

6. Смертность и продолжительность жизни в России в международном контексте: критический анализ тенденций

6.1. Символический рост абсолютного числа умерших в России

Абсолютное число умерших в России в 2018 г. составило 1828,9 тыс. человек, что по сравнению с 2017 г. было выше на 2,8 тыс. человек, или 0,2%. Однако рост отмечался только у городского населения — на 7,5 тыс. человек, или 0,6%, тогда как у сельского населения — снижение на 4,7 тыс. человек, или 0,9%. При этом число умерших от заболеваний увеличилось на 0,7%, в то время как число умерших от внешних причин снизилось на 5,3%. Если снижение числа умерших от внешних причин наблюдалось и у городского (–5,6%), и у сельского (–4,8%) населения, то рост числа умерших от заболеваний отмечался только у городского населения (на 1,1%), а у сельского было небольшое снижение (–0,5%). Заметим, что число смертей в России остается все еще выше, чем в начале 1990-х годов, хотя и при несколько меньшей численности населения (рис. 6.1).

В самые последние годы продолжающееся с 2005 г.¹ сокращение числа умерших в России демонстрирует признаки замедления темпов снижения и переход к относительной стабилизации.

Известно, что ежегодное число умерших в значительной степени зависит от изменений возрастной структуры населения России, хотя определяющее значение на эту динамику все же оказывали и оказывают колебания возрастных интенсивностей смертности, приводя либо к увеличению, либо к снижению общего числа умерших. Точнее изменения уровня смертности демонстрирует стандартизованный коэффициент смертности (СКС), позволя-

¹ Тренд снижения был нарушен лишь в 2010 г., когда волна жары и многочисленные пожары в лесах и на торфяниках привели к увеличению ежегодного числа умерших.

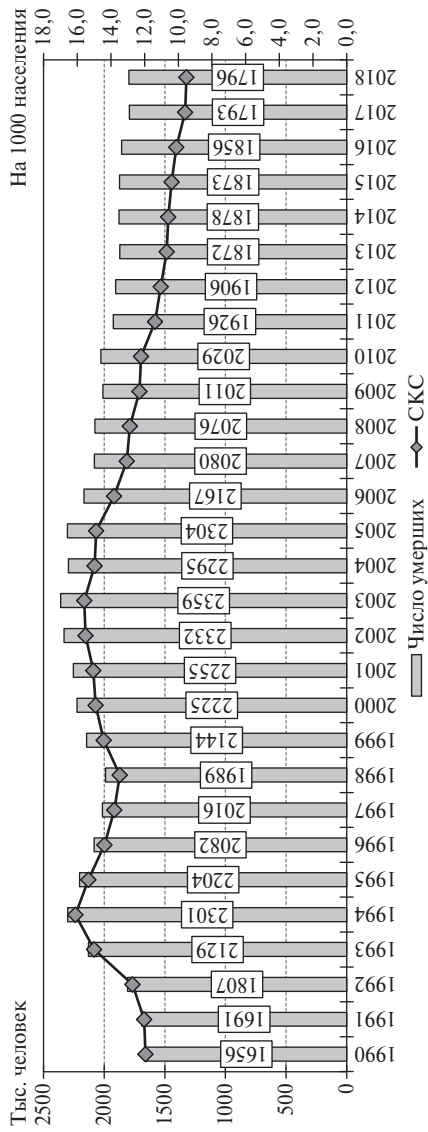


Рис. 6.1. Число умерших в России, тыс. человек, и стандартизованный коэффициент смертности от всех причин, на 1000 населения, 1990—2018 гг.

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

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

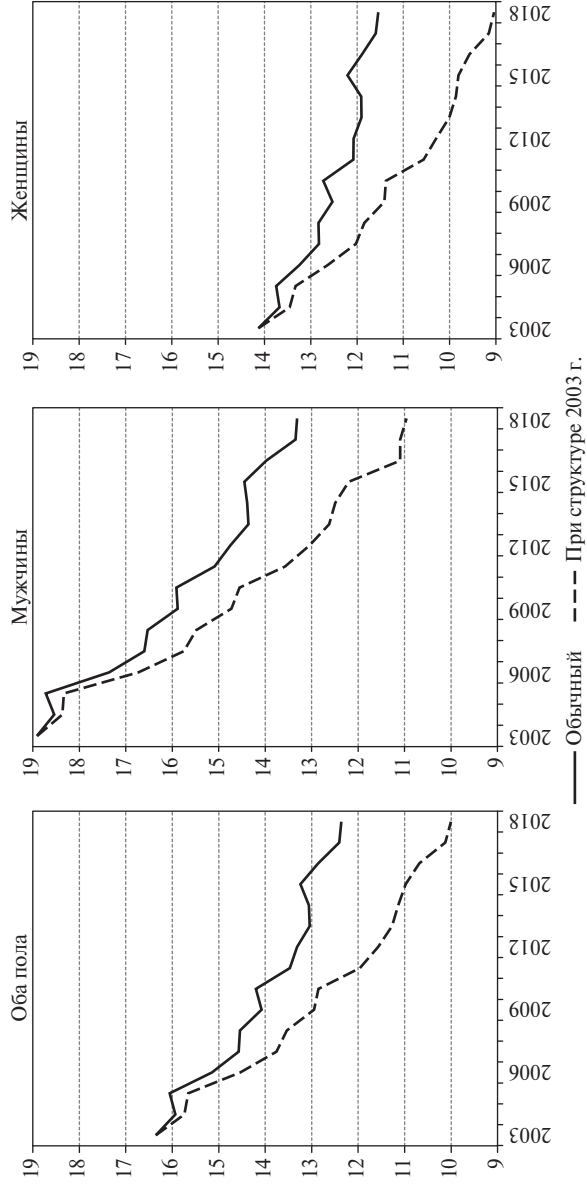


Рис. 6.2. Общий и стандартизованный коэффициенты смертности, Россия, 2003–2018 гг., на 1000 населения

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

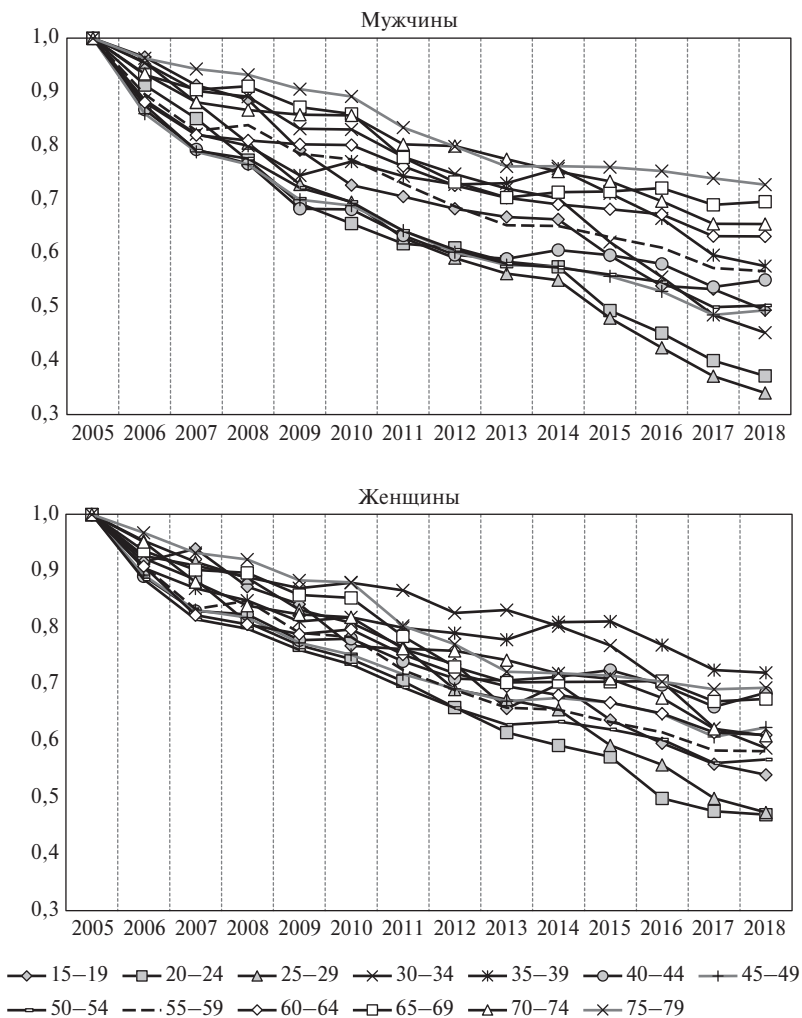


Рис. 6.3. Изменение возрастных коэффициентов смертности в возрастах от 15 до 80 лет, Россия, 2005–2018 гг., 2005 г. = 1

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

ющий исключить влияние изменений возрастного состава. Влияние возрастного состава населения в течение последних 15 лет (2003–2018 гг.) хорошо видно при сравнении общего и стандартизованного коэффициента смертности, рассчитанного при условии, что половозрастная структура населения за эти годы не менялась, оставаясь такой же, как в 2003 г. (рис. 6.2).

Снижение смертности на протяжении последних 15 лет отмечалось во всех возрастных группах, но с разной степенью интенсивности, причем у мужчин отмечалось более значимо, чем у женщин. И у мужчин, и у женщин более весомо смертность снизилась в молодых возрастах (20–29 лет) по сравнению с пожилыми (65–79 лет) (рис. 6.3). Устойчивыми темпами в течение всего рассматриваемого периода снижалась смертность в детских возрастах (1–4 и 5–9 лет).

