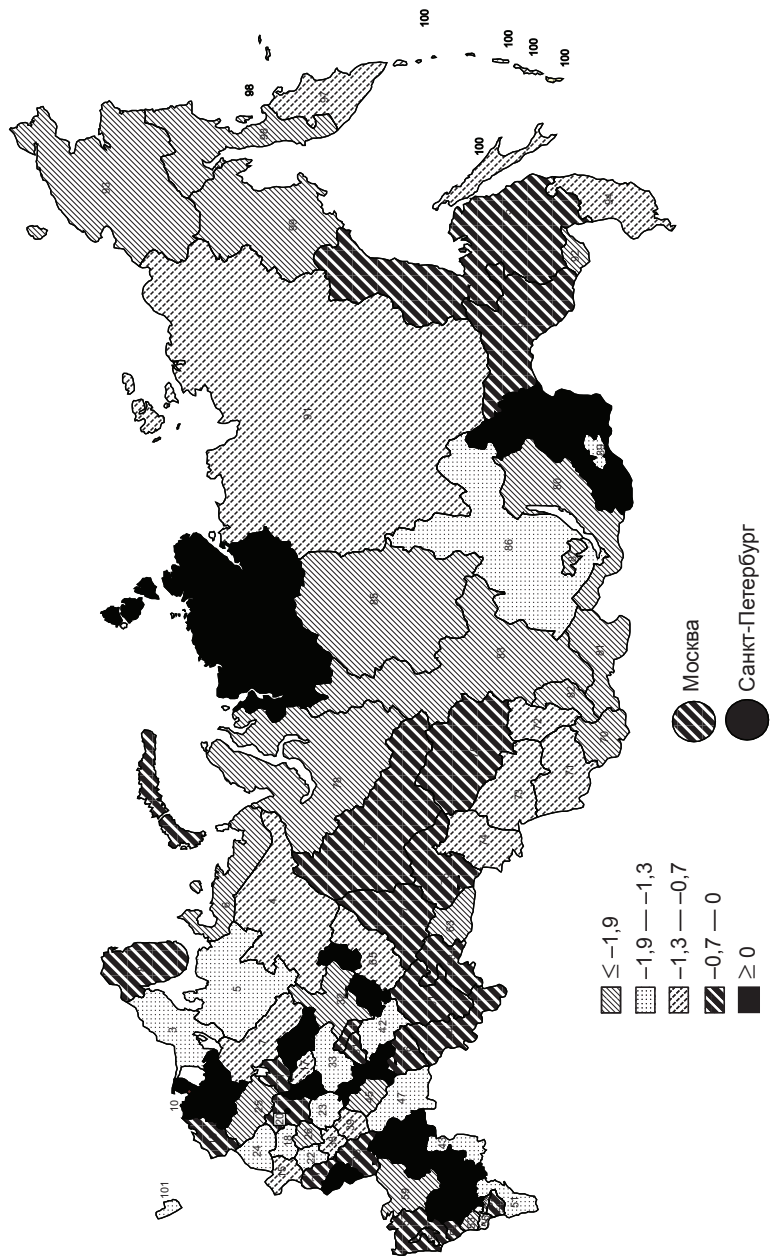
Страна	Год	Причины перинатальной смерти	Врожденные аномалии	Болезни органов дыхания	Инфекционные и паразитарные заболевания	Болезни нервной системы	Несчастные случаи	Симптомы и неточно обозначенные состояния
Австрия	2006	74,5	19,9	0,0	1,0	0,0	0,0	1,5
Великобритания	2006	71,0	23,3	0,0	0,0	0,6	0,3	2,4
Венгрия	2005	72,2	20,8	1,5	0,0	0,8	0,0	0,8
Германия	2006	68,6	22,6	0,2	0,1	0,5	0,3	5,0
Греция	2006	69,5	28,3	0,0	0,4	1,1	0,0	0,4
Испания	2005	70,1	24,0	0,2	0,2	0,7	0,0	1,5
Латвия	2006	70,2	26,0	2,9	0,0	0,0	0,0	1,0
Литва	2006	49,2	43,5	1,6	0,0	0,0	0,0	3,2
<b>Россия</b>	<b>2007</b>	<b>69,4</b>	<b>23,2</b>	<b>1,9</b>	<b>0,8</b>	<b>0,3</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>
Румыния	2007	64,7	25,3	7,4	0,2	1,0	0,7	0,2
США	2005	73,2	20,7	0,1	0,2	0,3	0,6	2,4
Франция	2005	64,1	23,2	0,3	0,6	2,1	0,3	6,5
Чешская Республика	2005	74,8	20,9	1,0	0,5	0,5	0,0	0,0
Швеция	2005	57,9	30,3	0,0	0,0	0,7	0,0	6,6
Эстония	2005	61,7	29,8	0,0	0,0	0,0	2,1	2,1
Япония	2006	49,9	39,4	1,1	2,1	0,2	0,8	1,7

Источник: Россия — данные Росстата, другие страны — базы данных по смертности ВОЗ (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/>).

**Таблица 4.8.** Доли умерших от некоторых причин смерти в общем числе умерших в постнеонатальном периоде в некоторых развитых странах, %

Страна	Год	Причины перинатальной смерти	Врожденные аномалии	Болезни органов дыхания	Инфекционные и паразитарные заболевания	Болезни нервной системы	Несчастные случаи	Симптомы и неточно обозначенные состояния
Австрия	2006	25,9	23,5	0,0	1,2	8,2	5,9	27,1
Великобритания	2006	15,0	23,7	7,7	6,5	7,5	2,5	20,2
Венгрия	2005	24,1	34,0	9,9	2,4	8,0	3,8	8,0
Германия	2006	16,8	29,1	2,0	1,9	6,5	4,9	27,6
Греция	2006	0,0	59,0	16,4	1,5	4,5	4,5	7,5
Испания	2005	18,7	34,8	4,5	4,5	8,0	4,7	13,9
Латвия	2006	12,1	24,2	3,0	6,1	0,0	1,5	27,3
Литва	2006	14,6	33,7	11,2	2,2	5,6	13,5	7,9
<b>Россия</b>	<b>2007</b>	<b>12,3</b>	<b>25,9</b>	<b>15,2</b>	<b>8,7</b>	<b>5,0</b>	<b>10,6</b>	<b>11,9</b>
Румыния	2007	0,3	19,3	56,8	4,7	3,4	7,1	2,1
США	2005	7,8	17,2	6,7	5,1	3,0	10,0	32,3
Франция	2005	20,8	16,7	3,2	5,1	8,2	5,1	27,9
Чешская Республика	2005	24,1	24,8	3,5	0,7	8,5	12,8	12,1
Швеция	2005	19,8	32,3	5,2	1,0	6,3	0,0	24,0
Эстония	2005	0,0	22,6	6,5	0,0	12,9	25,8	12,9
Япония	2006	6,3	30,9	8,9	5,1	2,3	9,7	20,1

Источник: Россия — данные Росстата, другие страны — базы данных по смертности ВОЗ (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/>).



**Рис. 4.7.** Изменение коэффициента младенческой смертности в регионах России в 2008 г. по сравнению с 2007 г., на 1000 родившихся живыми

в Северо-Западном и Центральном. В подавляющем большинстве субъектов РФ с 2007 по 2008 г. уровень младенческой смертности снизился, в некоторых из них довольно сильно (например, в Еврейской автономной области — в 1,55 раза, или на 9,7‰, в Кабардино-Балкарии — на 5,6‰). Но в 12 регионах (включая Санкт-Петербург) коэффициент младенческой смертности вырос. Максимальный рост на 32% (или 2,3‰) отмечался во Владимирской области (рис. 4.7).

#### 4.4. По смертности детей от одного года до 15 лет Россия находится на очень плохих позициях

Свои достижения и свои проблемы связаны и со смертностью детей старше одного года.

Тенденции смертности детей в возрасте до пяти лет имеют некоторое сходство с тенденциями младенческой смертности: 1970-е гг. ознаменовались стагнацией показателя, затем началось его снижение, прервавшееся в первой половине 90-х гг., но затем восстановившееся (рис. 4.8), которое, однако, не позволило преодолеть нарастающего отставания от большинства развитых стран, где этот показатель снижался намного быстрее.

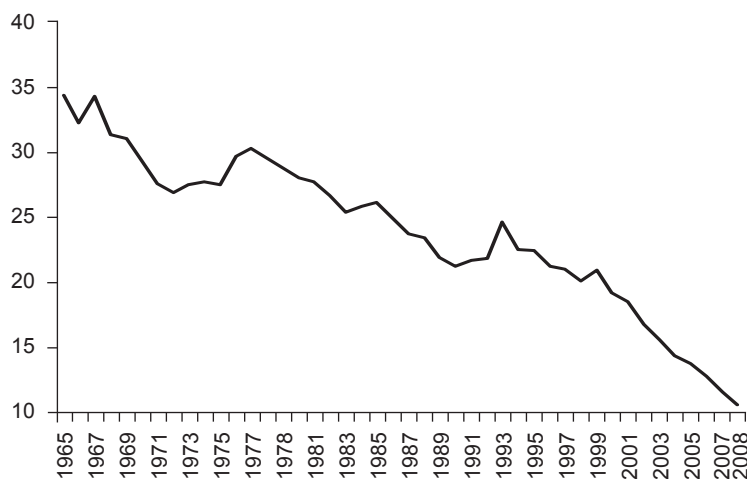
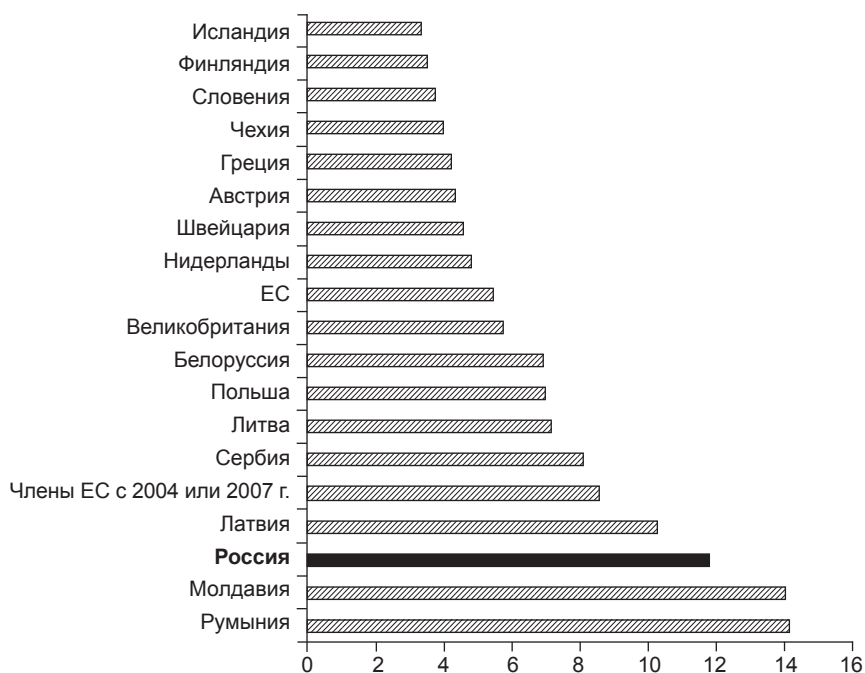


Рис. 4.8. Вероятность смерти от момента рождения до пяти лет, Россия, 1965—2008 гг., на 1000 живорожденных

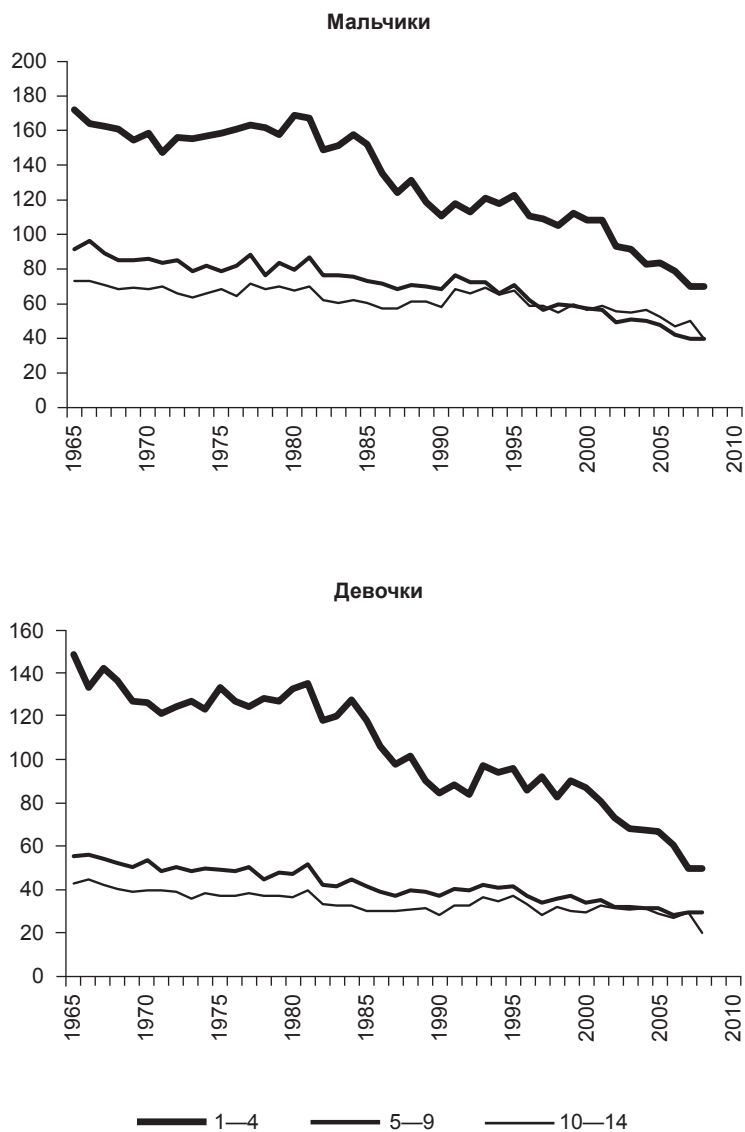


**Рис. 4.9.** Вероятность смерти до достижения пяти лет в некоторых странах, 2007 г., на 1000 живорожденных

В результате, несмотря на то что смертность снижалась не только на первом году жизни, но и в возрасте 1—4 года, вероятность для новорожденного умереть до достижения 5-летнего возраста в России намного выше, чем в большинстве европейских стран (рис. 4.9).

Показатели смертности в детских возрастах демонстрируют снижение, хотя и недостаточное. Чуть более чем за четыре десятилетия — с 1965 по 2008 г. — в возрастах 5—9 и 10—14 лет они сократились примерно вдвое (соответственно на 52 и 49%) (рис. 4.10).

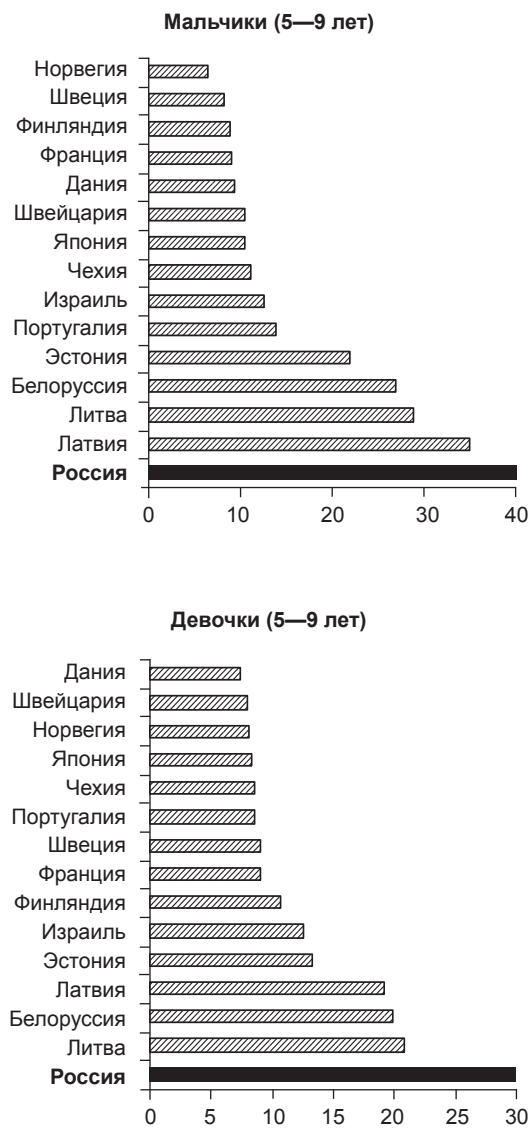
Смертность в этих возрастах в России, также как и в других странах, имеет наименьшие значения. Так, в 2008 г. из каждых 100 тыс. мальчиков умирало по 40 в возрасте от 5 до 9 лет и в возрасте от 10 до 14 лет, девочек умирало несколько меньше — соответственно 30 и 20. Это существенно ниже, чем 40 лет назад, но, к сожалению, намного выше, чем сейчас в большинстве развитых стран (рис. 4.11—4.13).



**Рис. 4.10.** Коэффициенты смертности мальчиков и девочек в возрасте до 15 лет, 1965—2008 гг., на 100 тыс. детей данного пола и возраста

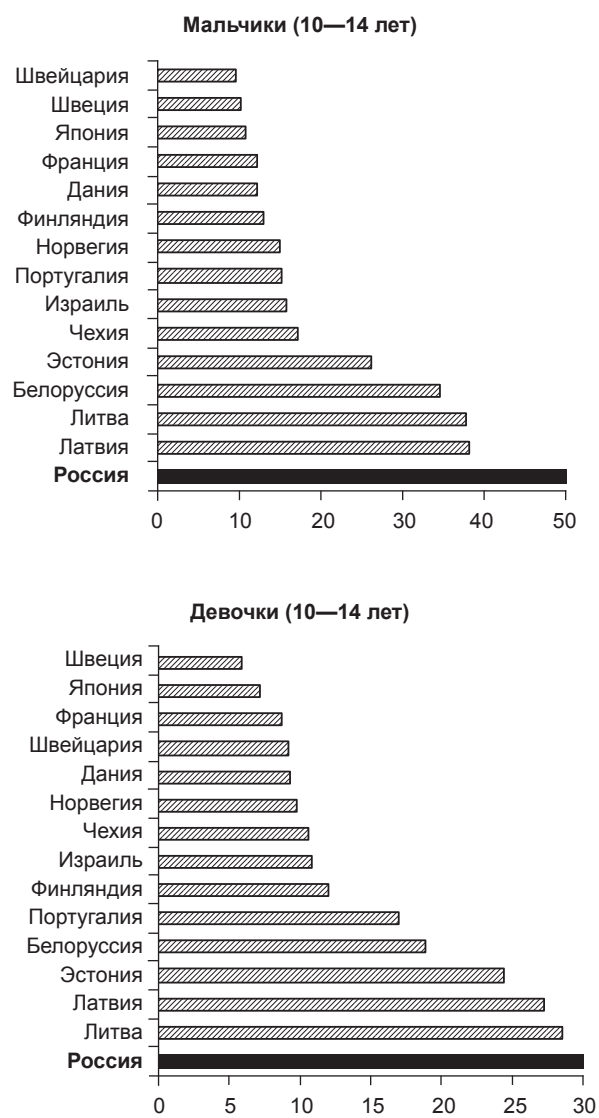


**Рис. 4.11.** Коэффициенты смертности мальчиков и девочек в возрасте 1—4 года в некоторых странах в 2007 г., на 100 тыс. детей данного пола и возраста



**Рис. 4.12.** Коэффициенты смертности мальчиков и девочек в возрасте 5—9 лет в некоторых странах в 2007 г., на 100 тыс. детей данного пола и возраста





**Рис. 4.13.** Коэффициенты смертности мальчиков и девочек в возрасте 10—14 лет в некоторых странах в 2007 г., на 100 тыс. детей данного пола и возраста

#### **4.5. Главный выигрыш в продолжительности жизни в 2008 г. получен за счет снижения смертности от внешних причин и сердечно-сосудистых заболеваний**

Анализ изменений структуры причин смерти за последние 19 лет показал, что в разные периоды одни и те же причины вносили неодинаковый вклад в изменения продолжительности жизни населения России. В течение этого периода она снижалась дважды — в 1990—1994 и 1998—2003 гг., причем и у мужчин, и у женщин общий темп снижения в 1998—2003 гг. был более чем вдвое ниже, чем в 1990—1994 гг. Если в первый период главной причиной падения продолжительности жизни мужчин был рост смертности от внешних причин, то в 1998—2003 гг. — от болезней системы кровообращения. У женщин болезни системы кровообращения были и остаются главной причиной падения продолжительности жизни, а роль несчастных случаев относительно уменьшилась: в 1990—1994 гг. прирост смертности от них определял 30%, а в 1998—2003 гг. — 24% падения продолжительности жизни (табл. 4.9, рис. 4.14).

В свою очередь основной рост продолжительности жизни в 2005—2007 гг. и у мужчин, и у женщин, и в городе, и в селе был связан с положительной динамикой смертности от болезней системы кровообращения и от внешних причин, хотя в этот период перестали негативно влиять на продолжительность жизни взрослых также инфекционные болезни и болезни органов пищеварения.

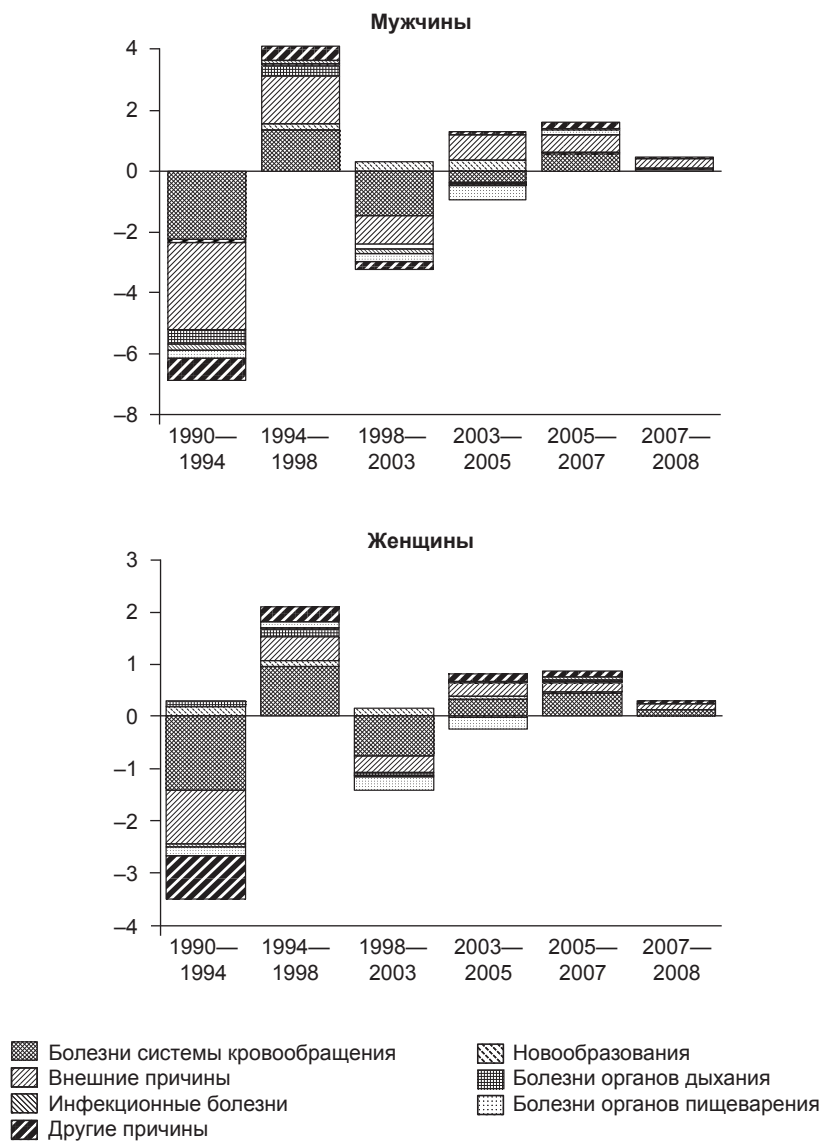
В 2008 г. рост продолжительности жизни мужчин обусловлен прежде всего продолжающимся снижением смертности от внешних причин как в городах, так и в селах (около или чуть более 70%). У женщин он также примерно на 40% связан со снижением смертности от этой причины. Однако у женщин и вклад снижения смертности от сердечно-сосудистых болезней находится почти на том же уровне, что и от внешних причин. Причем у женщин в городах вклад снижения смертности от сердечно-сосудистых болезней выше, чем в сельской местности, — соответственно 49 и 24%.

Зато относительно возрос негативный вклад болезней органов дыхания в изменения продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет (табл. 4.10, рис. 4.15). В 1990—1994 гг. рост смертности от них определял 7% снижения продолжительности жизни, а в 1998—2003 гг. — 9%. В городах соответствующая доля выросла с 7 до 10%. У женщин, напротив, этот вклад немного сократился — с 3 до 2%. Однако в 2008 г. рост смертности от болезней органов дыхания несколько снизил продолжительность жизни в возрасте 15 лет и у мужчин, и у женщин, и в городах, и в селах, хотя

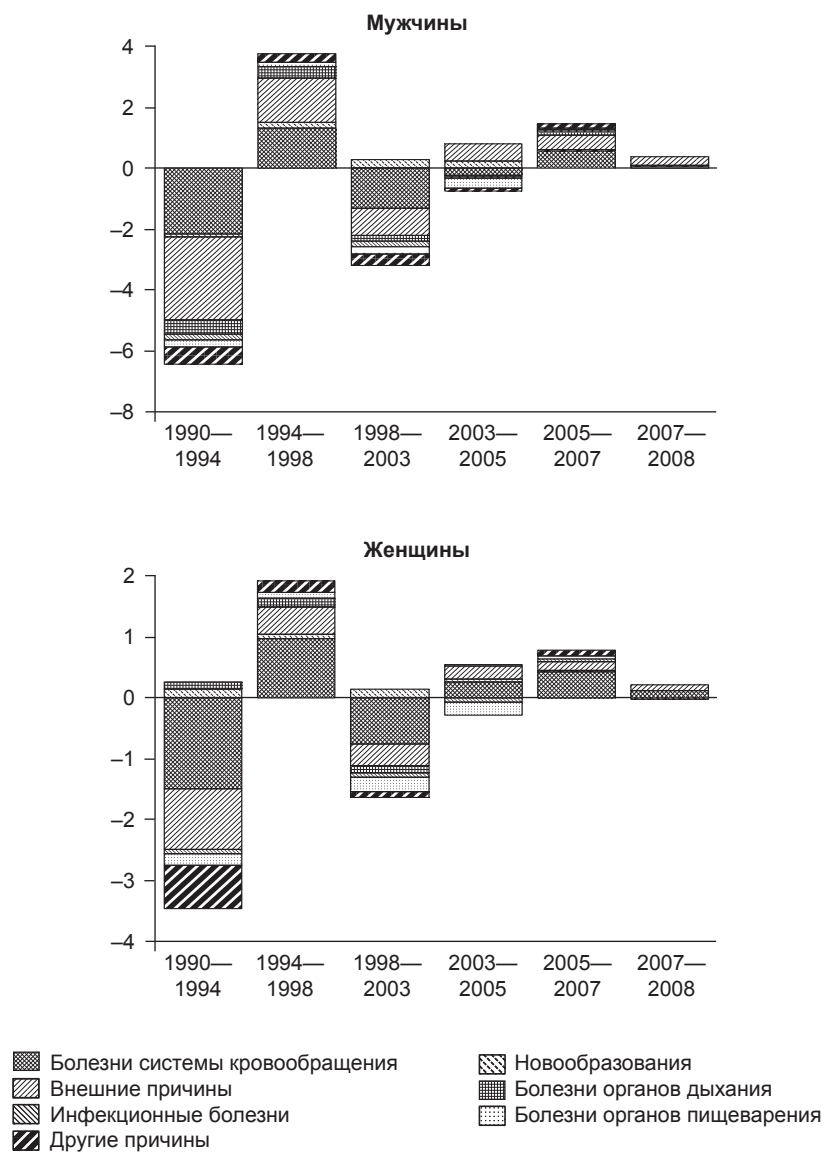
Таблица 4.9. Вклад отдельных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни при рождении, лет

Период	Прирост	В том числе за счет причин смерти							Другие причины
		Болезни системы кровообращения	Новообразования	Внешние причины	Болезни органов дыхания	Инфекционные болезни	Болезни органов пищеварения		
<b>Все население</b>									
<i>Мужчины</i>									
1990—1994	-6,37	-2,09	-0,08	-2,69	-0,45	-0,20	-0,25	-0,66	
1994—1998	3,82	1,24	0,20	1,46	0,36	0,03	0,12	0,43	
1998—2003	-2,56	-1,28	0,28	-0,82	-0,16	-0,12	-0,23	-0,26	
2003—2005	0,22	-0,23	0,23	0,54	-0,04	-0,03	-0,31	0,06	
2005—2007	2,47	0,97	0,05	0,81	0,20	0,06	0,07	0,30	
2007—2008	0,42	0,06	0,02	0,30	0,01	0,00	-0,02	0,05	
<i>Женщины</i>									
1990—1994	-3,26	-1,45	0,17	-1,04	0,11	-0,05	-0,19	-0,82	
1994—1998	2,06	0,95	0,10	0,47	0,15	0,03	0,10	0,28	
1998—2003	-1,25	-0,75	0,14	-0,30	-0,06	-0,04	-0,23	-0,02	
2003—2005	0,51	0,29	0,06	0,24	0,02	-0,02	-0,22	0,14	
2005—2007	1,55	0,86	0,03	0,29	0,07	0,02	0,07	0,22	
2007—2008	0,28	0,12	0,01	0,11	0,00	0,00	-0,01	0,05	
<b>Городское население</b>									
<i>Мужчины</i>									
1990—1994	-6,72	-2,06	0,14	-3,16	-0,45	-0,23	-0,30	-0,73	
1994—1998	4,10	1,37	0,19	1,35	0,39	0,09	0,17	0,55	
1998—2003	-2,69	-1,08	-0,18	-0,70	-0,23	-0,11	-0,14	-0,30	

2003—2005	0,46	-0,03	0,08	0,41	0,06	-0,01	-0,17	0,14
2005—2007	1,03	0,41	0,02	0,34	0,06	0,02	0,03	0,15
2007—2008	0,42	0,07	0,02	0,31	0,00	0,00	-0,02	0,04
			<i>Женщины</i>					
1990—1994	-3,21	-1,43	-0,02	-0,99	-0,09	-0,05	-0,16	-0,49
1994—1998	2,20	1,03	0,10	0,49	0,13	0,03	0,09	0,34
1998—2003	-1,22	-0,70	0,14	-0,23	-0,15	-0,07	-0,22	-0,01
2003—2005	0,71	0,40	0,03	0,19	0,03	-0,02	-0,17	0,26
2005—2007	1,53	0,82	0,04	0,29	0,07	0,01	0,07	0,22
2007—2008	0,28	0,14	0,01	0,11	0,00	0,00	0,00	0,03
			<b>Сельское население</b>					
			<i>Мужчины</i>					
1990—1994	-5,33	-1,78	-0,13	-2,25	-0,34	-0,12	-0,18	-0,55
1994—1998	3,08	0,85	0,19	1,39	0,32	-0,02	0,08	0,27
1998—2003	-2,28	-1,21	0,17	-0,94	-0,03	-0,05	-0,12	-0,10
2003—2005	-0,32	-0,50	-0,12	0,58	0,06	-0,04	-0,31	0,00
2005—2007	2,38	0,97	0,03	0,80	0,19	0,08	0,06	0,27
2007—2008	0,42	0,04	0,02	0,29	0,02	0,01	-0,02	0,08
			<i>Женщины</i>					
1990—1994	-3,23	-1,50	-0,05	-1,01	0,05	0,08	-0,12	-0,68
1994—1998	1,67	0,77	0,05	0,45	0,15	0,03	0,07	0,16
1998—2003	-1,33	-1,01	0,09	-0,41	0,08	-0,01	-0,16	0,08
2003—2005	0,00	0,15	-0,18	0,23	0,04	-0,05	-0,31	0,12
2005—2007	1,58	0,93	0,00	0,29	0,07	0,03	0,06	0,19
2007—2008	0,26	0,06	0,01	0,10	0,00	0,01	-0,02	0,10