Однако в 2018 г. по сравнению с 2017 г. и у мужчин, и у женщин в возрастах от 40 до 55 лет отмечался рост возрастных коэффициентов смертности, причем у мужчин менее значимый, чем у женщин (соответственно на 1,6–2,3% и 2,4–3,6%), тогда как в возрастах от 55 до 70 лет, скорее всего, можно говорить о неизменности коэффициентов (рис. 6.4). Напротив, среди молодежи

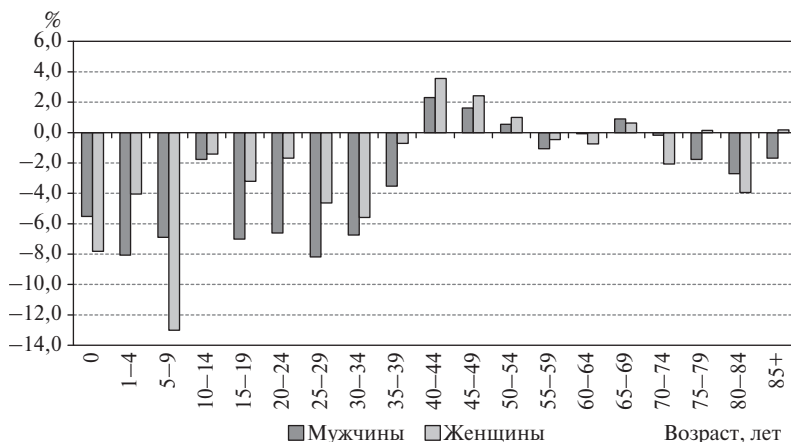


Рис. 6.4. Изменение возрастных коэффициентов смертности в России в возрастных группах в 2018 г. по сравнению с 2017 г., %

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

отмечалось снижение смертности почти в равной степени по возрастам у мужчин и достаточно значимо различалось у женщин. В возрастах старше 70 лет снижение коэффициентов было менее значимо и у мужчин, и у женщин. Дети обоих полов продолжили тренд достаточно активного снижения смертности.

6.2. Последний период «реального» снижения смертности в России не столь продолжительный, как представляется

Как известно, при исследовании реальных изменений уровня смертности к наиболее корректным показателям этих изменений относится ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в различных возрастах, прежде всего ОПЖ новорожденного (в возрасте 0 лет).

Как неоднократно подчеркивалось, рост ОПЖ в последние годы в России в значительной части носил восстановительный характер, т.е. период между максимальным уровнем ОПЖ, отмечавшимся либо в середине 1960-х годов, либо во время антиалкогольной кампании 1985 г., и таким же уровнем, достигнутым в последний период роста ОПЖ, у мужчин это 2013 г., а у женщин — 2009-й (табл. 6.1, рис. 6.5). Таким образом, на фоне предшествующего почти полувекового периода стагнации рост продолжительности жизни наблюдается всего в течение последних 5 лет у мужчин и 9 лет у женщин.

В целом за последний 15-летний период (2003—2018 гг.) рост ОПЖ у мужчин был в 1,5 раза выше, чем у женщин, причем почти равнозначный как в городах, так и в селах (у мужчин прирост составил 9,14 года в городской местности и 9,45 в сельской, а у женщин — соответственно 5,93 и 6,07 года).

В предыдущих докладах «Население России»² нами многократно отмечалось, что темпы роста продолжительности жизни существенно различаются по годам, у мужчин и женщин, в городах и сельской местности.

² Население России 2016: двадцать четвертый ежегодный демографический доклад / отв. ред. С.В. Захаров. М.: Изд. дом ВШЭ, 2018. С. 304—308.

Таблица 6.1. Ожидаемая продолжительность жизни в России по расчетам Института демографии НИУ ВШЭ, 1987—2018 гг., лет

Год	Все население			Городское население			Сельское население		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
1987	69,90	64,83	74,28	70,21	65,36	74,33	68,84	63,32	73,90
1988	69,74	64,61	74,26	70,12	65,23	74,36	68,48	62,87	73,79
1989	69,59	64,20	74,50	69,91	64,75	74,52	68,47	62,60	74,21
1990	69,22	63,76	74,32	69,59	64,35	74,37	67,99	62,05	73,96
1991	68,97	63,42	74,23	69,35	64,01	74,30	67,70	61,70	73,81
1992	67,85	61,96	73,71	68,17	62,42	73,78	66,82	60,67	73,36
1993	65,09	58,81	71,85	65,37	59,14	71,95	64,21	57,88	71,46
1994	63,83	57,40	71,07	64,07	57,64	71,16	63,12	56,71	70,74
1995	64,54	58,13	71,61	64,71	58,30	71,65	64,01	57,66	71,42
1996	65,81	59,63	72,42	66,22	60,07	72,63	64,64	58,44	71,78
1997	66,74	60,86	72,85	67,30	61,50	73,17	65,16	59,17	71,92
1998	67,06	61,21	73,12	67,53	61,74	73,37	65,74	59,80	72,40
1999	65,94	59,88	72,42	66,35	60,32	72,64	64,75	58,70	71,76
2000	65,32	59,00	72,24	65,67	59,33	72,44	64,33	58,13	71,65
2001	65,21	58,90	72,15	65,54	59,20	72,35	64,25	58,07	71,57
2002	64,92	58,65	71,88	65,36	59,05	72,15	63,66	57,52	71,08
2003	64,84	58,53	71,84	65,34	58,98	72,18	63,41	57,28	70,85
2004	65,30	58,90	72,35	65,85	59,40	72,72	63,77	57,56	71,27
2005	65,37	58,92	72,48	66,09	59,58	72,99	63,46	57,23	71,06

Окончание табл. 6.1

Год	Все население			Городское население			Сельское население		
	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины
2006	66,68	60,42	73,33	67,42	61,11	73,87	64,73	58,68	71,84
2007	67,59	61,44	73,99	68,35	62,18	74,52	65,56	59,54	72,53
2008	67,98	61,90	74,27	68,75	62,65	74,81	65,91	59,99	72,76
2009	68,77	62,86	74,78	69,56	63,64	75,33	66,66	60,86	73,27
2010	68,93	63,08	74,87	69,68	63,81	75,38	66,91	61,18	73,41
2011	69,83	64,04	75,61	70,51	64,67	76,10	67,99	62,40	74,21
2012	70,23	64,55	75,84	70,82	65,08	76,26	68,60	63,11	74,65
2013	70,76	65,12	76,29	71,33	65,64	76,69	69,18	63,75	75,14
2014	70,93	65,28	76,48	71,48	65,78	76,87	69,37	63,93	75,35
2015	71,40	65,93	76,73	71,93	66,40	77,10	69,89	64,65	75,61
2016	71,89	66,51	77,08	72,37	66,94	77,41	70,48	65,32	76,07
2017	72,73	67,53	77,66	73,19	67,93	77,98	71,36	66,41	76,67
2018	72,93	67,76	77,83	73,35	68,13	78,11	71,65	66,72	76,92

Примечание. Как неоднократно отмечалось в докладах «Население России», 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, с учетом Республики Крым и г. Севастополя ОПЖ в 2018 г. была ниже для всего населения на 0,01 года, чем по нашим расчетам.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

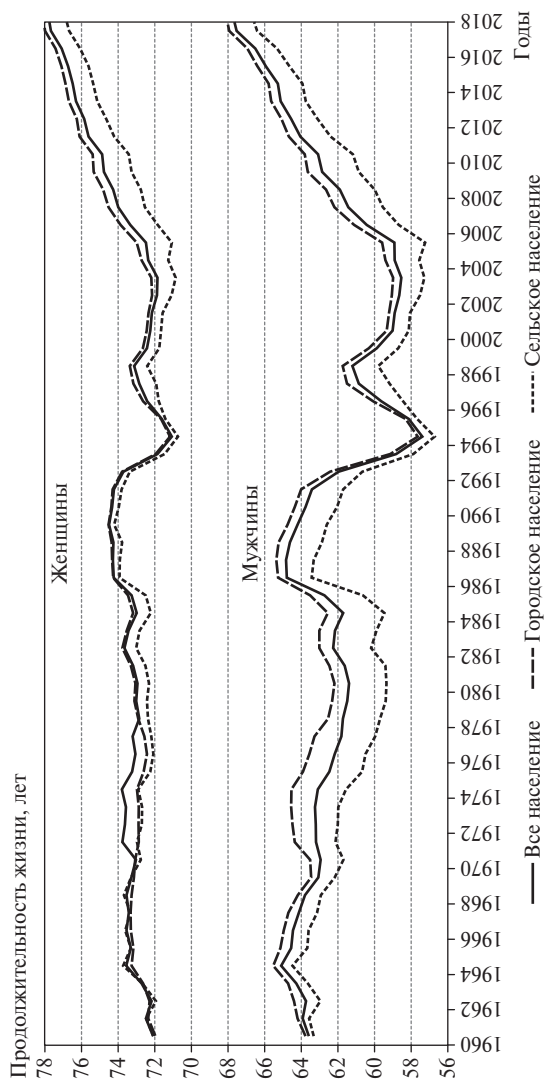


Рис. 6.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении всего, городского и сельского населения, Россия, 1960–2018 гг., лет

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Так, весьма медленный рост отмечался в 2003–2005 гг., особенно в сельской местности, а в отношении сельских женщин вообще до 2005 г. можно говорить о стабильности уровня. В дальнейшем скорость заметно возросла, но колебания сохранились. Например, если в 2006 г. прирост ОПЖ у мужчин составил 1,5 года, то в 2007, 2009, 2011 и 2017 гг. — около 1 года, в 2008, 2012, 2013, 2015 и 2016 гг. — около полугода и в 2010, 2014 и 2018 гг. он был минимальным (0,22; 0,16 и 0,23 года). По-видимому, замедление роста в 2010 г. может быть следствием необычной жары, что подтверждается также и тем, что коснулось оно только городского населения. Аналогичные колебания ОПЖ отмечались и у женщин. Отметим, что и у мужчин, и у женщин различия в ОПЖ городских жителей по сравнению с сельскими в 2018 г. несколько уменьшились по сравнению с 2017 г. (у мужчин различия достигли соответственно 1,40 года против 1,53 и у женщин — 1,19 против 1,32 года).