**Рис. 4.14.** Вклад отдельных классов причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 1990—2008 гг., лет



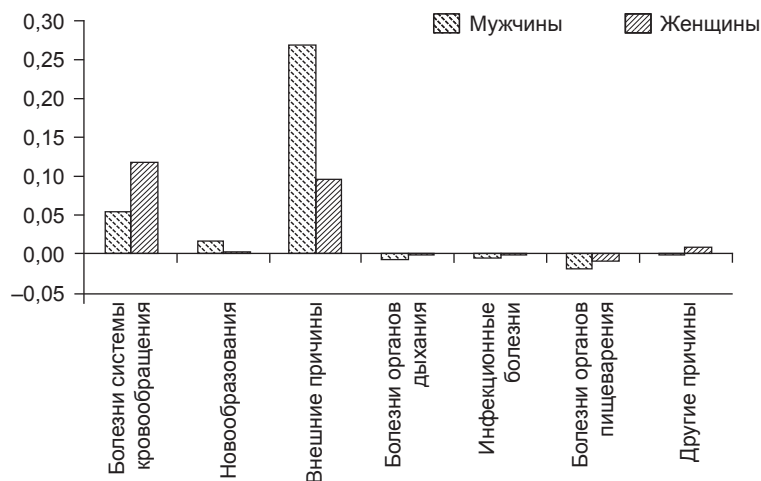
**Рис. 4.15.** Вклад отдельных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни в возрасте 15 лет, 1990—2008 гг., лет

**Таблица 4.10.** Вклад отдельных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни в возрасте 15 лет, лет

Период	Прирост	В том числе за счет причин смерти							
		Болезни системы кровообращения	Новобразования	Внешние причины	Болезни органов дыхания	Инфекционные болезни	Болезни органов пищеварения	Другие причины	
<b>Все население</b>									
<i>Мужчины</i>									
1990—1994	-6,41	-2,16	-0,08	-2,74	-0,44	-0,19	-0,25	-0,57	
1994—1998	3,70	1,28	0,20	1,45	0,35	0,01	0,13	0,31	
1998—2003	-2,87	-1,32	0,28	-0,87	-0,23	-0,15	-0,24	-0,37	
2003—2005	-0,02	-0,23	0,23	0,53	-0,08	-0,05	-0,32	-0,10	
2005—2007	2,32	0,96	0,05	0,78	0,19	0,05	0,07	0,21	
2007—2008	0,30	0,05	0,02	0,27	-0,01	-0,01	-0,02	0,00	
<i>Женщины</i>									
1990—1994	-3,15	-1,48	0,16	-1,01	0,12	-0,06	-0,19	-0,72	
1994—1998	1,92	0,97	0,09	0,45	0,13	0,00	0,10	0,19	
1998—2003	-1,48	-0,76	0,14	-0,34	-0,13	-0,06	-0,24	-0,11	
2003—2005	0,28	0,27	0,04	0,22	0,00	-0,06	-0,21	0,03	
2005—2007	1,43	0,86	0,02	0,26	0,06	0,00	0,07	0,15	
2007—2008	0,20	0,12	0,00	0,09	0,00	0,00	-0,01	0,01	
<b>Городское население</b>									
<i>Мужчины</i>									
1990—1994	-6,76	-2,12	0,14	-3,27	-0,41	-0,21	-0,31	-0,62	
1994—1998	3,98	1,41	0,19	1,35	0,38	0,07	0,17	0,41	
1998—2003	-2,97	-1,11	-0,19	-0,73	-0,27	-0,13	-0,14	-0,42	
2003—2005	0,21	-0,03	0,08	0,39	0,03	-0,03	-0,18	-0,06	
2005—2007	2,35	0,95	0,06	0,80	0,19	0,05	0,08	0,22	
2007—2008	0,32	0,06	0,02	0,28	-0,01	-0,01	-0,02	0,00	

1990—1994	-3,12	-1,46	-0,03	-0,95	-0,09	-0,05	-0,16	-0,39
1994—1998	2,05	1,06	0,10	0,47	0,11	0,01	0,08	0,23
1998—2003	-1,40	-0,71	0,14	-0,26	-0,19	-0,07	-0,22	-0,09
2003—2005	0,48	0,40	0,02	0,20	0,01	-0,05	-0,17	0,08
2005—2007	1,40	0,83	0,04	0,26	0,06	0,00	0,07	0,14
2007—2008	0,22	0,14	0,00	0,10	0,00	-0,01	-0,01	0,00
<b>Сельское население</b>								
<i>Женщины</i>								
1990—1994	-5,39	-1,84	-0,13	-2,30	-0,36	-0,13	-0,18	-0,44
1994—1998	2,98	0,88	0,20	1,37	0,30	-0,06	0,08	0,20
1998—2003	-2,66	-1,26	0,18	-0,98	-0,13	-0,10	-0,13	-0,23
2003—2005	-0,54	-0,49	-0,09	0,54	-0,02	-0,06	-0,31	-0,11
2005—2007	2,25	0,97	0,03	0,76	0,17	0,06	0,05	0,20
2007—2008	0,26	0,03	0,01	0,24	-0,01	0,00	-0,03	0,00
<i>Мужчины</i>								
<i>Женщины</i>								
1990—1994	-3,13	-1,54	-0,06	-0,86	-0,07	-0,03	-0,12	-0,46
1994—1998	1,58	0,79	0,04	0,45	0,13	-0,01	0,06	0,12
1998—2003	-1,67	-1,04	0,09	-0,47	-0,02	-0,04	-0,16	-0,03
2003—2005	-0,23	0,13	-0,15	0,26	-0,01	-0,08	-0,32	-0,06
2005—2007	1,48	0,94	-0,01	0,26	0,06	0,00	0,06	0,16
2007—2008	0,16	0,05	0,00	0,10	-0,01	0,01	-0,03	0,04





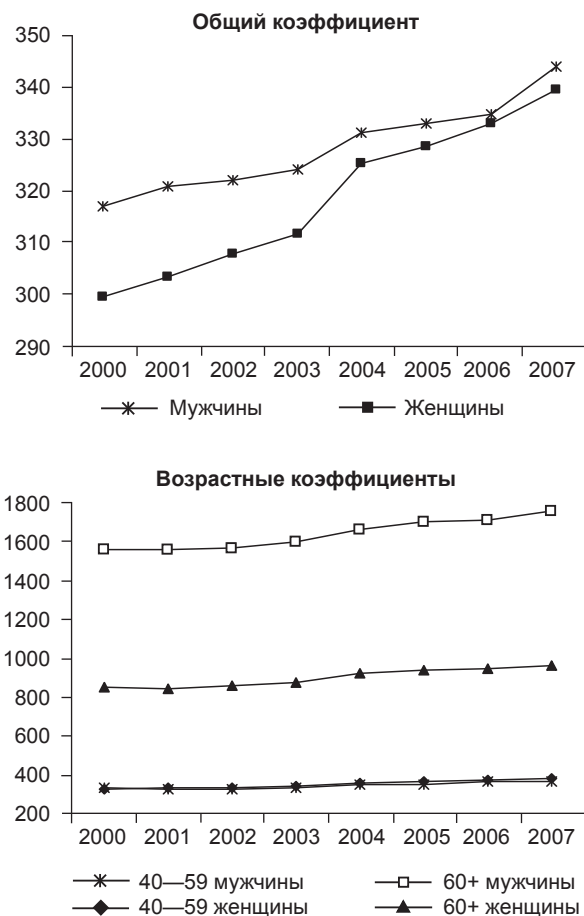
**Рис. 4.16.** Вклад отдельных классов причин смерти в изменение продолжительности жизни в возрасте 15 лет, 2007—2008 гг., лет

еще больший вклад в это снижение внесли болезни органов пищеварения (рис. 4.16).

Смертность от новообразований как у мужчин, так и у женщин оставалась практически стабильной, отмечалось лишь некоторое ее снижение (при небольшом росте абсолютного числа умерших), причем у мужчин оно было в два раза значительнее, чем у женщин (рис. 4.17). Можно предполо-



**Рис. 4.17.** Стандартизованный коэффициент смертности от новообразований, 1999—2008 гг.



**Рис. 4.18.** Общий и возрастные коэффициенты заболеваемости злокачественными новообразованиями, 2000–2007 гг., в расчете на 100 тыс.

жить, что проведение учреждениями здравоохранения скрининга с целью более раннего выявления злокачественных новообразований в некоторой степени тормозило рост смертности от этого класса причин, соответственно увеличив заболеваемость. Так, заболеваемость злокачественными новообразованиями за последние годы увеличивалась и у мужчин, и у женщин, причем особенно в возрастах старше 60 лет (рис. 4.18).

#### 4.6. Региональные различия в смертности и продолжительности жизни сохраняются, хотя и несколько ослабели

Непреодоленный разрыв, хотя и различной величины, между нынешними показателями и уровнем 1990 г. существует во всех федеральных округах, кроме Южного. В этом округе в 2008 г. продолжительность жизни мужчин и женщин стала даже выше, чем в 1990 г. (на 0,32 года у мужчин и 0,87 года у женщин). Впрочем, насколько такой рост соответствует реальной ситуации со смертностью в южных регионах, а не является результатом ошибок в учете естественного движения и текущих оценок численности населения и миграции, ответить пока не удастся. Максимальный же разрыв отмечается и у мужчин, и у женщин в Приволжском и Дальневосточном округах (табл. 4.11).

Изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в каждом федеральном округе в целом повторяют общероссийскую динамику (рис. 4.19). Из особенностей, которые обращают на себя внимание, отметим неожиданный рост показателей в 2001 г. в Уральском федеральном округе, который связан с изменениями уровня смертности в Свердловской области, и, конечно, относительно синхронный рост во всех округах в 2006—2008 гг., хотя в Дальневосточном округе в 2008 г. отмечался более низкий рост продолжительности жизни и у мужчин, и у женщин.

**Таблица 4.11.** Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в федеральных округах в 1990 и 2008 гг., лет

	Мужчины			Женщины		
	1990	2008	Изменение	1990	2008	Изменение
Россия	63,8	61,81	-1,99	74,4	74,15	-0,25
Федеральные округа:						
Центральный	63,9	62,39	-1,51	74,8	74,72	-0,08
Северо-Западный	63,8	61,15	-2,65	74,1	73,80	-0,30
Южный*	64,4	64,72	0,32	74,7	75,48	0,78
Приволжский	64,4	61,24	-3,16	75,1	74,23	-0,87
Уральский	64,1	61,71	-2,39	74,3	74,18	-0,12
Сибирский	62,6	60,07	-2,53	73,4	72,67	-0,73
Дальневосточный	62,3	59,21	-3,09	72,6	71,45	-1,15

\* Здесь и далее в расчете по Южному федеральному округу не участвуют данные по Чеченской Республике.

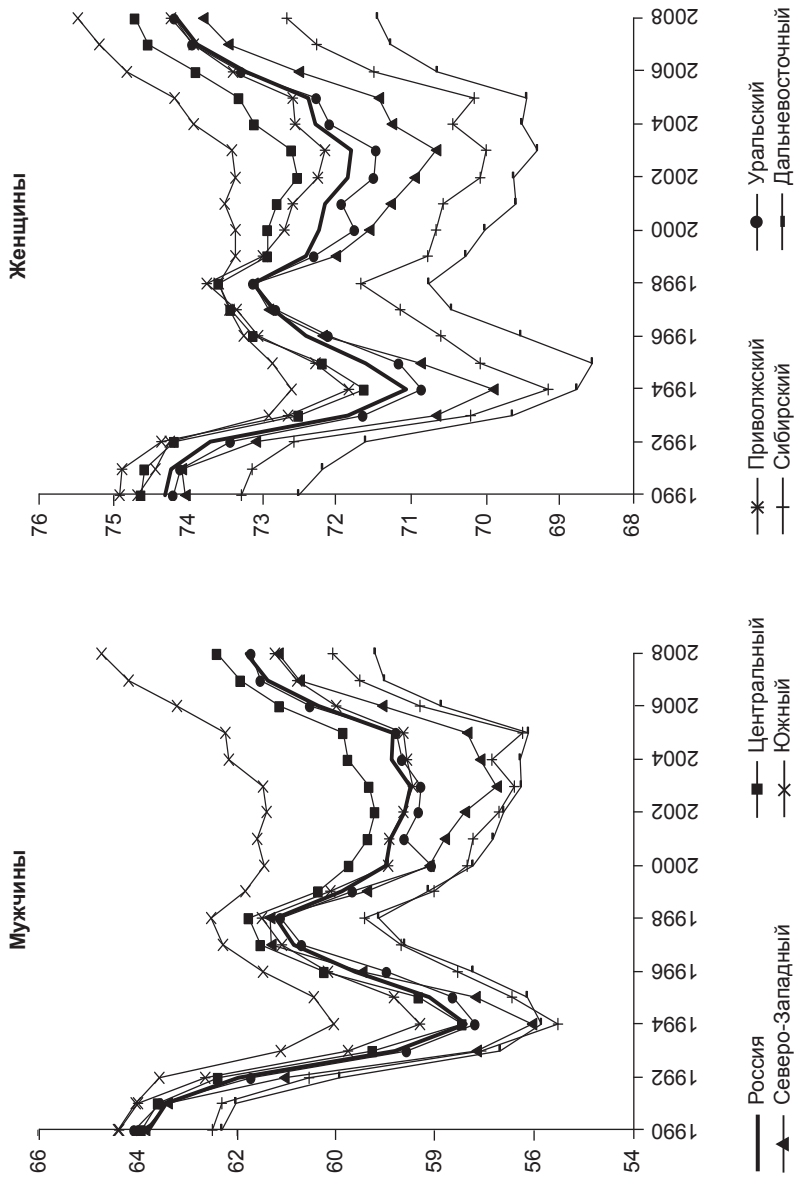


Рис. 4.19. Продолжительность жизни при рождении в федеральных округах, 1990—2008 гг., лет

На протяжении всего рассматриваемого периода по продолжительности жизни лидирует Южный, а внизу распределения находятся Сибирский и Дальневосточный федеральные округа. Вплоть до 2005 г., в период роста смертности и снижения продолжительности жизни, отмечался и рост неоднородности регионов. Так, за 15 лет — с 1990 по 2005 г. — разница между максимальными и минимальными показателями продолжительности жизни в федеральных округах увеличилась у мужчин с 2,1 до 6,1 года, а у женщин — с 2,4 до 4,7 года. Напротив, в последующие три года эта разница несколько уменьшилась и в 2008 г. составила у мужчин 5,5 года, у женщин — 4,0.

При этом претерпело серьезные изменения само распределение регионов — субъектов РФ по продолжительности жизни.