Что касается ОПЖ в возрастах 15, 30 и 60 лет, то анализ трендов за последние почти 30 лет показал, что рост показателя в возрастах 15 и 30 лет происходил почти синхронно (рис. 6.6). В то же время увеличение ОПЖ в возрасте 60 лет хотя в абсолютном выражении и было менее значительным по сравнению с возрастами 15 и 30 лет, но в относительном выражении оно было более значимым. Так, ОПЖ в возрасте 60 лет у мужчин в 2018 г. была выше на 12,9% по сравнению с уровнем 1990 г., а у женщин — на 13,2%, тогда как прирост ОПЖ в возрасте 15 и 30 лет составил соответственно 5,4 и 5,6% у мужчин и 4,1 и 5,1% у женщин. В результате того, что отрицательные и положительные колебания смертности у мужчин были более значимы, чем у женщин, в последний период снижения смертности разрыв в показателях ОПЖ между мужчинами и женщинами несколько сократился, кроме ОПЖ в возрасте 60 лет, где разрыв увеличился более чем на 0,5 года.

Росту продолжительности жизни существенно способствовало снижение младенческой и детской смертности, но в последний 13-летний период большее влияние на рост продолжительности жизни оказывало снижение смертности взрослого населения. Отрадно, что продолжительность жизни 15-летних не только женщин, как это было несколько ранее, но и мужчин начиная с 2017 г. наконец-то стала выше, чем когда-либо в прошлом.

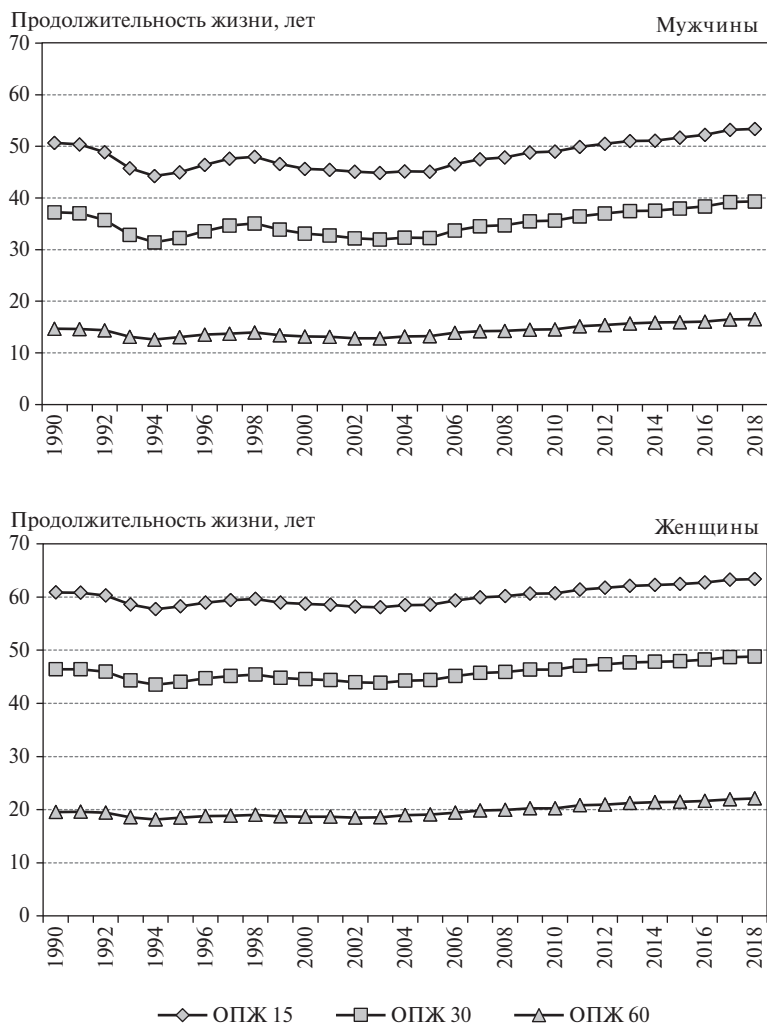


Рис. 6.6. Ожидаемая продолжительность жизни в возрастах 15, 30 и 60 лет у мужчин и женщин, Россия, 1990–2018 гг., лет

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

6.3. Вклад изменений смертности по возрастам и причинам смерти в динамику ожидаемой продолжительности жизни

Как было отмечено ранее, за период с 2003 по 2018 г. ОПЖ при рождении в России выросла у мужчин на 9,23 года, а у женщин — на 5,99. При этом у мужчин основной вклад в рост ОПЖ в целом за рассматриваемый период внесла возрастная группа 45–59 лет, почти в полтора раза меньше — группы 30–44 и 60–74 лет. У женщин наиболее значимым был вклад пожилых лиц 60–74 лет, и немного меньше и почти однозначными были вклады возрастов 45–59 лет и 75 лет и старше (рис. 6.7, табл. 6.2).

В 2018 г. при незначительном росте ОПЖ возрастная структура снижения смертности несколько изменилась: у мужчин более всего и в равной значимости на увеличение продолжительности жизни повлияло снижение смертности в возрастах 15–29 лет и 75 лет и старше. Немного меньше был вклад возрастной группы 30–44 лет. Однако рост смертности в возрастах 60–74 лет привел к снижению ОПЖ на 0,02 года, а вклад возрастов 45–59 лет был нулевым. У женщин же более 65% незначительного роста ОПЖ было следствием снижения смертности в пожилых возрастах 75 лет и старше. Напротив, снижению ОПЖ на 0,02 года способствовал рост смертности в возрастах 45–59 лет.

Вклад детских возрастов и у мужчин, и у женщин на всем протяжении рассматриваемого периода, в том числе и в 2018 г., оставался практически стабильным, мало меняясь год от года и у мужчин, и у женщин.

Если рассматривать в целом период 1990-х — начала 2000-х годов, то можно говорить, что и у мужчин, и у женщин тогда около 80% роста или снижения ОПЖ было следствием изменения смертности в средних возрастах, тогда как для периода после 2003 г. эта доля сократилась у мужчин до 50%, а у женщин — даже до 30% и одновременно вырос вклад снижения смертности в старших возрастах, прежде всего у женщин.

Основополагающую роль и на этапах снижения продолжительности жизни, и на этапе ее последующего роста сыграли изменения смертности от болезней системы кровообращения (БСК) и внешних причин.

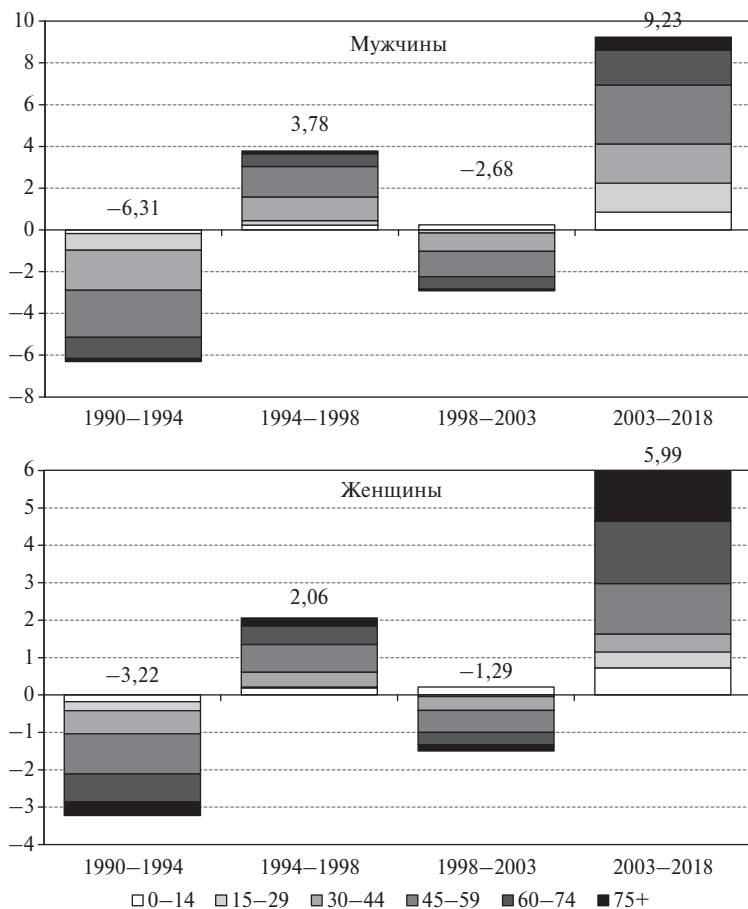


Рис. 6.7. Вклад отдельных возрастных групп в изменение продолжительности жизни в России, 1990–2018 гг., лет

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Однако, как отмечалось нами ранее³ при определении вклада изменений смертности от отдельных причин, после 2013 г. приходится сталкиваться с рядом проблем. Прежде всего с тем, что многие регионы России, стремясь достичь целевых показателей смерт-

³ См.: Население России 2016. С. 314–315.

Таблица 6.2. Вклад изменений смертности разных возрастных групп в общее изменение продолжительности жизни в России, 1990–2018 гг., лет

Период	Измене- ние	В том числе за счет смертности в возрастах, лет					
		0–14	15–29	30–44	45–59	60–74	75+
Мужчины							
1990–1994	–6,37	–0,12	–0,77	–1,96	–2,25	–1,17	–0,1
1994–1998	3,82	0,23	0,22	1,16	1,45	0,62	0,16
1998–2003	–2,68	0,32	–0,15	–0,97	–1,22	–0,58	–0,08
2003–2018	9,23	0,85	1,39	1,87	2,82	1,67	0,62
В том числе:							
2003–2017	9,00	0,82	1,32	1,81	2,82	1,68	0,55
2017–2018	0,23	0,03	0,08	0,06	0,00	–0,02	0,08
Женщины							
1990–1994	–3,25	–0,15	–0,25	–0,66	–1,08	–0,85	–0,26
1994–1998	2,05	0,17	0,02	0,4	0,72	0,51	0,23
1998–2003	–1,28	0,27	–0,06	–0,43	–0,61	–0,3	–0,15
2003–2018	5,99	0,72	0,42	0,48	1,35	1,66	1,34
В том числе:							
2003–2017	5,82	0,68	0,41	0,48	1,36	1,64	1,25
2017–2018	0,16	0,04	0,02	0,00	–0,02	0,01	0,11

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

ности от отдельных причин, прежде всего от БСК, начали пересматривать в выгодную для себя сторону практику кодирования причин смерти. В частности, широко стал использоваться диагноз «старость», и, соответственно, рост доли смертей от «неустановленных болезней» ускорился. Однако в последние годы ситуация несколько улучшилась. Поэтому, несмотря на отмеченную проблему, мы все же, сохраняя осторожность, посчитали возможным проанализировать имеющиеся данные.

Результаты разложения общего роста продолжительности жизни в России в 2003–2017 и 2017–2018 гг. по возрастным группам и причинам смерти представлены в табл. 6.3, 6.4. При этом отметим, что мы не делали подгонку показателей, представленных в таблице, и может казаться, что сумма по возрастам немного или больше, или меньше показанной в графе «Всего».

Таблица 6.3. Вклад отдельных причин смерти в четырех возрастных группах в рост продолжительности жизни, 2003–2017 гг., лет

	Всего	В том числе в возрасте, лет			
		0–14	15–44	45–64	65+
Мужчины					
Все причины	9,00	0,82	3,13	3,53	1,52
Болезни системы кровообращения	3,56	0,00	0,49	1,62	1,44
В том числе:					
Ишемия	1,85	0,00	0,28	0,93	0,64
Инсульты	1,10	0,00	0,06	0,40	0,64
Другие	0,60	0,00	0,15	0,28	0,17
Новообразования	0,41	0,02	0,05	0,27	0,07
Инфекции	0,14	0,04	–0,02	0,11	0,01
Болезни органов дыхания	0,65	0,08	0,16	0,30	0,10
Болезни органов пищеварения	0,11	0,01	0,06	0,06	–0,01
Внешние причины	3,41	0,20	2,12	0,99	0,09
Случайные отравления алкоголем	9,00	0,82	3,13	3,53	1,52
Другие и неустановленные болезни	3,56	0,00	0,49	1,62	1,44
Женщины					
Все причины	5,82	0,68	0,89	1,86	2,40
Болезни системы кровообращения	3,95	0,00	0,15	1,09	2,71
В том числе:					
Ишемия	1,53	0,00	0,07	0,46	0,99
Инсульты	1,83	0,00	0,03	0,42	1,38
Другие	0,60	0,00	0,05	0,21	0,34
Новообразования	0,30	0,02	0,06	0,17	0,05
Инфекции	–0,09	0,03	–0,12	0,00	0,00
Болезни органов дыхания	0,28	0,08	0,05	0,09	0,06
Болезни органов пищеварения	0,05	0,01	0,02	0,06	–0,03
Внешние причины	1,22	0,15	0,61	0,39	0,08
Случайные отравления алкоголем	0,21	0,00	0,08	0,11	0,01
Другие и неустановленные болезни	–0,17	0,32	0,07	–0,03	–0,52

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Таблица 6.4. Вклад отдельных причин смерти в четырех возрастных группах в рост ожидаемой продолжительности жизни в 2018 г. по сравнению с 2017 г., лет

	Всего	В том числе в возрасте, лет			
		0—14	15—44	45—64	65+
Мужчины					
Все причины	0,23	0,03	0,14	0,00	0,06
Болезни системы кровообращения	0,07	0,00	0,01	0,00	0,06
В том числе:					
Ишемия	0,06	0,00	0,00	0,01	0,05
Инсульты	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Другие	0,00	0,00	0,01	−0,01	0,01
Новообразования	0,02	0,00	0,00	0,00	0,01
Инфекции	0,01	0,00	0,01	−0,01	0,00
Болезни органов дыхания	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Болезни органов пищеварения	−0,01	0,00	0,00	−0,01	0,00
Внешние причины	0,19	0,00	0,13	0,06	0,00
Случайные отравления алкоголем	0,02	0,00	0,01	0,01	0,00
Другие и неустановленные болезни	−0,05	0,02	−0,02	−0,05	0,00
Женщины					
Все причины	0,16	0,04	0,02	−0,01	0,11
Болезни системы кровообращения	0,20	0,00	0,01	0,00	0,19
В том числе:					
Ишемия	0,10	0,00	0,00	−0,01	0,11
Инсульты	0,06	0,00	0,00	0,02	0,05
Другие	0,04	0,00	0,01	0,00	0,03
Новообразования	0,04	0,00	0,00	0,02	0,01
Инфекции	0,00	0,00	0,00	−0,01	0,00
Болезни органов дыхания	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02
Болезни органов пищеварения	−0,04	0,00	−0,01	−0,01	−0,02
Внешние причины	0,06	0,00	0,03	0,02	0,01
Случайные отравления алкоголем	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Другие и неустановленные болезни	−0,11	0,03	−0,01	−0,03	−0,10

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

Рост ОПЖ у мужчин в целом за 2003–2017 гг. в основном был обеспечен снижением смертности от болезней системы кровообращения (на 39,5%) и внешних причин (на 37,9%). При этом основной вклад БСК отмечался в возрастах 45–64 лет, прежде всего в результате снижения смертности от ишемической болезни сердца и почти в 2 раза меньше по значимости от инсультов. Вклад БСК в возрастах 65 лет и старше был немного меньше, но в равной степени связан со снижением смертности от ишемии и инсультов. Основной вклад внешних причин сосредоточен в молодых возрастах 15–44 лет и в 2 раза меньше в возрастах 45–64 лет.

Иначе выглядит картина у женщин: рост ОПЖ с 2003 по 2017 г. почти на 70% был результатом снижения смертности от БСК, в том числе на 46,5% в возрастах 65 лет и старше и на 18,7% в возрастах 45–64 лет. При этом, в отличие от мужчин, у женщин в пожилых возрастах основной вклад в снижение смертности от БСК вносили инсульты, а в возрастах 45–64 лет вклад инсультов и ишемии был равнозначным. Также снижение смертности от внешних причин, прежде всего в возрастах 15–64 лет, почти на $\frac{1}{5}$ способствовало росту ОПЖ женщин за этот период.

Вместе с тем вызывает беспокойство хоть и не очень значимый, но отрицательный вклад роста смертности от инфекций, прежде всего у женщин, что, скорее всего, есть результат роста смертности от ВИЧ, прежде всего в возрастах 15–44 лет.

Незначительный рост продолжительности жизни в 2018 г. у мужчин был обеспечен прежде всего снижением смертности от внешних причин на 56,6% в возрастах 15–44 лет и на 20% — от болезней системы кровообращения в возрастах 65 лет и старше (см. табл. 6.4). Также росту продолжительности жизни, хоть и незначительному, способствовало снижение смертности от болезней органов дыхания и новообразований.

Как и в предшествующие годы, у женщин наибольший по значимости вклад в рост продолжительности жизни внесло снижение смертности в старших возрастах от БСК, но, в отличие от прошлых лет, более значимую роль сыграло снижение смертности не от инсультов, а от ишемической болезни сердца в возрастах 65 лет и старше. Также увеличило продолжительность жизни женщин на 0,06 года снижение смертности от внешних причин, прежде

всего в средних возрастах, и немного менее значимо — от снижения смертности от новообразований.

Вместе с тем обращает внимание отрицательный и относительно значимый вклад других и неустановленных болезней в 2018 г., который снизил ОПЖ у мужчин на 0,05 года, а у женщин — даже на 0,11 года. Также и у мужчин, и у женщин отмечался незначительный отрицательный вклад болезней органов пищеварения.

6.4. Различия в ожидаемой продолжительности жизни по регионам России сохраняются почти неизменными

В целом за период с 1990 по 2018 г. ОПЖ при рождении выросла во всех регионах, кроме Чукотского автономного округа, в котором до сих пор не преодолены максимальные значения данного показателя, отмечавшиеся в 1990 г. (у мужчин разница составляет 4,26 года, а у женщин — 2,81 года). Однако в 2018 г. по сравнению с 2017 г. рост ОПЖ продолжался не во всех регионах. Так, у мужчин ОПЖ при рождении увеличилась лишь в 58 регионах, а в 25 отмечалось ее снижение, а у женщин — соответственно рост в 53 и снижение в 30 регионах.

Как следует из табл. 6.5, в которой представлены регионы с максимальными и минимальными изменениями ОПЖ в возрастах 0, 30 и 60 лет в 2018 г. по сравнению с 2017 г., различия по регионам у мужчин были в большинстве случаев больше, чем у женщин.