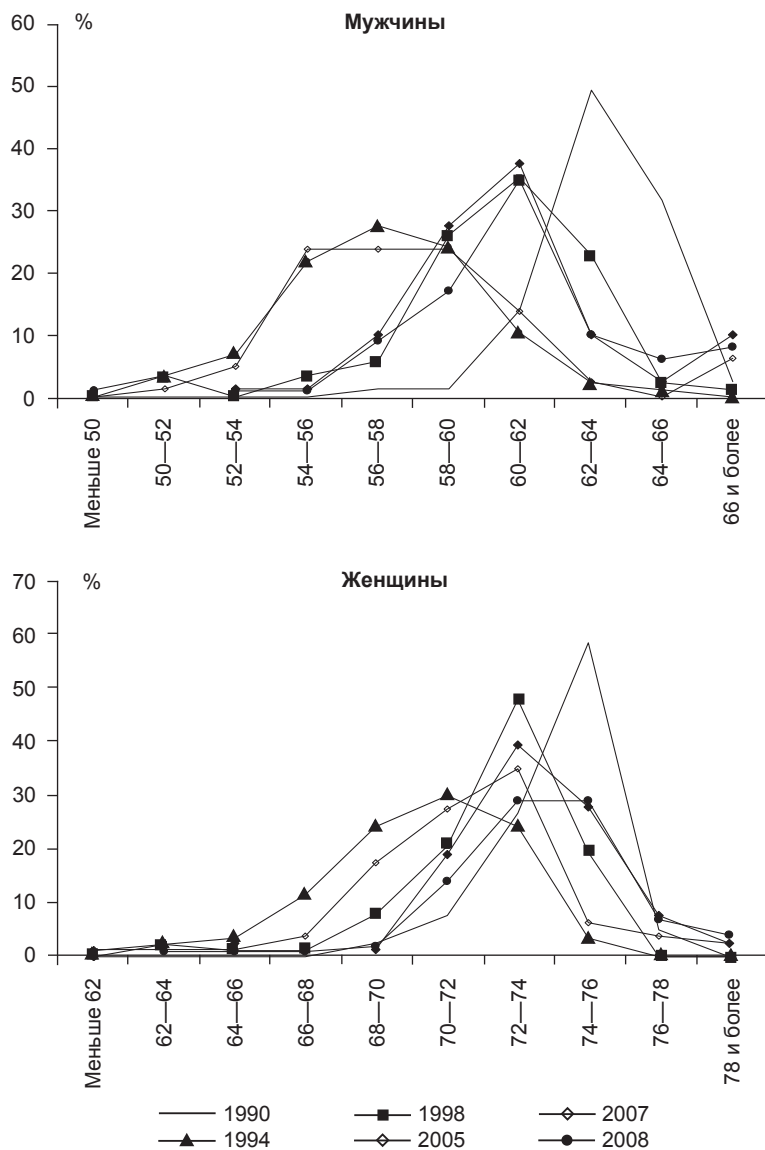
В 1990 г. это распределение и для мужчин, и для женщин выглядело весьма остроконечным и асимметричным. К 1994 г., в период роста смертности, распределение не только сдвинулось влево, но стало менее концентрированным, зато приобрело некоторую симметричность. Снижение смертности в 1994—1998 гг. сопровождалось ростом как концентрации территорий, так и асимметрии. Но уровни 1990 г. ни в каком смысле достигнуты не были. Наконец, изменения смертности 1998—2005 гг. почти вернули распределение у мужчин к уровню 1994 г., тогда как у женщин распределения 1994 г. и 2005 г. различаются больше: распределение занимает как бы промежуточное положение между 1995 и 1990 гг. Ситуация в 2008 г. скорее напоминает картину конца 1990-х гг., когда отмечался рост концентрации и асимметрии, причем у мужчин этот процесс выражен несколько сильнее, чем у женщин (рис. 4.20).

Как следует из табл. 4.12, с 1990 по 1994 г. стандартное отклонение в распределении регионов по продолжительности жизни существенно увеличилось как у мужчин, так и у женщин. В ходе последовавшего затем снижения уровня смертности в 1994—1998 гг. произошло уменьшение межрегионального неравенства, однако уровень 1990 г. не был достигнут.

В докладе «Население России 2000»<sup>4</sup> уже отмечалось, что неблагоприятные тенденции смертности сопровождаются ростом региональной неоднородности. Но сегодня связь роста или снижения смертности и роста и уменьшения межрегионального неравенства перед лицом смерти проявляется гораздо четче, чем в начале 1990-х.

Несмотря на снижение коэффициентов младенческой смертности, степень неоднородности регионов и по этому показателю росла вплоть до начала XXI в. по сравнению с 1990 г. Максимум неоднородности в абсо-

<sup>4</sup> Население России 2000: Восьмой ежегодный демографический доклад. М., 2001. С. 93—94.



**Рис. 4.20.** Распределение регионов Российской Федерации по продолжительности жизни мужчин и женщин при рождении в 1990, 1994, 1998, 2005, 2007 и 2008 гг.

**Таблица 4.12.** Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 0 и 15 лет (в годах), коэффициент младенческой смертности (на 1000 родившихся) в России и стандартное отклонение распределения регионов по этим индикаторам

Год	Продолжительность жизни в возрасте				Коэффициент младенческой смертности
	0 лет		15 лет		
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	
<i>Для России в целом</i>					
1990	63,8	74,4	50,7	61,0	17,4
1994	57,5	71,2	44,3	57,9	18,6
1998	61,3	73,2	48,0	59,8	16,5
2003	58,6	72,0	44,9	58,2	12,5
2004	58,9	72,3	45,1	58,4	11,6
2005	58,9	72,4	45,1	58,5	11,0
2006	60,4	73,2	46,5	59,2	10,2
2007	61,4	73,9	47,4	59,8	9,4
2008	61,8	74,2	47,8	60,0	8,5
<i>Стандартное отклонение</i>					
1990	1,57	1,55	2,01	1,42	3,12
1994	2,60	2,24	2,50	2,15	2,89
1998	2,11	1,99	1,97	1,74	4,04
2003	3,00	2,49	2,91	2,34	3,64
2004	3,05	2,55	3,02	2,44	2,71
2005	3,13	2,69	3,06	2,55	2,54
2006	2,82	2,30	2,78	2,18	2,88
2007	2,72	2,19	2,68	2,00	2,78
2008	2,69	2,21	2,68	2,12	1,99

*Примечание.* Расчет выполнен без учета девяти автономных округов, Чечни и Ингушетии.

лютом выражении пришелся на 1998 г. Однако если измерить неоднородность в процентах к среднероссийскому показателю, то окажется, что и в случае младенческой смертности максимум приходится на 2003 г., а по остальным показателям — на 2004 г. В 2005—2008 гг. межрегиональные различия несколько уменьшились.

Однако не стоит забывать, что показатели смертности, особенно младенческой, по многим субъектам РФ в силу относительно небольшой численности живущих и умерших подвержены случайным колебаниям.

Расчет вклада изменений смертности в различных возрастах в изменение ожидаемой продолжительности жизни методом компонент показал, что ситуация, особенно у мужчин, связана главным образом с возрастными группами 15—59 и, более всего, 30—59 лет.

Отметим, что влияние смертности в возрастах 0—14 лет на динамику продолжительности жизни в федеральных округах варьируется по округам не столь существенно, как в возрастах 15 лет и старше. То есть главная причина межрегиональных различий — в смертности в возрастах старше 15 лет.

С 1998 по 2005 г. вероятность смерти в возрасте до 15 лет снизилась и у мальчиков, и у девочек в 76 регионах (из 79 регионов, не являющихся частью другого субъекта РФ, кроме Чеченской Республики, данные по которой за 1998 г. отсутствуют), хотя списки регионов, где не произошло снижения, несколько различаются. Вероятность смерти для обоих полов заметно выросла только в одном регионе — Республике Северная Осетия — Алания. Небольшой рост отмечался также в Ленинградской области. Дело в том, что в 1998 г. в области был зафиксирован необычно низкий показатель, много ниже, чем в 1997 и особенно 1999 гг. Вероятность смерти мальчиков, кроме того, выросла в Мурманской и Смоленской областях, девочек — в Магаданской и Орловской областях. Рост всюду, кроме Магаданской области, невелик. В период с 2005 по 2008 г. снижение вероятности смерти в возрасте до 15 лет также продолжилось во всех округах, хотя темп снижения был менее значимым по сравнению с предшествующим периодом. Однако необходимо иметь в виду, что в большинстве случаев скорее всего динамика этого показателя отражает случайные колебания.

В отличие от продолжительности жизни при рождении, динамика вероятности смерти в возрасте до 15 лет ведет к уменьшению межрегиональных различий.

Анализ динамики вероятности смерти в возрасте до 15 лет по федеральным округам (табл. 4.13) подтверждает рост однородности регионов с точки зрения смертности в этом возрасте. Самый низкий показатель — в Северо-Западном и Центральном округах, самый высокий — в Южном, Сибирском и особенно Дальневосточном. Обратим внимание на то, что Северо-Западный округ — аутсайдер в смертности взрослых, а Южный отличается самой низкой смертностью в возрасте до 15 лет, они как бы поменялись ролями. В то же время неблагоприятная ситуация на Востоке страны распространяется на всю возрастную шкалу.

География снижения продолжительности жизни в возрасте 15 лет в 1998—2005 гг. и ее роста в 2006—2008 гг. в федеральных округах (табл. 4.14) в целом имеет те же особенности, что и продолжительность жизни при рождении в эти периоды. Самые высокие показатели и минимальное их

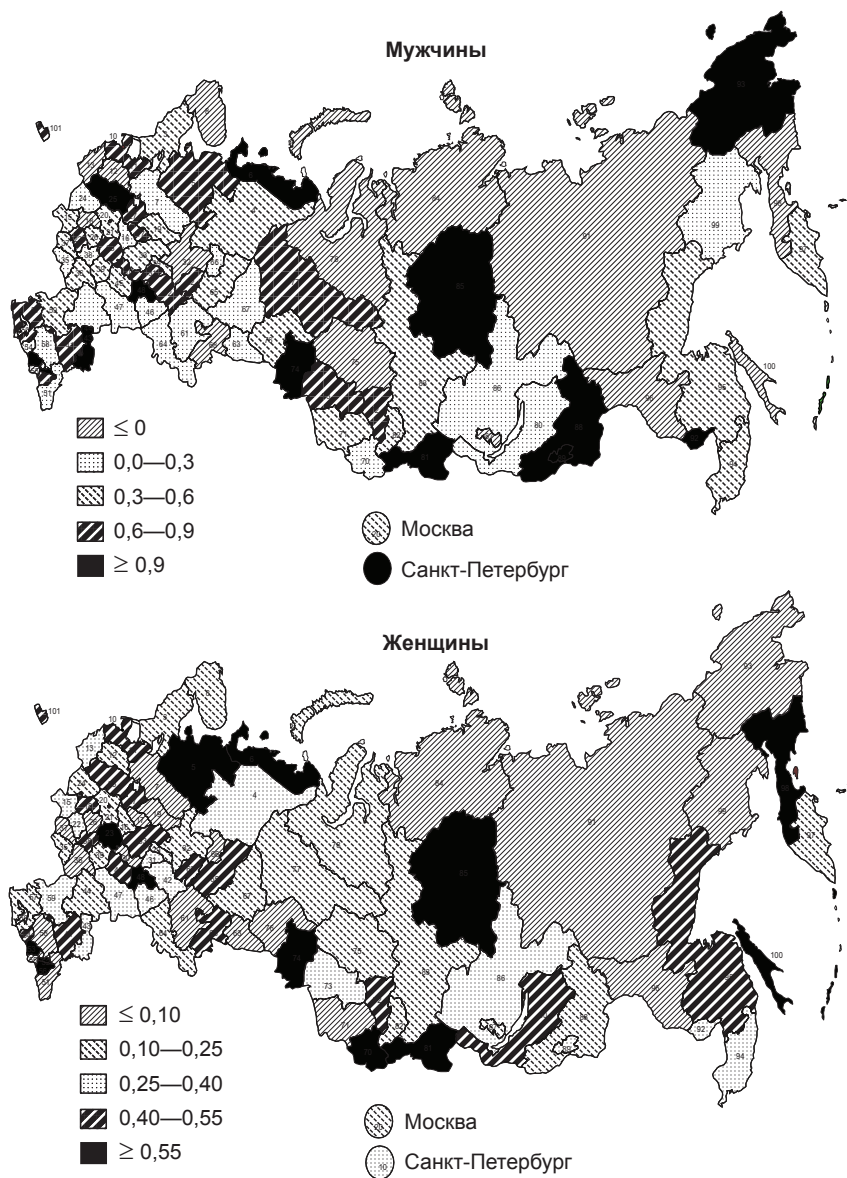


**Таблица 4.13.** Вероятность смерти в возрасте до 15 лет в федеральных округах в 1998, 2005 и 2008 гг. на 1000

	Мужчины				Женщины					
	1998	2005	2008	Изменение 1998–2005	2005–2008	1998	2005	2008	Изменение	
									1998–2005	2005–2008
Россия	28,8	20,7	15,8	-8,1	-4,9	20,9	14,9	12,0	-6,0	-2,9
Федеральные округа										
Центральный	24,7	18,7	13,5	-6,0	-5,2	19,0	13,2	10,2	-5,8	-3
Северо-Западный	24,7	17,9	13,3	-6,8	-4,6	17,7	13,3	9,5	-4,4	-3,8
Южный	32,4	22,0	18,4	-10,4	-3,6	24,1	15,7	14,2	-8,4	-1,5
Приволжский	28,1	19,6	15,2	-8,5	-4,4	19,4	14,3	11,0	-5,2	-3,3
Уральский	27,5	19,9	14,8	-7,6	-5,1	19,6	14,3	11,9	-5,3	-2,4
Сибирский	32,4	23,9	18,0	-8,5	-5,9	22,9	17,2	13,5	-5,8	-3,7
Дальневосточный	34,8	26,7	19,5	-8,1	-7,2	26,2	18,6	15,3	-7,6	-3,3
Максимум минус минимум	10,1	8,7	6,2			8,4	5,5	5,8		

**Таблица 4.14.** Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 15 лет в федеральных округах в 1998, 2005 и 2008 гг., лет

	Мужчины				Женщины					
	1998	2005	2008	Изменение		1998	2005	2008	Изменение	
				1998—2005	2005—2008				1998—2005	2005—2008
Россия	47,95	45,06	47,77	-2,90	2,72	59,64	58,45	60,03	-1,20	1,58
Федеральные округа										
Центральный	48,26	45,95	48,22	-2,31	2,27	59,98	59,26	60,47	-0,72	1,21
Северо-Западный	47,82	43,37	46,94	-4,45	3,57	59,40	57,37	59,48	-2,04	2,12
Южный	49,54	48,56	50,91	-0,98	2,35	60,36	60,33	61,55	-0,03	1,22
Приволжский	48,21	44,76	47,15	-3,45	2,39	60,16	58,61	60,04	-1,55	1,43
Уральский	47,77	44,92	47,60	-2,85	2,68	59,54	58,29	60,05	-1,25	1,76
Сибирский	46,33	42,55	46,13	-3,78	3,58	58,32	56,33	58,64	-1,99	2,31
Дальневосточный	46,19	42,60	45,34	-3,60	2,74	57,60	55,71	57,52	-1,89	1,81
Максимум минус минимум	3,35	6,01	5,57			2,76	4,62	60,03		



**Рис. 4.21.** Изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении в регионах России в 2008 г. по сравнению с 2007 г., лет

ухудшение — в Южном федеральном округе. Самое большое снижение в 1998—2005 гг. и самый большой рост в 2005—2008 гг. — в Северо-Западном федеральном округе. Самый низкий уровень продолжительности жизни мужчин в возрасте 15 лет, по нашим расчетам, в Дальневосточном и Сибирском округах.

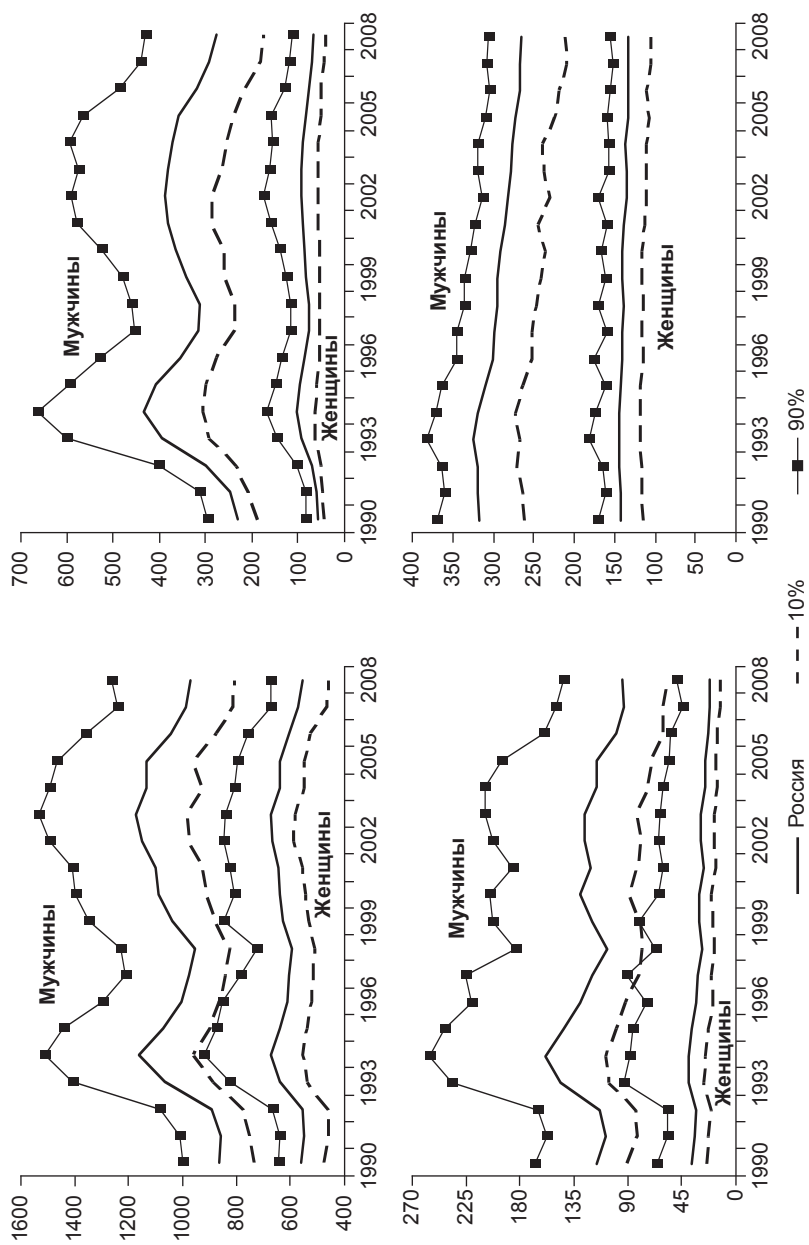
У женщин минимум продолжительности жизни в возрасте 15 лет также в Дальневосточном федеральном округе.