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

Межквартильное расстояние в периоды роста ОПЖ в основном сужалось, а при снижении ОПЖ расширялось (рис. 6.8). Так, в течение 2003—2017 гг., т.е. в годы последнего периода роста ОПЖ, межквартильное расстояние значений показателя и у мужчин, и у женщин сократилось на 1,5 года, хотя в последние годы можно отметить колебания. Однако в 2018 г. у мужчин разница между

Таблица 6.5. Регионы России с максимальными и минимальными изменениями (рост — «+», снижение — «-») ожидаемой продолжительности жизни в возрастах 0 (e0), 30 (e30) и 60 лет (e60), 2018 г. по сравнению с 2017 г., лет

Регион	e0	Регион	e30	Регион	e60
Мужчины					
<i>Максимальные значения</i>					
Республика Саха (Якутия)	1,22	Магаданская область	1,03	Карачаево-Черкесская Республика	1,23
Республика Хакасия	1,11	Республика Саха (Якутия)	1,00	Республика Адыгея	0,77
Краснодарский край	1,09	Чеченская Республика	0,89	Мурманская область	0,69
Томская область	1,06	Республика Хакасия	0,86	Чеченская Республика	0,63
Чеченская Республика	1,04	Краснодарский край	0,84	Республика Дагестан	0,54
<i>Минимальные значения</i>					
Тамбовская область	-0,32	Камчатская область	-0,70	Камчатская область	-0,38
Читинская область	-0,85	Читинская область	-0,75	Чукотский автономный округ	-0,58
Республика Алтай	-0,92	Ненецкий автономный округ	-0,80	Республика Тыва	-0,77
Ненецкий автономный округ	-0,95	Чукотский автономный округ	-0,91	Республика Алтай	-0,94
Чукотский автономный округ	-1,11	Республика Алтай	-1,09	Ненецкий автономный округ	-3,03
Женщины					
<i>Максимальные значения</i>					
Ингушская Республика	1,37	Ингушская Республика	1,03	Ингушская Республика	0,86
Ненецкий автономный округ	1,03	Новгородская область	0,89	Республика Калмыкия	0,83

Окончание табл. 6.5

Регион	е0	Регион	е30	Регион	е60
Республика Дагестан	0,95	Республика Саха (Якутия)	0,81	Ненецкий автономный округ	0,79
Республика Саха (Якутия)	0,75	Республика Дагестан	0,80	Республика Дагестан	0,78
Новгородская область	0,67	Кабардино-Балкарская Республика	0,65	Республика Северная Осетия — Алания	0,60
<i>Минимальные значения</i>					
Амурская область	–0,44	Костромская область	–0,43	Рязанская область	–0,18
Еврейская автономная область	–0,50	Пензенская область	–0,47	Республика Алтай	–0,23
Костромская область	–0,51	Сахалинская область	–0,61	Сахалинская область	–0,36
Сахалинская область	–0,66	Еврейская автономная область	–0,70	Республика Тыва	–0,40
Чукотский автономный округ	–2,38	Чукотский автономный округ	–2,73	Чукотский автономный округ	–1,30

квартилями увеличилась на 0,61 года, а у женщин — на 0,06. Также отметим, что медиана распределения меньше ожидаемой продолжительности жизни во всем населении России: у мужчин в среднем на 1,26 года, а у женщин — на 0,43, это свидетельствует о том, что более половины регионов имеют значения ОПЖ ниже, чем демонстрирует общероссийский показатель.

Некоторый рост межрегиональных различий в ОПЖ показывает и рассчитанное стандартное отклонение, отражающее именно средние различия между субъектами РФ, в случае, если при его расчете не принимать во внимание численность проживающего в них населения. Так, в 2018 г. по сравнению с 2017 г. величина стандартного отклонения увеличилась у мужчин с 2,04 до 2,42 года, а у женщин — с 1,55 до 1,81 года, что может свидетельствовать о процессе дивергенции регионов (росте межрегиональных различий).

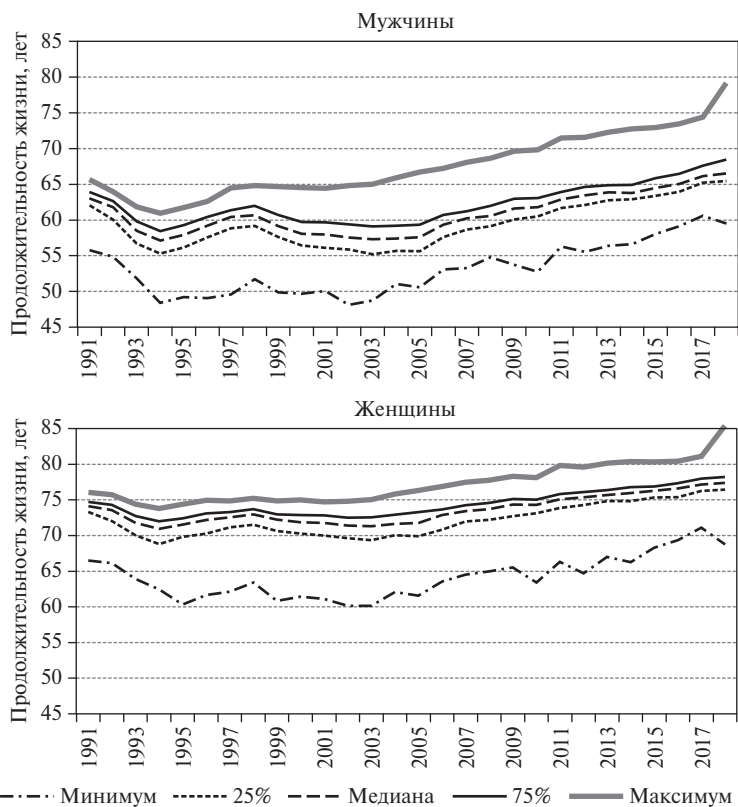


Рис. 6.8. Минимальные, максимальные значения, медиана и квантили распределения субъектов РФ по величине ожидаемой продолжительности жизни при рождении для мужчин и женщин, Россия, 1991–2018 гг., лет

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

6.5. Долговременная динамика ожидаемой продолжительности жизни в России на фоне мировых тенденций

Несмотря на достижения последних лет в снижении смертности, Россия по уровню ожидаемой продолжительности жизни до сих пор значительно отстает от развитых стран (рис. 6.9). Для сравнения мы отобрали пять — Германия (до 1989 г. Западная Германия), Польша, США, Франция и Швеция. Это страны с достаточно высокой продолжительностью жизни и надежной статистической смертности, где продолжительность жизни устойчиво растет с 1970-х годов (скорость роста составляет 0,2–0,3 года за 1 год), что позволяет представить картину мировых трендов продолжительности жизни. Заметим, что представленные страны имеют различные экономические и социальные системы, в том числе системы организации здравоохранения, а также различное поведение населения в отношении структуры потребляемого алкоголя и др.

Почти за полвека отставание России по продолжительности жизни от рассматриваемых развитых стран не только не сократилось, а, напротив, увеличилось. Так, если в 1970 г. отставание в ОПЖ составляло у мужчин от 3,13 года при сравнении с Польшей до 9,19 года — с Швецией, то в 2016 г. разница была соответственно 7,33 и 14,1. У женщин отмечалась несколько иная картина: если в 1970 г. ОПЖ в России была даже немного выше, чем в Польше, а отличия от Германии были минимальны (0,22 года), то в 2016 г. отставание России стало более выраженным — от 4,13 года от США до 8,24 года от Франции.

Используя метод компонент⁴, мы определили вклад смертности в разных возрастных группах и от разных групп причин смерти в различия продолжительности жизни между Россией и отобранными для сравнения странами.

Наибольший вклад в отставание России по ОПЖ от западных стран вносит более высокая смертность у мужчин почти равной значимости в возрастах от 15 до 74 лет, а у женщин наибольший вклад сосредоточен в возрастах 75 лет и старше и значимый, но несколько меньший — в возрастах 60–74 лет и 45–59 лет (рис. 6.10).

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

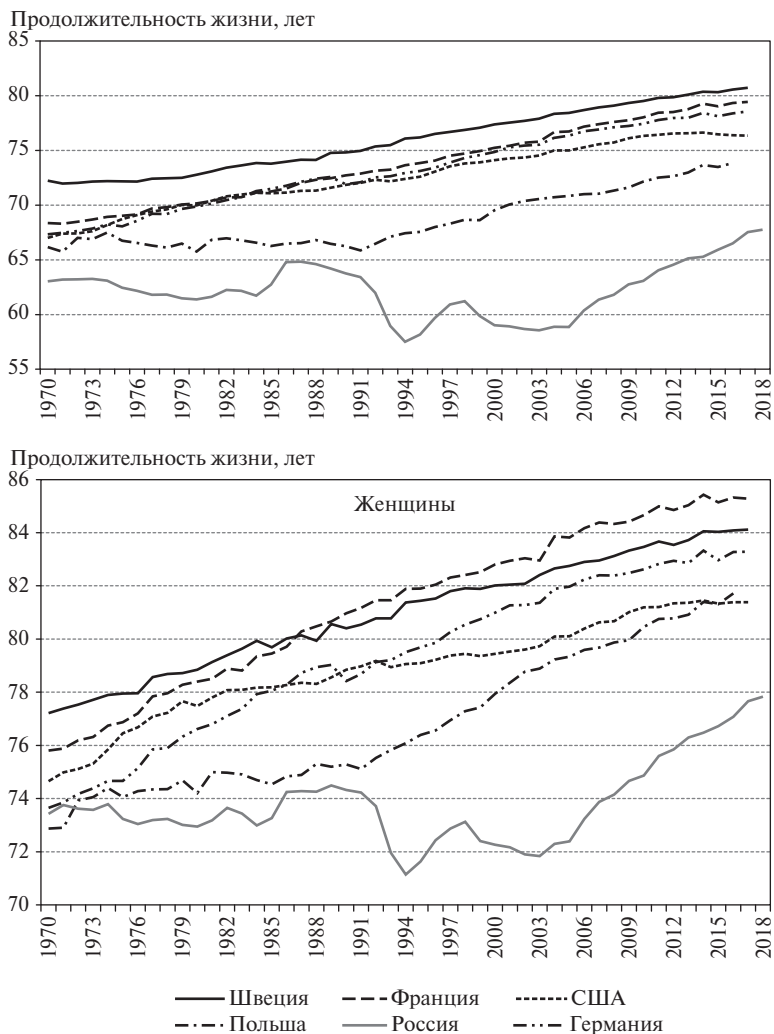


Рис. 6.9. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России и некоторых странах с середины XX в., лет

Источники: Данные НМД, Росстата; расчеты авторов.