Общая картина региональной дифференциации изменений ожидаемой продолжительности жизни при рождении в России хорошо видна на рис. 4.21.

#### **4.7. Межрегиональные различия определяются динамикой смертности от болезней системы кровообращения, внешних причин и болезней органов дыхания**

Рост межрегиональных различий в продолжительности жизни в возрасте 15 лет и в смертности взрослых вообще определяется динамикой смертности от болезней системы кровообращения, внешних причин и болезней органов дыхания. Как видно на рис. 4.22, расстояние между 10-й и 90-й персентилью в распределении регионов по стандартизованному коэффициенту смертности от трех перечисленных классов причин устойчиво росло в период роста смертности. Так, в 1998—2005 гг. разность между 10-й и 90-й персентилью коэффициента смертности от болезней системы кровообращения увеличилась (с 405 до 504 у мужчин, с 215 до 249 у женщин). Разрыв показателей смертности от внешних причин изменился следующим образом: у мужчин — с 221 до 324, у женщин — с 64 до 107. Рост разрыва в случае болезней органов дыхания был зафиксирован только у мужчин (с 107 до 125), у женщин же он снизился (с 49 до 39). Напротив, в период снижения смертности в 2006—2008 гг. разность между 10-й и 90-й персентилью снизилась практически по всем рассматриваемым причинам.

Однако межперсентильная разность в распределении регионов по стандартизованному коэффициенту смертности от новообразований почти не изменяется. Отметим, что новообразования в большинстве регионов вторая—третья по величине причина смерти. В то же время их вклад в межрегиональные различия минимален — около 10% у мужчин и 14% у женщин. Именно поэтому устойчиво низкий уровень смертности от новообразований в некоторых республиках Южного федерального округа вызывает некоторое недоверие.



**Рис. 4.22.** 10-я и 90-я перцентиль распределения регионов Российской Федерации по стандартизованному коэффициенту смертности от основных классов причин смерти, 1990—2008 гг., на 100 тыс.

Межрегиональный разрыв в смертности от всех других болезней и неустановленных причин увеличился и у мужчин, и у женщин.

Как видно на рис. 4.22, тенденции роста межперсентильной разности при росте смертности и, напротив, некоторого ее уменьшения при снижении смертности весьма устойчивы. Обращает также на себя внимание асимметрия распределения — регионы с более высокой смертностью сильнее отличаются от общероссийской траектории.

Данные по федеральным округам подтверждают сделанные наблюдения. На рис. 4.23 видно, что различия округов по смертности от болезней системы кровообращения последовательно нарастают, несмотря на колебания уровней смертности.

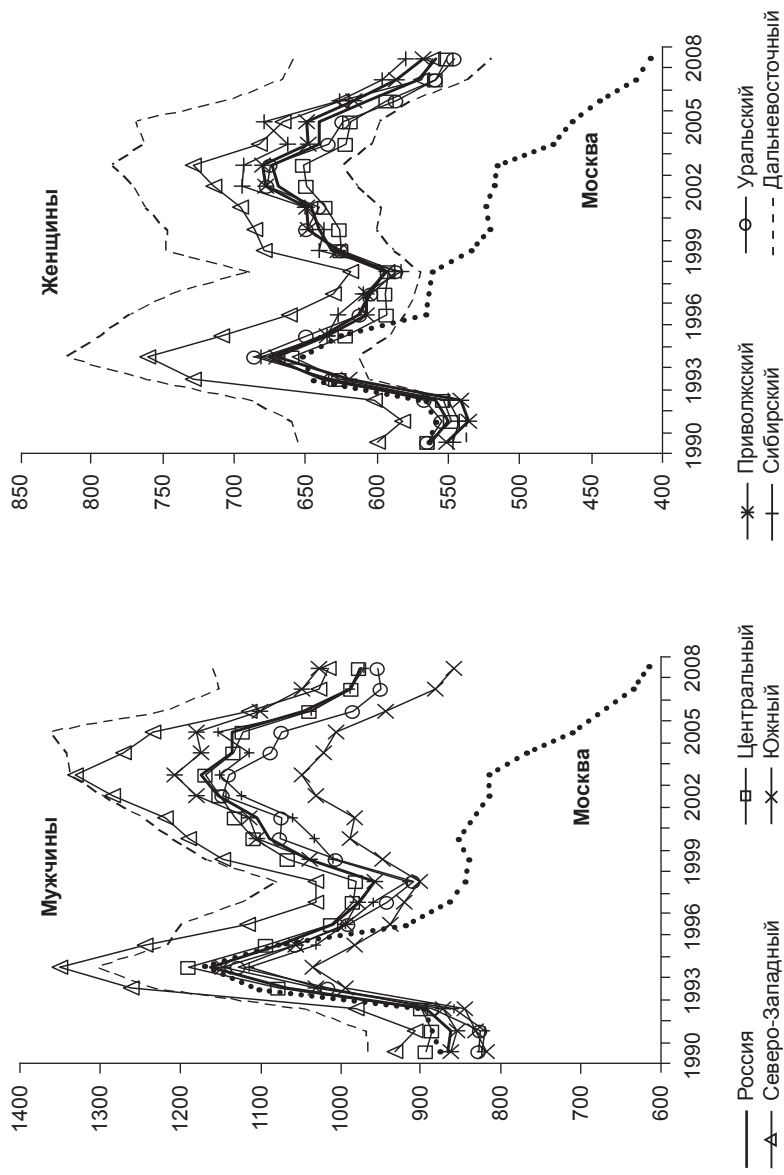
Некоторые сомнения существуют в отношении объективности показателей для Москвы. В какой-то степени это еще раз может рассматриваться в качестве подтверждения нашей прежде высказанной гипотезы<sup>5</sup>, что люди, не столь давно приехавшие в Москву на работу или учебу, в случае тяжелой болезни нередко стремятся вернуться на родину, и в случае их смерти она регистрируется не в Москве.

Это в некоторой степени может служить объяснением низкой смертности в Москве от многих хронических болезней, в том числе новообразований и болезней системы кровообращения. Отметим, что стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в Москве тоже много ниже, чем в других регионах, но не настолько значимо. Различия округов по смертности от внешних причин также несколько нарастают.

В заключение хотелось бы отметить, что опыт ряда стран Восточной Европы, прежде всего Польши, Чешской Республики, Венгрии, свидетельствует о возможности в довольно короткие сроки преодолеть кризис смертности «советского» времени, переломить неблагоприятные тенденции и добиться устойчивого снижения смертности и роста продолжительности жизни.

Разумеется, что на этом пути есть серьезные трудности, связанные со структурными особенностями российской смертности, в частности, таких как высокая доля умирающих от внешних причин и низкий средний возраст смерти мужчин от болезней системы кровообращения. Обе они указывают на важность культурно-поведенческих детерминант смертности, что ограничивает возможности прямого воздействия на нее через систему здравоохранения. Такое воздействие необходимо, но недостаточно. Крайне важно также добиться изменения поведенческих стандартов значительной части российского населения (избавиться от злоупотребления алкоголем,

<sup>5</sup> Население России 2003—2004: Одиннадцатый—двенадцатый ежегодный демографический доклад. М., 2006. С. 298—305.



**Рис. 4.23.** Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в федеральных округах, 1990—2008 гг., на 100 тыс.

ограничить роль курения, рационализировать питание и т.д.). Это делает задачу снижения смертности более сложной, чем та, которую приходилось решать нашим восточноевропейским соседям, начавшим усваивать стандарты современного городского образа жизни раньше, чем Россия, и в других исторических условиях.

Обнадеживающие результаты снижения смертности в 2005—2008 гг., которые, как отмечалось, и были связаны в первую очередь с относительно благоприятными тенденциями смертности от внешних причин и сердечно-сосудистых заболеваний, позволяют надеяться, что позитивные тенденции закрепятся и динамика смертности в России приобретет тот же характер, что и в большинстве стран мира.

## **4.8. Смертность и политика здравоохранения**

### **4.8.1. Незавершенный эпидемиологический переход**

Затяжной характер отставания России по продолжительности жизни от большинства развитых, а теперь все чаще и от развивающихся стран, нарастание этого отставания, масштабы сопряженных с ним демографических и экономических потерь, острота порождаемых им проблем — все это кажется трудно объяснимым и заставляет задуматься не просто об отдельных причинах сохраняющегося многие десятилетия неблагополучия, а о серьезных изъянах всей политики охраны здоровья населения России.

И причины, и проявления этой несостоятельности многообразны.

Самая общая причина заключается в том, что в России долгое время пробуксовывает эпидемиологический, или санитарный, переход — фундаментальная социально-демографическая трансформация, модернизирующая всю структуру причин смерти и за счет этого обеспечивающая современный устойчивый рост продолжительности жизни. Этот переход начался давно, в том числе и в России, следом за другими странами она довольно успешно прошла первый его этап, но до сих пор не может преодолеть качественно отличный от первого второй этап перехода.

Если на предыдущем этапе главные усилия были направлены прежде всего на снижение смертности от инфекционных и других острых болезней, то новый этап был связан со снижением и перераспределением в сторону старших возрастов смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, других хронических болезней, таких как диабет, язва желудка и кишечника, хронические болезни мочевыделительной системы и т.д., а также с повсеместным снижением смертности от внешних причин. Соответственно были переориентированы и усилия здравоохранения.



Осознание новых задач, отвечающих наступившему этапу эпидемиологического перехода (иногда говорят о «втором эпидемиологическом переходе» или «второй эпидемиологической революции»), позволило большинству развитых стран начиная с 1960-х гг. выработать новую стратегию действий.

На этом этапе система здравоохранения и население как бы меняются местами — инициатива переходит к населению, поскольку источники опасности для здоровья и жизни сегодня часто находятся вне зон прямого влияния медицины: в питании, окружающей среде, привычках, поведении и стиле жизни. Соответственно и новая стратегия борьбы со смертью требует, чтобы население не ограничивалось пассивным принятием проводимых органами здравоохранения мер (эпидемиологического надзора, массовой вакцинации и т.п.), а проявляло заинтересованную индивидуальную активность, направленную на оздоровление среды обитания, собственного образа жизни, заботу о своем здоровье, искоренение вредных и внедрение полезных привычек и т.п.

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

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

К сожалению, Россия все еще топчется в самом начале второго этапа эпидемиологического перехода. Основные направления борьбы со смертью по-прежнему связываются с патерналистскими усилиями системы здравоохранения, торжествует медикалистский подход, когда главных успехов ожидают от внедрения новейших методов лечения, развития вы-

соких медицинских технологий и т.п. В то же время в жизнеохранительном поведении населения мало что меняется, и оно оказывается главным препятствием на пути снижения смертности.

#### 4.8.2. Недостаточность ресурсов и неэффективность их использования

Эпидемиологический переход — широкий социальный процесс, который, конечно, предполагает глубокую перестройку всей системы здравоохранения, но не сводим к ней. По сути, он означает изменение всей шкалы общественных приоритетов. Очевидные успехи в борьбе с ранней смертностью, явный экономический и социальный выигрыши, которые они несут, в свою очередь способствуют повышению ценности здоровья и жизни в общественном сознании, оправдывают и даже делают необходимыми растущие затраты на их сохранение.

Достижения западных стран были бы невозможны, если бы в этих странах не было осознано, что на современном этапе развития за сохранение долгой и здоровой жизни надо платить. Период относительно дешевого здравоохранения, когда быстрый и значительный эффект давали массовые санитарно-гигиенические мероприятия, сплошная вакцинация, стремительное распространение антибиотиков и т.п., ушел в прошлое. По достижении ожидаемой продолжительности жизни в 60—70 лет каждый новый отвоєванный год жизни требует все больших усилий, а значит, и затрат.

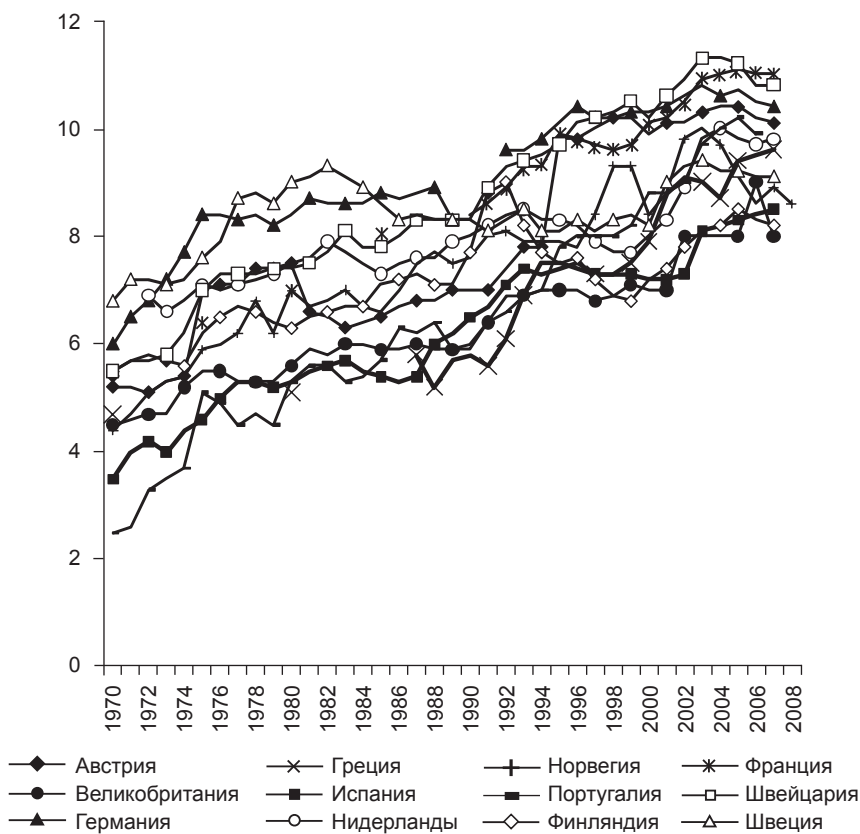
Успехи тех стран, где в последние десятилетия смертность быстро снижалась, а продолжительность жизни увеличивалась, опирались на значительный рост как государственных, так и частных, а соответственно и совокупных расходов на охрану и восстановление здоровья.

В США доля затрат на охрану здоровья в ВВП выросла с 5% в 1960 г. до 16,2% в 2007 г.<sup>6</sup>, при значительном росте самого ВВП, 8—10% ВВП, расходы на охрану здоровья (большой частью из государственных средств) — уровень, типичный сегодня для богатых европейских стран (рис. 4.24).

Россия тратит на охрану здоровья значительно меньшую часть своего ВВП. В 2008 г. государственные расходы на здравоохранение и физическую культуру<sup>7</sup> в России составили 3,7% ВВП — это уровень США 1980 г., но в США в то время еще 5,2% ВВП тратилось на те же цели частными плателльщиками, так что общие расходы на здравоохранение достигали 8,8%. В России же оплата населением медицинских и санаторно-оздоровитель-

<sup>6</sup> Statistical Abstract of the United States 1996. Washington, 1996. P. 111; Statistical Abstract of the United States 2010. Tab. 128.

<sup>7</sup> Затраты на физическую культуру и спорт составляют 6—7% от общих затрат.



**Рис. 4.24.** Общие затраты на здравоохранение в некоторых европейских странах, 1970—2008 гг., % к ВВП

*Источник:* База данных ВОЗ «Health for all» (HFA), обновление января 2010 г.

ных услуг и его расходы на приобретение лекарств в 2008 г., по официальным данным, добавила только 1,6% ВВП, что повысило общие затраты до 5,3% ВВП. При этом после трех лет роста (2005—2007 гг.) в 2008 г. эта доля снова сократилась (рис. 4.25).

При этом необходимо учитывать, что в европейских странах, США или Японии каждый процент ВВП намного весомее, чем в России, так что абсолютная величина затрат на охрану здоровья в расчете на душу населения в них заметно выше, чем в России, и быстро растет (рис. 4.26).

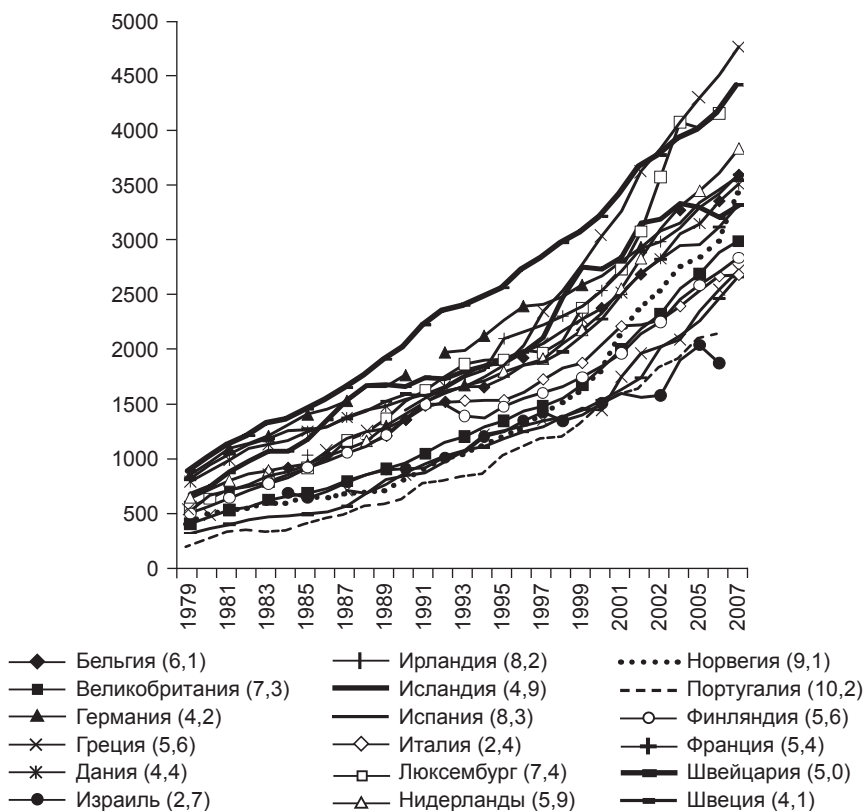


**Рис. 4.25.** Затраты на здравоохранение в России, 2000—2008 гг., % к ВВП

*Источники:* Здравоохранение в России. 2005: Стат. сб. М.: Росстат, 2006; Здравоохранение в России. 2009: Стат. сб. М.: Росстат, 2009.

После 1990 г. быстрый рост затрат на здравоохранение демонстрирует большинство стран Восточной Европы. Сопоставимые данные об этих затратах по всем странам имеются в базе данных ВОЗ, но последние данные по России в этой базе почему-то приводятся только за 2000 г. (рис. 4.27). За более поздний период — до 2005 г. — имеется только оценка экспертов ВОЗ, представленная на рис. 4.28. Из нее следует, что хотя душевые затраты на охрану здоровья в России выросли, ее положение в ранжированном по этому показателю списке, и без того плохое (седьмое от конца в списке из 35 стран европейского региона, представленных на графике) в 1998 г., к 2005 г. даже ухудшилось — она передвинулась на пятое от конца место.

Данные Росстата свидетельствуют о довольно быстром росте затрат на охрану здоровья в России в номинальном выражении — с 2000 по 2008 г. они выросли с 1827 до 15 531 руб. на душу населения в год, или в 8,5 раза (рис. 4.29). Но если сравнить эти 15,5 тыс. руб. с соответствующими затра-



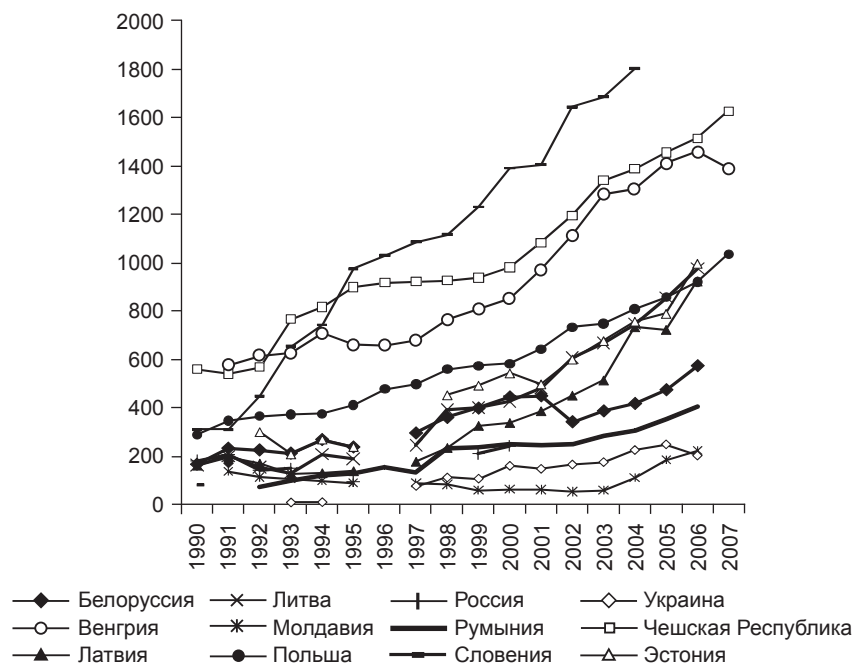
**Рис. 4.26.** Общие затраты на здравоохранение в некоторых странах Европейского региона в расчете на душу населения, 1979—2007 гг., долл. США ППС (в скобках — рост за весь период, разы)

*Примечание.* Греция — 1980—2007 гг.; Израиль — 1984—2006 гг.; Италия — 1988—2007 гг.; Люксембург — 1979—2006 гг.; Португалия — 1979—2006 гг.; Франция — 1980—2007 гг.

*Источник:* База данных ВОЗ «Health for all» (HFA), обновление января 2010 г.

тами в 2007 г., например в Греции (2,7 тыс. долл. ППС), Великобритании (3 тыс. долл.), Германии и Франции (3,6 тыс. долл.) или Норвегии (4,8 тыс. долл. ППС), то российские затраты на охрану здоровья выглядят более чем скромными.

Конечно, все не сводится к деньгам, есть другие, в частности социокультурные, поведенческие, факторы, которые могут сильно влиять на

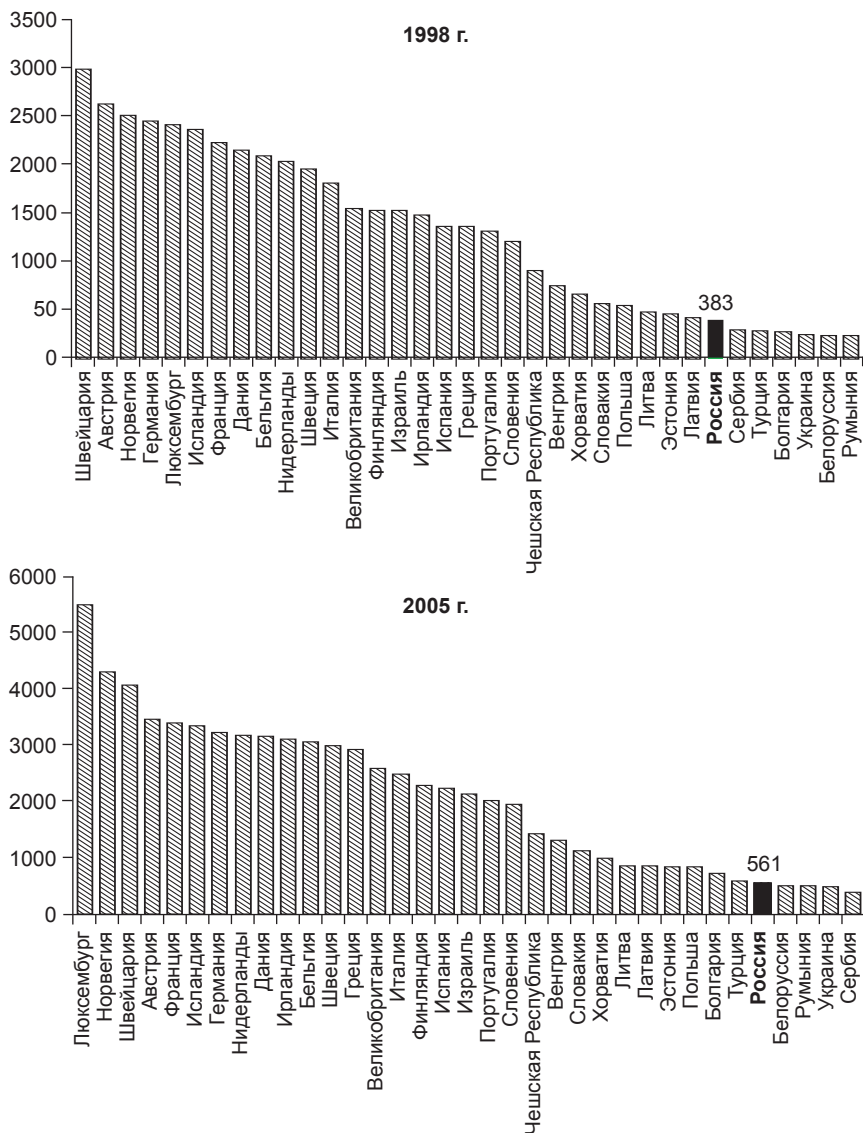


**Рис. 4.27.** Общие затраты на здравоохранение в некоторых странах Восточной Европы в расчете на душу населения, 1990—2007 гг., долл. США ППС

Источник: База данных ВОЗ «Health for all» (HFA), обновление января 2010 г.

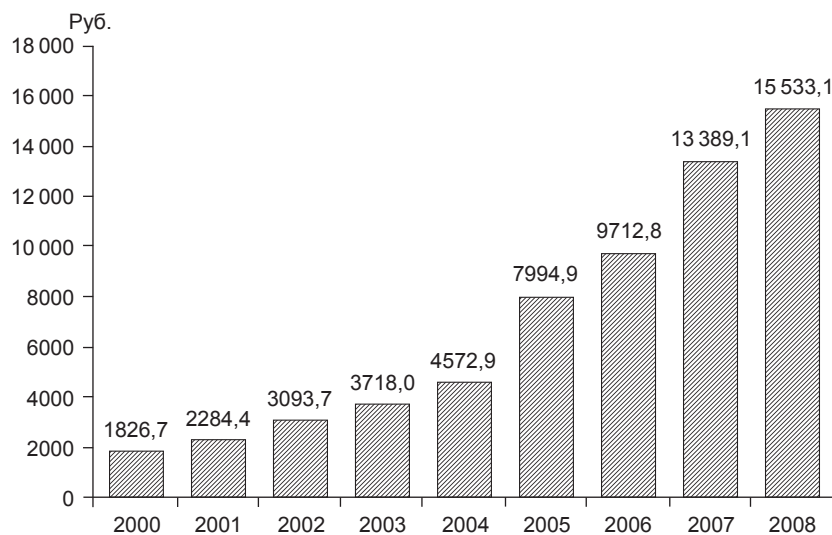
смертность независимо от уровня финансирования здравоохранения, его обеспеченность материальными ресурсами и т.п. Но они могут как компенсировать (до известной степени, конечно) бедность системы здравоохранения, так и, напротив, усиливать ее негативный эффект, что, возможно, и имеет место в России.

В любом случае сегодня рассчитывать на достижение в России тех же показателей здоровья и смертности, что и в странах, в которых затраты на нужды здравоохранения десятилетиями превышают российские в разы, было бы нереалистично. Уже советский опыт показал, что экстенсивный рост некоторых ключевых характеристик системы здравоохранения — количества медицинского персонала, числа больничных коек и т.п., — не подкрепленный более быстрым ростом финансирования, позволяющим повышать зарплату медицинского персонала и совершенствовать инфра-



**Рис. 4.28.** Общие затраты на здравоохранение в России и некоторых европейских странах в расчете на душу населения, долл. США ППС в 1998 и 2005 гг., по оценке ВОЗ

Источник: База данных ВОЗ «Health for all» (HFA), обновление января 2010 г.



**Рис. 4.29.** Общие затраты на здравоохранение в России в расчете на душу населения (затраты из консолидированного бюджета на здравоохранение и спорт плюс платные медицинские и санаторно-оздоровительные услуги населению и расходы на приобретение лекарств), 2000—2008 гг.

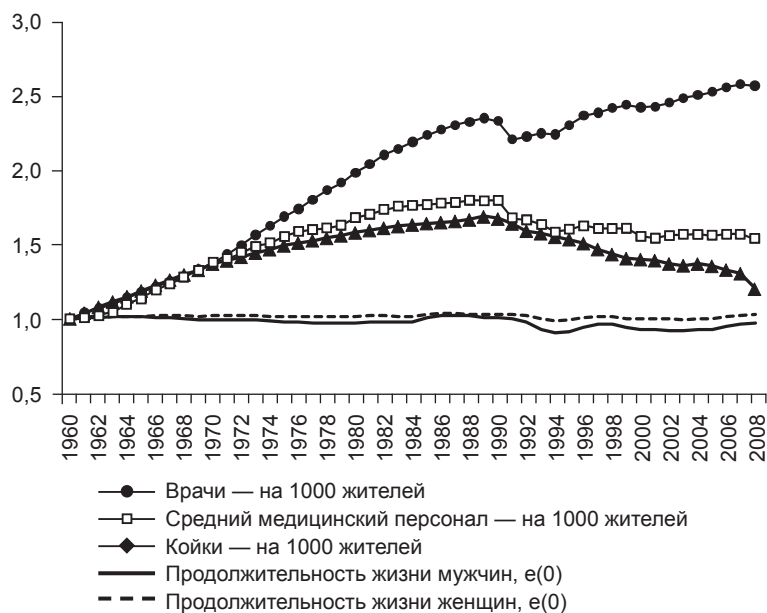
*Источник:* Здравоохранение в России. 2009: Стат. сб. М.: Росстат, 2009.

структуру здравоохранения, был малоэффективным. Отчетные показатели системы здравоохранения улучшались (а иногда и ухудшались) на глазах, но это никак не влияло на продолжительность жизни россиян (рис. 4.30).

И сейчас обеспеченность врачами или больничными койками в России, как правило, намного выше, чем в странах с низкой смертностью, отставание же по продолжительности жизни остается огромным (рис. 4.31, 4.32).

Неэффективность системы здравоохранения связана, по-видимому, не только с его недофинансированием и отсутствием современной стратегии действий, но и с несовершенством действующих принципов управления и организации, которые не обеспечивают обратной связи этой системы с обществом и не позволяют эффективно распорядиться даже теми средствами, которые имеются. Вопрос о реформировании системы здравоохранения стоит давно, но задуманные реформы пробуксовывают, и многие механизмы, без которых в современных российских условиях невозможно добиться улучшения здоровья и снижения смертности, не внедряются.