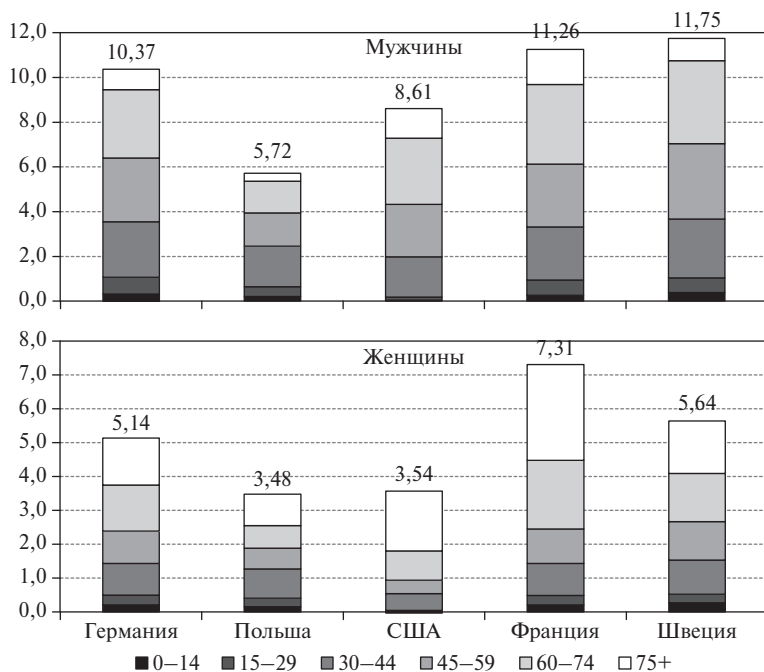


Рис. 6.10. Вклад отдельных возрастных групп в отставание России по продолжительности жизни (2018 г.) от развитых стран (2015 г.), лет

Источники: Данные WHO Mortality DB, Росстата; расчеты авторов.

Что касается причин смерти, то высокая смертность от БСК, в основном от ишемической болезни сердца и инсультов, вносит основной вклад в отставание России и у мужчин, и у женщин.

Кроме того, у мужчин значительный вклад вносит высокая смертность от внешних причин, хотя и у российских женщин вклад этой причины достаточно значим (рис. 6.11). Менее значим вклад новообразований, инфекций и болезней органов дыхания.

Еще одним показателем, достаточно наглядно демонстрирующим отставание России от развитых стран, служит средний возраст смерти от основных причин смерти (рис. 6.12).

Наиболее значительно Россия отличается от западных стран низким возрастом смерти от инфекций и внешних причин, осо-

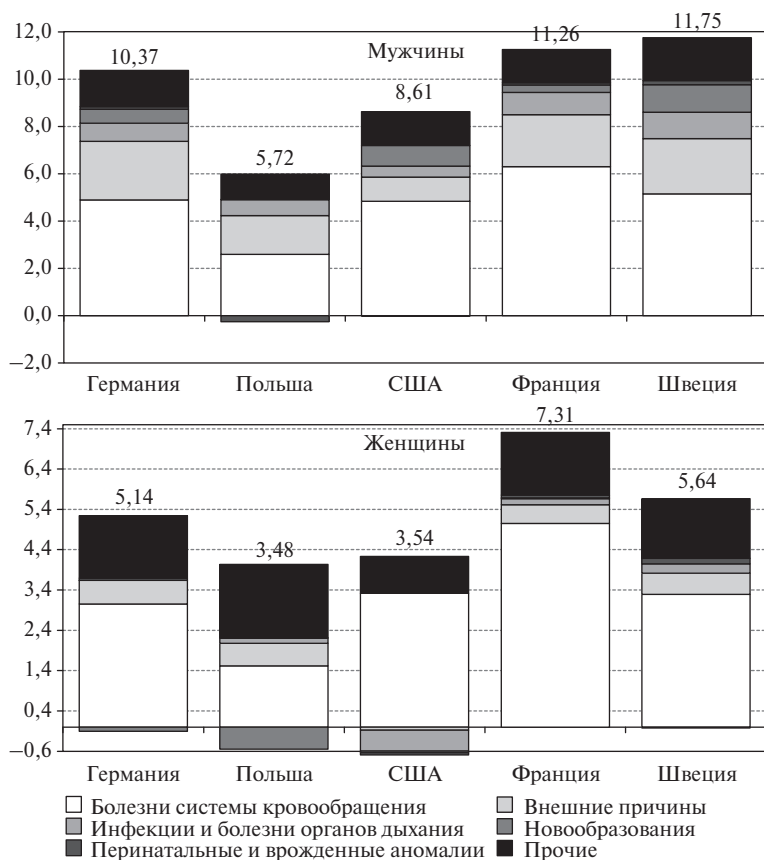


Рис. 6.11. Вклад отдельных причин смерти в отставание России по продолжительности жизни (2018 г.) от развитых стран (2015 г.), лет

Источники: Данные WHO Mortality DB, Росстата; расчеты авторов.

бенно у мужчин. Нельзя не отметить и очень низкий возраст смерти в России от перинатальных причин и врожденных аномалий.

Помимо ожидаемой продолжительности жизни и среднего возраста смерти от основных причин смерти весьма наглядно и сравнение одного из основных показателей таблиц смертности (дожития), а именно чисел доживающих до определенного воз-

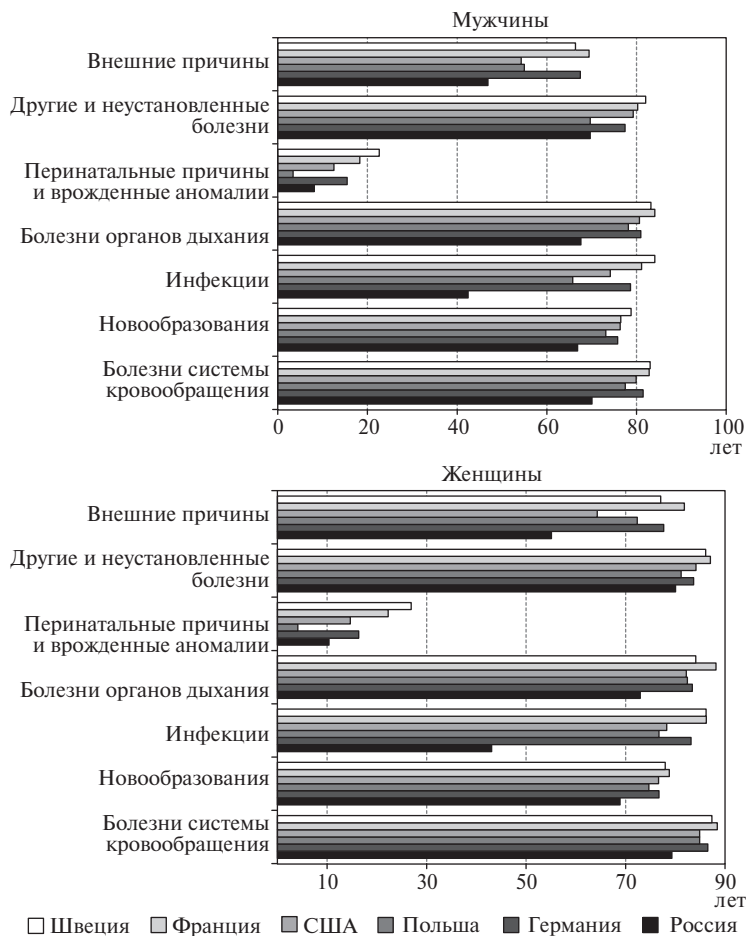


Рис. 6.12. Средний возраст смерти от основных причин в России (2018 г.) и некоторых развитых странах (2015 г.), лет

Источники: Данные WHO Mortality DB, Росстата; расчеты авторов.

раста, которое показывает, с одной стороны, успехи по снижению смертности в России, а с другой — еще сохраняющееся значительное отставание ее от развитых стран, в том числе от Франции, что хорошо видно на рис. 6.13.

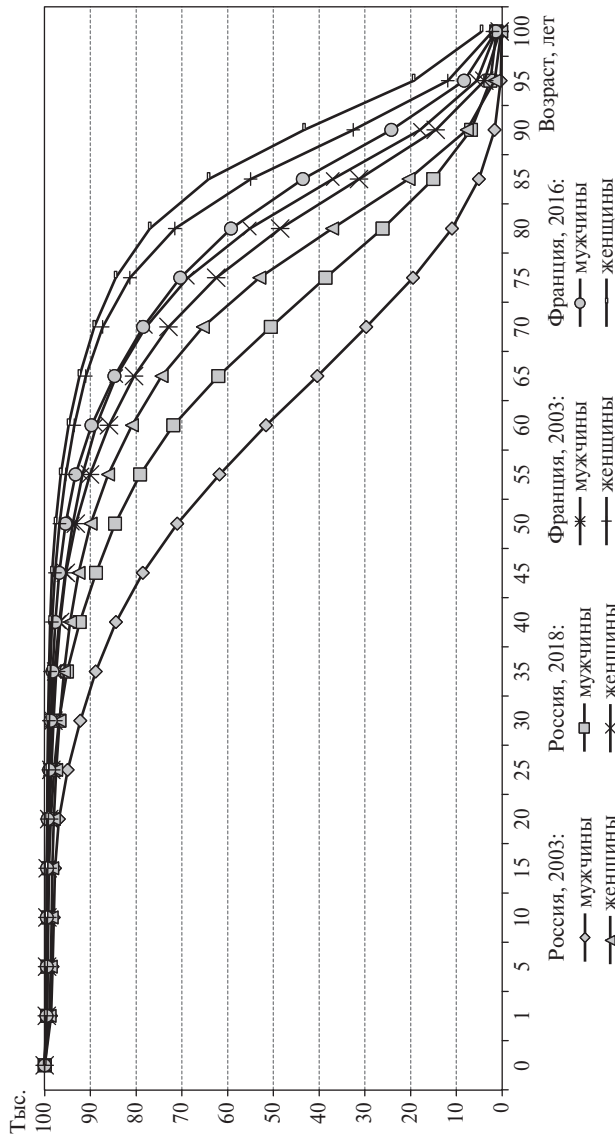


Рис. 6.13. Числа доживающих до определенного возраста в России (2003 и 2018 гг.) и Франции (2003 и 2016 гг.), тыс.