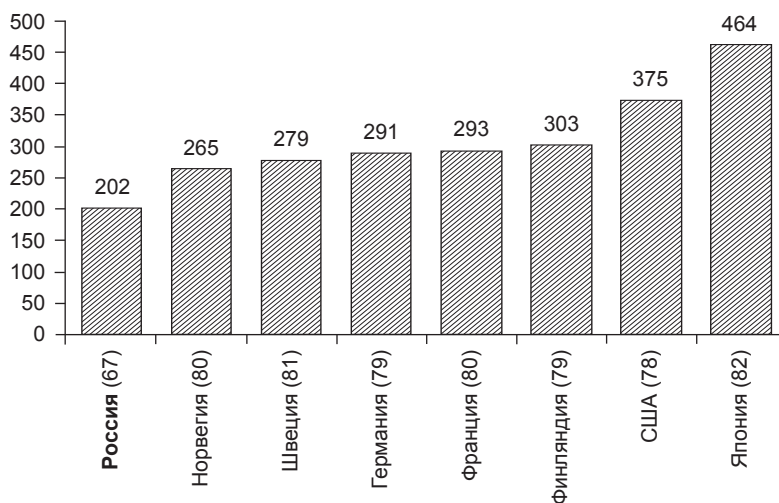


**Рис. 4.30.** Изменение численности врачей и среднего медицинского персонала, числа больничных коек и ожидаемой продолжительности при рождении в России, 1960 г. = 1

*Источники:* Российский статистический ежегодник за разные годы; Здравоохранение в России. 2009. М., 2009.

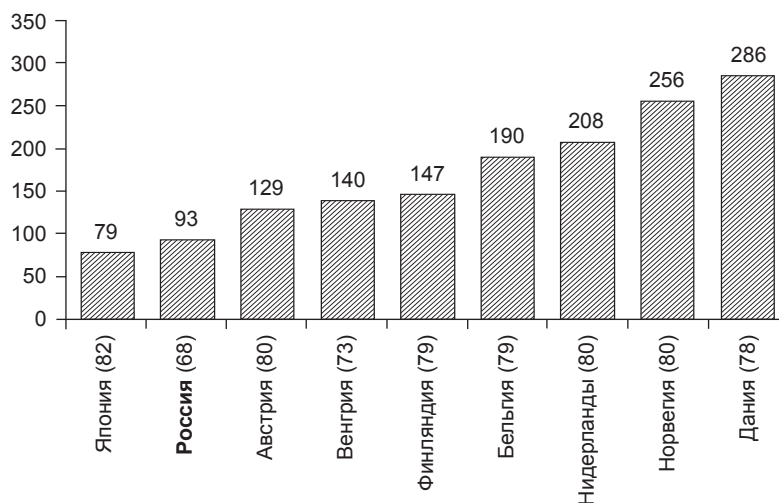
Главная проблема, которую надо решить, — это обеспечение эффективной обратной связи между теми, кто финансирует, кто лечит и кого лечат. На Западе чаще всего ее решение основывается на совместной разработке этими сторонами программ развития здравоохранения в сочетании с использованием принципа «деньги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

Западные схемы организации охраны здоровья не идеальны, они постоянно подвергаются критике, но все же, судя по результатам, достаточно эффективны и предоставляют определенные гарантии человеку, нуждающемуся в медицинской помощи. В России сейчас как раз такие четкие гарантии отсутствуют, а те, что установлены законом, — часто декларативны.



**Рис. 4.31.** Число жителей на одного врача (в скобках — ожидаемая продолжительность жизни для обоих полов), 2006 г.

Источник: Российский статистический ежегодник. 2009. М., 2009. Табл. 26.16.



**Рис. 4.32.** Число жителей на одну больничную койку (в скобках — ожидаемая продолжительность жизни для обоих полов), 2007 г.

Источник: Российский статистический ежегодник. 2009. М., 2009. Табл. 26.16.

Все это лишний раз свидетельствует о необходимости кардинального изменения положения дел в российском здравоохранении. Его ключевыми проблемами остаются финансовая необеспеченность и неконкретность государственных гарантий оказания медицинской помощи, обуславливающие плохую защиту населения от рисков затрат на лечение в случае заболеваний, значительное неравенство в распределении бремени расходов на медицинскую помощь и в ее доступности для населения с разным уровнем дохода и живущего в разных регионах и типах населенных пунктов.

Недостаточность финансовых ресурсов и материального оснащения медицинских учреждений сочетается с избыточностью коечного фонда, низкой эффективностью использования имеющихся ресурсов, наличием структурных диспропорций между различными видами и уровнями оказания медицинской помощи. Для адекватного ответа вызовам времени необходимы масштабные институциональные преобразования в сфере здравоохранения<sup>8</sup>.

#### 4.8.3. Неопределенность приоритетов

При том положении дел в области здоровья и смертности, какое сложилось в России, перелом неблагоприятных тенденций требует упорных, целенаправленных действий многих государственных и общественных институтов. Для того чтобы эти действия были успешными, их нужно объединить общей стратегией, определяющей цели и инструменты политики по борьбе с устранимой смертностью, ее запрос на ресурсы, методы контроля реализации стратегии и т.п. Сама проблема по своему характеру требует консенсуса всех общественных сил, участвующих в ее решении, а это также предполагает наличие объединяющей всех стратегической идеи.

Выработать такую стратегию — значит прежде всего определить приоритеты. Для этого необходимы правильная постановка диагноза, выявление главных проблемных узлов, основных источников потерь, реальных перспектив их устранения и только после этого — выбор направления приоритетных действий. Ключевую роль в выработке конкретной стратегии действий по снижению смертности играет анализ причин смерти, причем всей их структуры. Ее-то и необходимо изменить, поставив под

---

<sup>1</sup> Подробнее об этом см. специальные доклады Государственного университета — Высшей школы экономики: *Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В.* Модернизация российского здравоохранения: 2008—2020 годы: Концепция Государственного университета — Высшей школы экономики. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008; *Шейман И.М., Шишкин С.В.* Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи: Доклад Государственного университета — Высшей школы экономики. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2009.

контроль, как минимум, те ее компоненты, которые уже сейчас находятся под контролем в странах с низкой смертностью и поэтому могут рассматриваться как устранимые в первую очередь.

По сути, в установлении такого контроля и заключается возобновление движения по пути «второго эпидемиологического перехода».

Между тем, насколько можно судить по заявлениям ответственных лиц и доступным документам, именно на этапе диагностики, оценки существующей ситуации, достигнутых успехов и нерешенных проблем обнаруживаются большие пробелы, которые делают невозможной и выработку адекватной стратегии. Существующая ситуация часто оценивается весьма поверхностно, с использованием некорректных, искажающих картину, а то и просто неверно понимаемых показателей<sup>9</sup>, причем игнорируется не только научная аналитика, но и официальные, регулярно публикуемые данные Росстата. Некачественный анализ, если не его полное отсутствие, имеет далеко идущие практические последствия, сказывается на определении конкретных целей, направлении усилий и распределении средств.

Например, все время подчеркивается, что «основной причиной смерти в России остаются болезни системы кровообращения» и поэтому главные усилия надо направлять на борьбу с этими болезнями, реализуются специальные программы по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с инфарктами миокарда и инсультами головного мозга и т.п. Хотя в самом общем виде все это верно, в подобных рассуждениях отсутствует понимание российской специфики, что не может не снижать эффективности предпринимаемых усилий.

Болезни системы кровообращения — главная причина смерти во всех странах, и ничего плохого в этом нет. От чего-то же люди должны умирать, и для среднестатистического россиянина лучше умирать от этой причины, чем от любой другой. В нынешних условиях умерший от нее мужчина

---

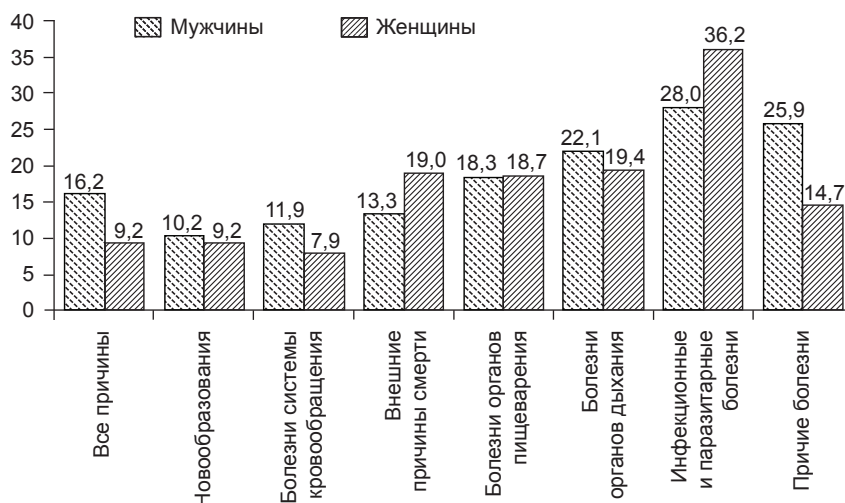
<sup>2</sup> В качестве примера можно привести положение Концепции развития здравоохранения до 2020 года, представленной МЗСР России в Правительство РФ в конце декабря 2008 г. В качестве одной из главных целей развития здравоохранения в ней названо «увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет; снижение общего коэффициента смертности до 10 (т.е. в 1,5 раза по отношению к 2007 г.)». Эта формулировка говорит о полнейшем непонимании смысла показателей. Ожидаемая продолжительность жизни и общий коэффициент смертности не могут задаваться независимо — это все равно что требовать, чтобы прямоугольник со сторонами 2 см и 3 см имел площадь 10 см<sup>2</sup>. Если ожидаемая продолжительность жизни задана, то общий коэффициент смертности определяется автоматически в зависимости от возрастного состава населения, повлиять на который нельзя. Поскольку население всех развитых стран стареет, общий коэффициент смертности в них будет только увеличиваться, и, несмотря на то, что положение со смертностью в большинстве из них намного лучше, чем в России, он везде будет выше 10‰.

живет в среднем больше, чем умерший от рака, на 3,1 года, от болезней органов дыхания — на 7,3 года, от болезней органов пищеварения — на 13 лет, от внешних причин — на 24,5 года, от инфекционных болезней — на 24,8 года. Соответствующие разрывы для женщин — еще больше: 10,7; 11,5; 14,8; 27,9; 35,3 года<sup>10</sup>.

Неприятная специфика российской смертности от болезней системы кровообращения заключается в том, что средний возраст смерти от них, будучи самым высоким по сравнению с другими причинами смерти в России, в свою очередь намного ниже, чем средний возраст смерти от этой причины в других странах. Вообще говоря, эта особенность характерна для российской смертности почти от всех групп причин смерти (рис. 4.33). Но она особенно важна для тех из них, которые уносят наибольшее количество жизней, прежде всего именно для болезней системы кровообращения: в условиях смертности 2008 г. 508 из 1000 родившихся мальчиков и 674 из 1000 родившихся девочек имеют шанс умереть от этой причины. На Западе эта причина смерти потеснена другими — с более высоким средним возрастом смерти (например, болезнями органов дыхания). Но у нас средний возраст смерти от других причин еще ниже, чем от болезней системы кровообращения, хотя и от них у нас умирают очень рано. Как следует из рис. 4.33, средний возраст смерти от болезней системы кровообращения в России у мужчин почти на 12 лет, а у женщин — почти на 8 лет ниже, чем на Западе. А это означает, что российская специфика не в том, что люди вообще умирают от этих болезней, а в том, что слишком многие умирают от них в молодых возрастах, причем особенно это характерно для мужской части населения. Резкие отличия от западного стандарта у мужчин проявляются уже в возрасте 25—29 лет и потом стремительно нарастают.

Очевидно, что стратегия борьбы со смертностью от болезней системы кровообращения вообще и борьбы с этой смертностью у молодых мужчин не может быть одинаковой. В частности, во втором случае высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний очень часто ассоциирована со злоупотреблением алкоголем и гораздо теснее связана с образом жизни, чем когда речь идет о пожилых людях, у которых главный вклад в развитие болезней системы кровообращения вносят естественные возрастные изменения. Соответственно внутри общей стратегии противостояния смертности от болезней системы кровообращения должна быть выработана специальная стратегия борьбы с *ранней* смертностью от этой причины, и ввиду огромных потерь, в значительной степени определяющих отставание России по продолжительности жизни, именно она должна быть приори-

<sup>3</sup> Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. М.: Росстат, 2009. Табл. 6.15.



**Рис. 4.33.** Различия в среднем возрасте смерти от различных причин между Россией (2008 г.) и странами «западной модели»<sup>11</sup> с высокой продолжительностью жизни (число лет, на которое в России этот возраст ниже)

тетной. Главной составляющей этой стратегии должно стать не развитие высоких медицинских технологий, хотя, конечно, нужно и оно, а профилактика, направленная на изменение образа жизни и улучшение всего социального климата, от которого зависит благополучие и самочувствие наиболее активной части населения России.

Второй ключевой пример связан с недооценкой губительной роли внешних причин и выдвиганием на приоритетные места других причин смерти. В частности, в последнее время много говорится о неблагоприятной ситуации с онкологическими заболеваниями и смертностью от них, о якобы идущем повышении этой смертности, необходимости развить национальную онкологическую программу и т.д.

Было бы странно возражать против борьбы с раком и смертностью от него, тем более что эта борьба становится все более и более успешной. Здравоохранение всех стран рассматривает смертность от онкологиче-

<sup>11</sup> Усредненная таблица смертности по причинам смерти, объединяющая данные за 2005 г. для 13 стран: Австрии, Великобритании, Германии, Греции, Ирландии, Испании, Люксембурга, Нидерландов, США, Финляндии, Франции, Швеции и Японии.

ских заболеваний как одно из главных направлений своей деятельности, и Россия в этом смысле не может быть исключением. И все же надо ясно понять, что сегодня отнюдь не смертность от рака определяет катастрофические на фоне других стран показатели российской смертности.

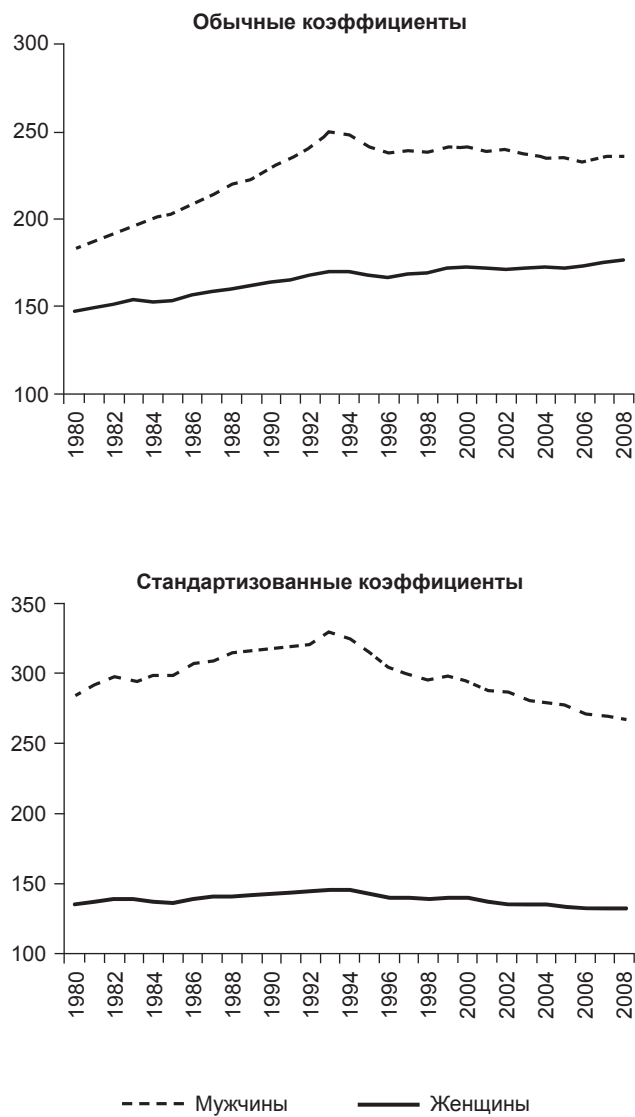
Непонятно, откуда взялось утверждение о росте у нас онкологической смертности. К такому выводу можно прийти на основе анализа обычных коэффициентов смертности, однако они дают искаженное представление о ситуации из-за своей зависимости от меняющейся возрастной структуры. Корректную оценку дают стандартизованные по возрасту показатели, и они указывают на продолжающееся снижение смертности от этой причины (рис. 4.34).