Источники: Данные NMD, Росстата; расчеты авторов.

Если в России в 2018 г. у мужчин доживало до возраста 70 лет только половина (50,6%), а у женщин до 80 лет — чуть больше половины (55,2%), то во Франции до этих возрастов доживало более трех четвертей и мужчин (78,5%), и женщин (77,0%).

Из представленного анализа можно сделать однозначный вывод, что только значительное снижение смертности, особенно мужской, от БКС, прежде всего в средних, а также в пожилых возрастах, и от внешних причин в молодых и средних возрастах позволит добиться сокращения отставания России от развитых стран в ОПЖ. Именно эти цели должны стать приоритетом всех видов деятельности, направленных на сокращение смертности россиян.

6.6. Новые оценки ожидаемой продолжительности здоровой жизни в России в 2006–2016 гг. в сравнении со странами ЕС и положение российских регионов в 2018 г.

Ниже представлены результаты анализа динамики ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ) в России и странах ЕС за 11 лет — с 2006 по 2016 г. Этот промежуток выбран, поскольку в течение него, во-первых, росла ОПЖ⁵ и в России, и в ЕС и, во-вторых, проводились выборочные обследования, содержащие сопоставимый показатель статуса здоровья, необходимый для оценки ОПЗЖ.

Для оценки статуса здоровья использован показатель распространенности плохого самочувствия, основанного на оценке собственного здоровья как «плохого» или «очень плохого», полученной по результатам ответов респондентов на вопрос: «Как вы оцениваете собственное здоровье в целом?», с альтернативами ответа от «очень хорошее» до «совсем плохое», содержащегося в анкетах

⁵ Источник информации о смертности в России — возрастные коэффициенты смертности населения России, рассчитанные на основе данных о регистрации смертей Росстата в рамках БД РЭШ. В странах ЕС — возрастные коэффициенты смертности, Евростат.

обследований EU SILC⁶ (European Union Statistics on Income and Living Conditions) и РМЭЗ НИУ ВШЭ⁷.

Нами были выполнены оценки состояния здоровья для людей начиная с 20-летнего возраста, поскольку распространенность плохого самочувствия в более молодых возрастных группах не превышает 5%. ОПЗЖ рассчитывалась по методу Салливана⁸ в России и в группах стран ЕС-15 и ЕС-28⁹.

Расчет ОПЗЖ на уровне объединенной группы стран позволил преодолеть проблему субъективности при интерпретации категорий ответов в отдельных европейских странах¹⁰.

В результате были выполнены оценки ожидаемой продолжительности здоровой жизни 20-летних мужчин и женщин в России и указанных группах стран.

На рис. 6.14, 6.15 продемонстрированы различия группы стран ЕС-15 по сравнению с Россией. Различия в значениях от группы ЕС-28 несколько меньше, но схожи по структуре. Как показано на рис. 6.14, в указанный период росли как ОПЖ, так и ОПЗЖ в России и ЕС-15, при этом в России более быстрыми темпами, чем в ЕС-15.

Разница в еН(20) между ЕС-15 и Россией за 11 лет сократилась с 16,2 до 13,4 года для мужчин и с 12,2 до 9,7 года для женщин.

⁶ URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>.

⁷ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE), проводимый НИУ ВШЭ и ООО «Демоскоп» при участии Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН (сайты обследования RLMS HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms>; <http://www.hse.ru/rlms>), полная выборка.

⁸ *Sullivan D.* A single index of mortality and morbidity // HSMHA Health Report. 1971. No. 86.

⁹ ЕС-15: Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания, Швеция, Великобритания. ЕС-28: + Болгария, Хорватия, Кипр, Чехия, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния, Мальта, Словакия, Словения. Использованы данные European Health and Life Expectancy Information System. URL: www.eurohex.eu (дата обращения: 07.04.2019).

¹⁰ *Рамонов А.В.* Католичество или протестантизм? Здоровье и благополучие пожилых людей различного вероисповедания в европейских странах // Демографическое обозрение. 2014. Т. 1. № 4. С. 124–134.

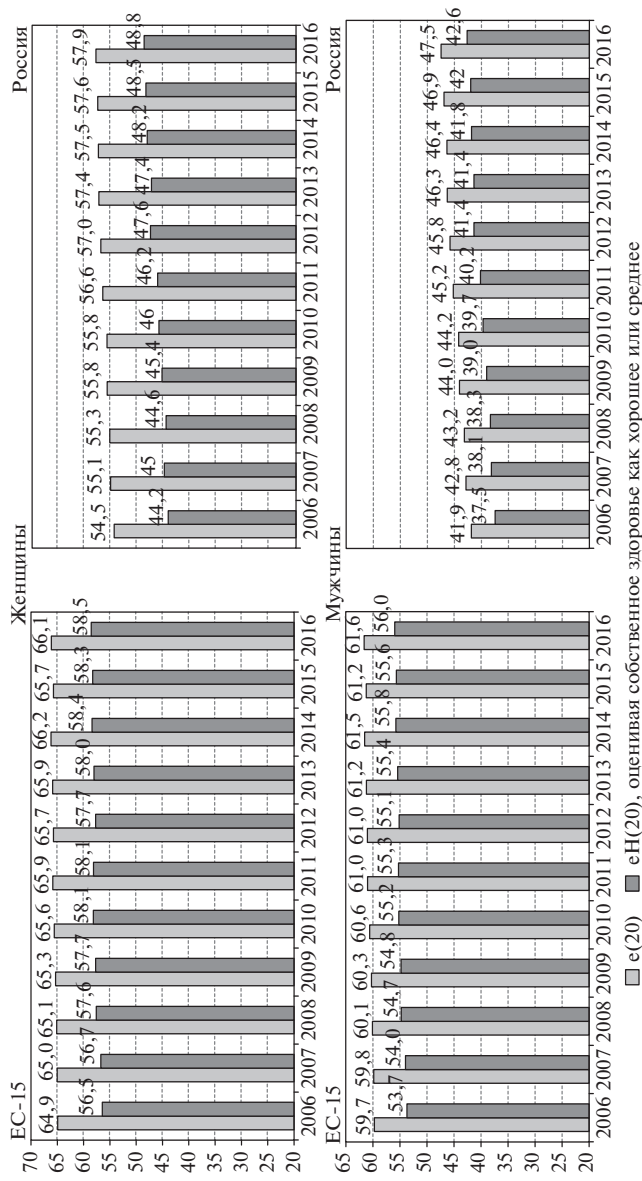


Рис. 6.14. Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 20 лет (e(20)) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни в возрасте 20 лет (eN(20)) женщин и мужчин в странах ЕС-15 и России, 2006–2016 гг., лет

Источники: Статистика смертности Росстата и Евростата; данные выборочных обследований EU SILC и RMES НИУ ВШЭ; расчеты А.В. Рамонова.

В отставание российских мужчин в 2016 г. наиболее существенный вклад внесла избыточная смертность в возрастах от 40 до 84 лет (8,4 года из общей разницы в 13,4 года). У женщин существенный вклад внесли также и компоненты плохого здоровья у лиц старше 60 лет (см. рис. 6.15).

Россия, хоть и улучшила свои позиции по распространенности плохого самочувствия начиная с возраста 60 лет, остается аутсайдером по сравнению со странами ЕС (рис. 6.16).

Если вкратце затронуть влияние основных классов причин смерти на рассчитанные показатели потерь, то возможное объяснение высоких уровней смертности мужчин лежит в высоких уровнях потребления алкоголя, объясняющих преждевременную смертность от целого ряда сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин смерти в трудоспособных возрастах¹¹.

Среди женщин высокая распространенность плохого самочувствия в пожилых возрастах и избыточная смертность могут быть вызваны заболеваниями сердечно-сосудистой системы, которые более характерны для пожилых возрастов.

Региональный анализ с опорой на данные статистики смертности 2017 г. и исследования Росстата в 2018 г. по репрезентативной выборке в 15 тыс. домохозяйств¹² позволил нам определить отстающие и лидирующие регионы на карте смертности-здоровья России.

Все субъекты РФ ($N = 85$) были разделены на четыре группы, отличающиеся показателями смертности и распространенностью нездоровья. Результаты классификации продемонстрированы на рис. 6.17 и в табл. 6.6.

На карте привлекает внимание опоясывающий Москву и Московскую область ряд регионов Центрального федерального округа с высокой смертностью и распространенностью плохого самочувствия: Курская, Орловская, Владимирская, Воронежская, Рязанская, Смоленская, Ивановская, Калужская, Тамбовская, Пензенская, Ярославская и Брянская области.

¹¹ Немцов А.В. Связанная с алкоголем смертность в России — количество, диагностические, гендерные и географические особенности // Демографическая безопасность России: материалы форума. М., 2007. С. 260–272.

¹² Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения. 2018. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/Factors2018_2812/index.html.