Тенденции смертности от онкологических заболеваний в России в основном совпадают с общеевропейскими, и Россия не слишком сильно отличается от них по достигнутому уровню, чего, к сожалению, нельзя сказать о другой группе причин смерти — так называемых внешних причинах (рис. 4.35, 4.36).

Именно высокая смертность от внешних причин наряду с высокой ранней смертностью от болезней системы кровообращения — вторая главная составляющая катастрофического российского отставания по продолжительности жизни. Потери, которые Россия несет от этой группы причин, ничуть не меньше, чем потери от онкологических заболеваний, и в то же время несравнимо больше, чем соответствующие потери в других странах. И то, и другое обстоятельство — прямое указание на то, что именно борьба с внешними причинами сейчас должна стать одним из главных приоритетов российской системы здравоохранения, но именно этого-то как раз и не происходит.

Отдельные разрозненные инициативы и меры на некоторых направлениях борьбы с внешними причинами ничего не решают, выбор этих направлений ничем не обоснован, а эффективность мер невелика.

Например, в утвержденной в 2007 г. Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года в числе основных задач по снижению смертности названо сокращение смертности в результате дорожно-транспортных происшествий, и в последнее время в выступлениях ответственных лиц именно борьба со смертностью от этой причины называется в качестве одного из главных приоритетов. Хотя не вполне ясно, почему из всех внешних причин, в принципе устранимых, выделены именно дорожно-транспортные происшествия, на долю которых в 2006 г. пришлось всего около 10% всех смертей от внешних причин, можно согласиться с тем, что это достаточно серьезная причина смерти. В мире по числу жертв она действительно наиболее опасная из всех внешних причин смерти, и если в России это не столь очевидно, то лишь по-



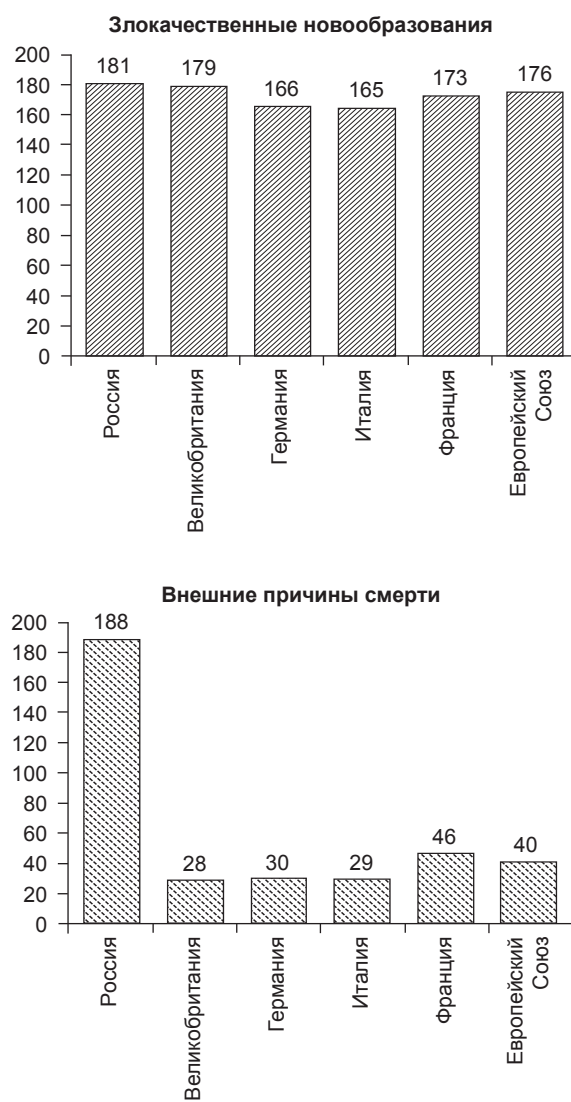
**Рис. 4.34.** Обычные и стандартизованные коэффициенты смертности от онкологических заболеваний, Россия, 1990—2008 гг., на 100 тыс. жителей





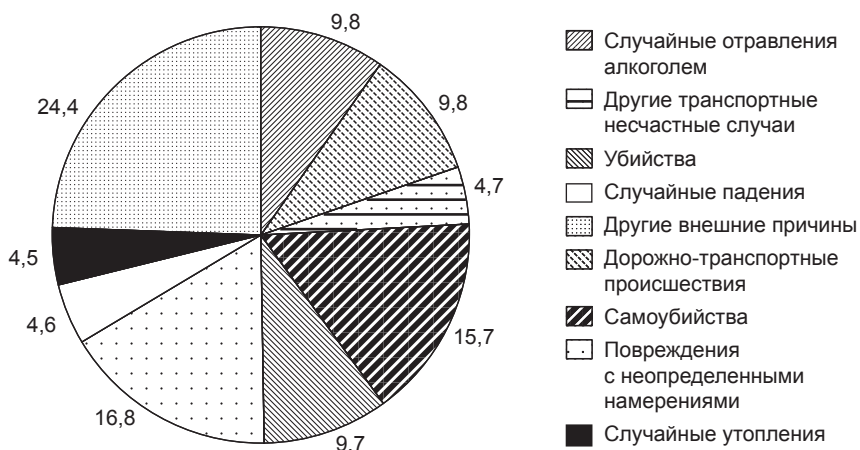
**Рис. 4.35.** Стандартизованные коэффициенты смертности от злокачественных новообразований и внешних причин в России и европейских странах, 1980—2008 гг., на 100 тыс. жителей

Источник: База данных ВОЗ «Health for all» (HFA), обновление января 2010 г.



**Рис. 4.36.** Стандартизованные коэффициенты смертности от злокачественных новообразований и внешних причин, травм и отравлений в России и европейских странах, 2006 г., на 100 тыс. жителей

Источник: База данных ВОЗ «Health for all» (HFA), обновление января 2010 г.



**Рис. 4.37.** Структура внешних причин смерти в 2008 г.

Источник: Демографический ежегодник России. 2009. М.: Росстат, 2009. Табл. 6.2.

тому, что у нас очень высока смертность от других внешних причин, таких как самоубийства, убийства, случайные отравления алкоголем, повреждения с неопределенными намерениями (рис. 4.37). Кроме того, это очень важная причина инвалидизации населения, так как на один случай смерти от ДТП приходится во много раз больше выживших, но получивших травмы (в России, по оценкам, — в 8 раз<sup>12</sup>).

Но в какой мере российское общество, его государственные органы готовы к эффективной борьбе с ДТП и их последствиями? В мире эта проблема все лучше осознается и как одна из центральных для сохранения здоровья и жизни людей, и как немаловажная для экономики. По некоторым оценкам, экономическое бремя дорожно-транспортных происшествий достигает 3% ВВП<sup>13</sup>. Не удивительно, что на исследования и разработки по проблемам транспортного травматизма в мире расходуется больше средств, чем на исследования и разработки по туберкулезу<sup>14</sup>. На дорожно-транспортные происшествия давно перестали смотреть как на

<sup>5</sup> Европейский доклад о состоянии безопасности дорожного движения. ВОЗ, 2009. С. 145.

<sup>6</sup> Там же. С. vii.

<sup>14</sup> Всемирный доклад по предупреждению дорожно-транспортного травматизма. ВОЗ, 2004. С. 6.

«случайность», усилия, направленные на их предотвращение и ослабление их негативных последствий тщательно продумываются, структурируются. На это уже несколько десятилетий направлена работа многочисленных научных центров, таких, например, как Шведский национальный институт дорожно-транспортных исследований, Лаборатория дорожных исследований Великобритании (ТРЛ Лтд.), Нидерландский институт исследований дорожно-транспортной безопасности (СВОВ), исследовательские центры при университетах в США, Австралии, Великобритании, Германии и т.д. Занимаются этим и правительственные организации, например, в США — Национальная администрация безопасности движения на шоссе и дорогах (НХТСА) и Национальный центр предотвращения и контроля травм при центрах контроля и профилактики заболеваний.

В России, видимо, считается, что с ДТП и их последствиями можно справиться без всяких исследований, исходя из одного лишь здравого смысла депутатов и чиновников. Никаких серьезных исследовательских центров, занимающихся этой проблемой, у нас нет.

Но ДТП, повторим еще раз, — лишь одна (и не самая главная) из внешних причин смерти, которые наносят демографическому благополучию страны не меньший, а в определенном смысле и намного больший урон, чем даже такая страшная болезнь, как рак. Казалось бы, давно надо было создать какие-то серьезные центры для изучения всей этой комплексной проблемы, подобные тем, которые заняты изучением и лечением онкологических заболеваний и немало в этом преуспели. Полагаясь на обыденный здравый смысл чиновников или депутатов, решить ее невозможно.

Особо следует остановиться на давней советско-российской болезни — злоупотреблении алкоголем.

По мнению большинства экспертов, влияние «алкогольного фактора» на обе главные составляющие российской сверхсмертности — раннюю смертность от болезней системы кровообращения и смертность от внешних причин — огромно. Ответ же системы здравоохранения, да и всего общества на этот социальный порок совершенно неадекватен. Отдельные разрозненные меры, которые иногда предлагаются, не только не могут решить проблему алкоголизма, но способны лишь дискредитировать борьбу с пьянством, что уже не раз бывало. В стране нет продуманной алкогольной политики, нет специалистов, способных ее выработать, нет исследований, на которые они могли бы опираться, а ситуация с потреблением алкоголя зачастую представляется в непроверенном и искаженном виде.

В литературе не раз отмечалось, что беспокойство вызывает не столько количество потребляемого в России алкоголя, сколько его структура и тенденции ее изменения. Во многих странах такой же, как в России, уровень потребления не сопровождается аномально высокой мужской смертностью

и огромным разрывом в продолжительности жизни мужчин и женщин. Рассматривая связь мужской сверхсмертности со структурой алкогольного потребления, исследователи выделили страны «пивного», «винного» и «водочного» поясов и показали, что смертность, особенно мужская, тем выше, чем более крепкие напитки преобладают в массовом потреблении. Высокое содержание этанола в относительно небольшом объеме крепких напитков означает принятие «ударных доз», которые зачастую приводят к сильной интоксикации, чреватой многими неприятными, нередко летальными последствиями. Отсюда делается вывод, что «для решения проблемы катастрофической смертности следует принять меры, направленные на радикальное уменьшение доли водки и самогона в структуре потребления россиян»<sup>15</sup>. Этот взгляд подтверждается недавним опытом ряда стран (например, Польши), в которых изменение структуры потребления алкоголя сопровождалось значительным снижением смертности и ростом продолжительности жизни.

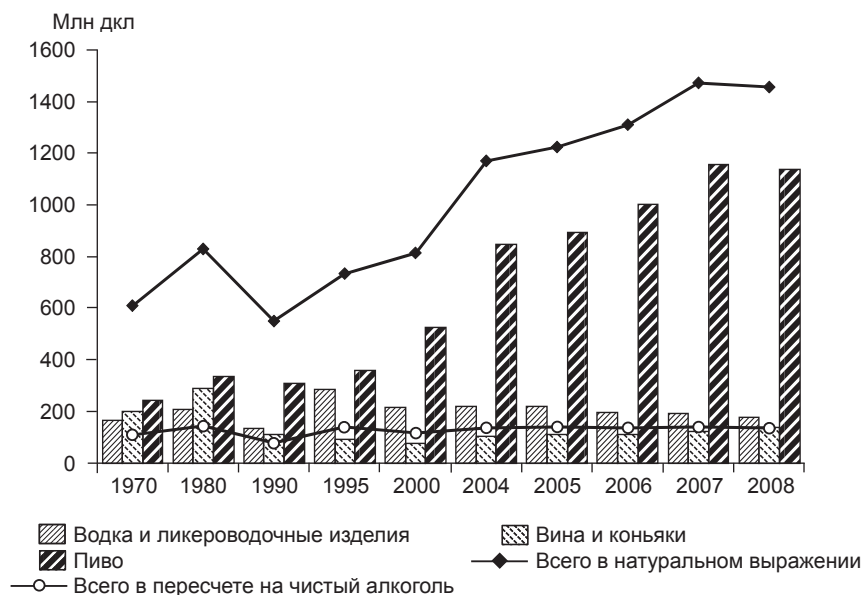
Изменение структуры алкогольного потребления — гораздо более доступная и эффективная мера, нежели нереалистичный и коррупциогенный «сухой закон» и другие подобные меры, хотя оно и не исключает определенных административных ограничений на продажу алкогольных напитков в определенное время, в определенных местах или определенным группам населения, на рекламу спиртного и т.п., но только в качестве дополнительных мер. Однако все это предполагает разработку и последовательное проведение целостной и продуманной антиалкогольной политики, а не периодические всплески не очень просвещенного антиалкогольного энтузиазма.

Пока такой политики в России не существует, а смысл некоторых действий на государственном уровне не всегда понятен. Так, время от времени проходит активная кампания по борьбе с «пивным алкоголизмом», что не слишком вяжется с идеей вытеснения крепких спиртных напитков пивом и вином, как это сделали другие страны. Даже если пиво — зло, из двух зол надо выбирать меньшее. В Чешской Республике — чемпионе по потреблению пива — ожидаемая продолжительность жизни мужчин на 11,5 года выше, чем в России.

Надежной статистики алкогольного потребления в России нет, но даже имеющаяся официальная информация неверно интерпретируется. Например, в проекте официальной Концепции развития системы здравоохранения, разработанном МЗСР России утверждается, что «с 1990 по

---

<sup>15</sup> Коротаяев А.В., Малков А.С., Халтурина Д.А. Законы истории. Математическое моделирование исторических макропроцессов. Демография, экономика, войны. М.: КомКнига, 2005. С. 325.



**Рис. 4.38.** Динамика продаж алкогольных напитков в России, 1970—2008 гг.

Источник: Российский статистический ежегодник. 2009. М.: Росстат, 2009. Табл. 20.20.

2006 г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива (в структуре продажи алкогольных напитков доля пива возросла с 59% в 1990 г. до 76% в 2006 г.)<sup>16</sup>. В этом утверждении воспроизводятся официальные данные Росстата, но искажается их смысл. В них речь идет об увеличении в 2,5 раза (за 1990—2008 гг. — в 2,6 раза) не потребления алкоголя, а объема продаж жидкости, в которой растворен алкоголь, в основном за счет роста потребления пива. При этом неверно выбран год отсчета — в 1990 г. учтенный объем продаж пива был даже ниже, чем в 1980-м, когда пиво было дефицитным товаром. Если же сравнивать с 1995 г., когда восстановился уровень продаж пива начала 1980-х гг. и наметился его рост, то объем продаж пива в декалитрах к 2008 г. вырос вдвое, но при этом почти на 40% сократился объем продаж водки (тоже в декалитрах). Рост же потре-

<sup>16</sup> Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. Вариант декабря 2008 г. ([http://www.zdravo2020.ru/concept/Kontceptciya\\_Zdravo2020.doc](http://www.zdravo2020.ru/concept/Kontceptciya_Zdravo2020.doc)).

бления абсолютного алкоголя все это время менялся мало и к 2008 г. даже снизился, правда, незначительно (рис. 4.38).

Некоторые эксперты полагают, что снижение смертности в последние годы связано с какими-то позитивными подвижками в потреблении алкоголя, хотя никаких доказательств этого предположения пока нет, как, впрочем, нет и исследований, способных его подтвердить или опровергнуть.

Неумеренное потребление алкоголя — лишь одна, хотя и исключительно важная черта образа жизни россиян, ответственная за их высокую смертность. Борьба с алкоголизмом, конечно, необходима, так же, как и с наркоманией, курением, нерациональным питанием, несчастными случаями. Хотя такая борьба не исчерпывает, разумеется, всего того, что следует сделать для преодоления российского кризиса смертности, если бы удалось добиться прорыва хотя бы на этих важнейших направлениях, высокая смертность в России стала бы наконец отступать.