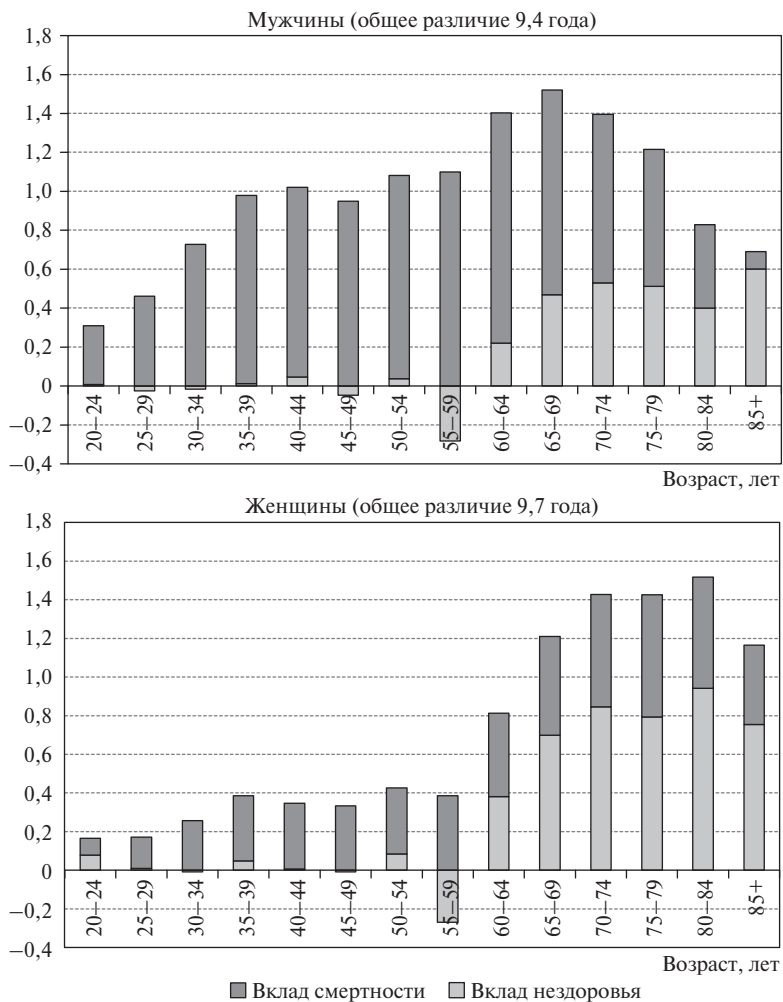


Рис. 6.15. Вклады избыточной смертности и распространенности плохого самочувствия в различия в продолжительности здоровой жизни между ЕС-15 и Россией, 2016 г., лет

Источники: Статистика смертности Росстата и Евростата; данные выборочных обследований EU SILC и РМЭЗ НИУ ВШЭ; расчеты А.В. Рамонова.

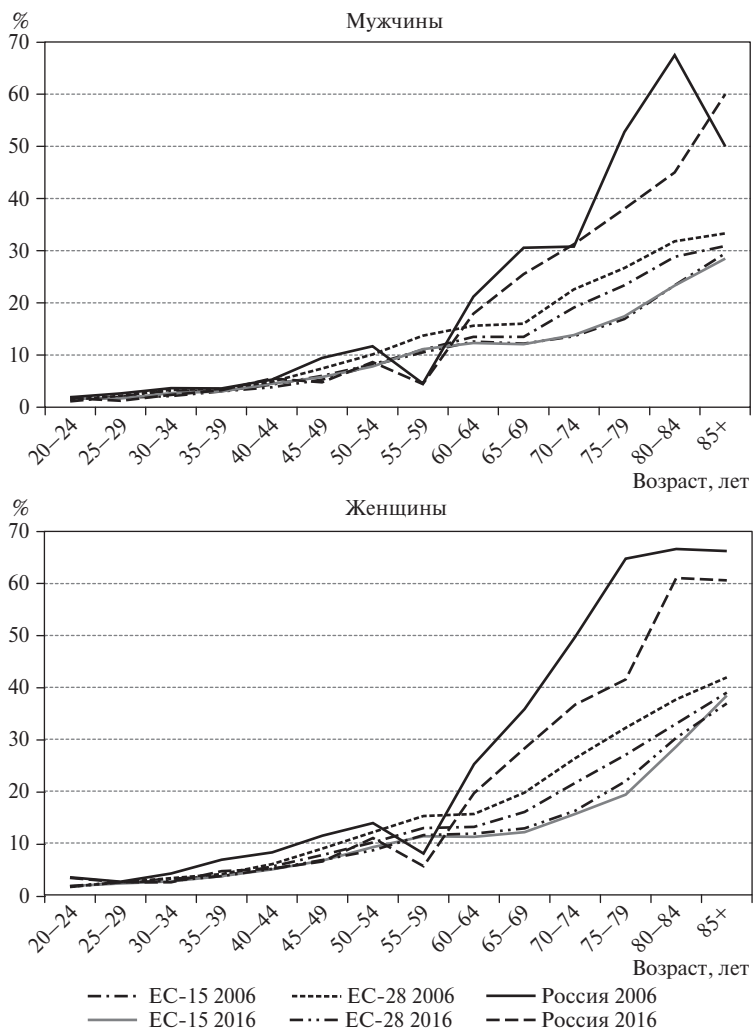


Рис. 6.16. Распространенность плохого самочувствия (оценка собственного здоровья как плохого и очень плохого), % от объема половозрастных групп

Источники: Статистика смертности Росстата и Евростата; данные выборочных обследований EU SILC и РМЭЗ НИУ ВШЭ; расчеты А.В. Рамонова.

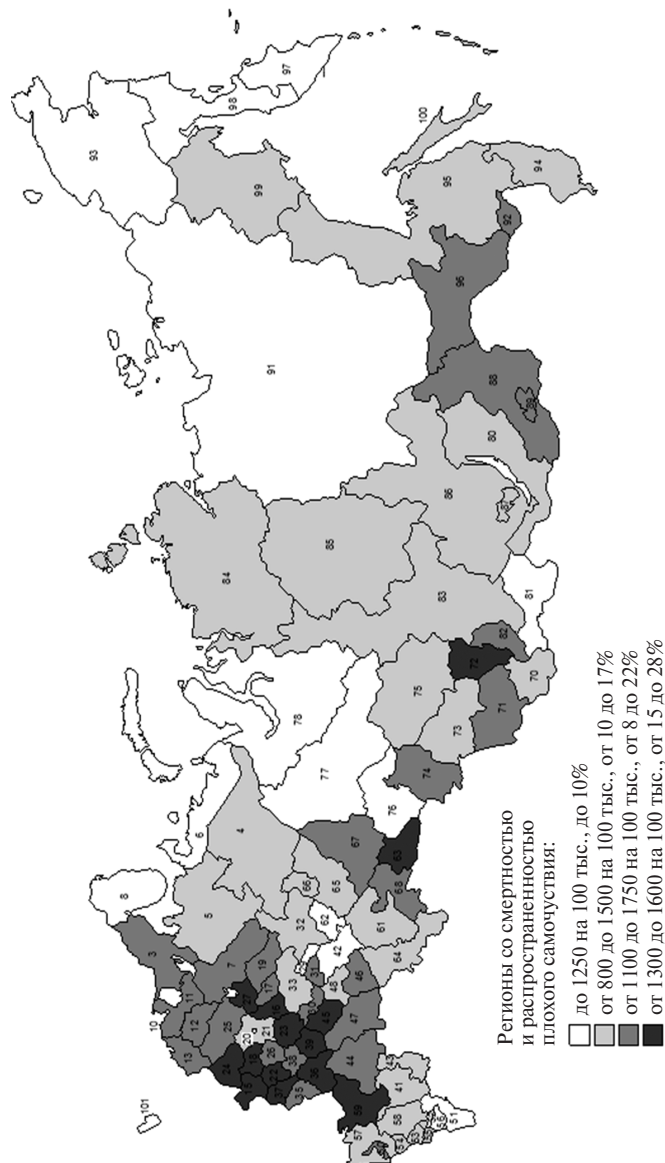


Рис. 6.17. Регионы России по уровню смертности (стандартизованный коэффициент смертности) и распространенности плохого самочувствия, 2018 г.

Примечание. Условные обозначения регионов см. приложение 2.

Источник: Расчеты А.В. Рамонова.

Таблица 6.6. Кластеры регионов России ($N = 85$) по показателям смертности-здоровья

№ группы	Количество	Смертность в среднем по группе, 2017 г.	Распространенность нездоровья, 2018 г., %	Примеры
1	17	861,6	7	Москва, Ингушская Республика, Республика Тыва, Ханты-Мансийский автономный округ
2	27	1196,6	13	Республика Бурятия, Санкт-Петербург, Республика Коми, Томская область
3	27	1408	15	Свердловская, Амурская области, Забайкальский край, Волгоградская область
4	14	1497,8	19	Ярославская, Курская, Рязанская, Курганская области

Источники: Статистика смертности Росстата; Выборочное наблюдение поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения, 2018 (Росстат); расчеты А.В. Рамонова.

Помимо регионов Центрального федерального округа, неблагоприятная ситуация также сложилась в Курганской и Кемеровской областях. Отставание этих регионов затрудняет рост ОПЗЖ.

6.7. Динамика младенческой смертности в России за пять десятилетий на фоне тенденций в развитых странах

6.7.1. Отставание России от большинства развитых стран постепенно сокращается

На протяжении многих десятилетий младенческая смертность в России имеет в целом тенденцию к снижению, несмотря на отдельные периоды временного роста показателя, которые

не были большими по величине. Столь выраженных подъемов и откатов, как наблюдались для ожидаемой продолжительности жизни, в динамике младенческой смертности не было. Сравнивая динамику младенческой смертности и ожидаемой продолжительности жизни, можно сделать выводы о хороших результатах в области снижения смертности младенцев в России. Однако в сравнении с другими странами российские успехи не выглядят столь уж радужными.

Период с начала 1960-х годов для большинства развитых стран, как и для России, характеризуется постоянным снижением младенческой смертности (и именно за счет этого снижения в течение некоторого периода шли снижение общей смертности и рост ожидаемой продолжительности жизни). Но темпы этого снижения в России и многих европейских странах отличались не в пользу России.

На рис. 6.18 представлены страны, в которых в начале 1960-х показатель младенческой смертности был выше, а в некоторых случаях сильно выше или сопоставим по уровню с российским. При этом в 1960-х Россия уже была страной со средним (или даже ниже среднего) уровнем младенческой смертности. Радовали и темпы снижения показателя в эти годы. Но с середины 1970-х годов ситуация стала меняться, темпы снижения уровня младенческой смертности в России в этот период стали ниже, чем в других странах. Соответственно, большинство из представленных на рисунке стран стали достигать более низких показателей младенческой смертности, чем в России, а затем различия стали измеряться разами. Из стран, представленных на рисунке, мы не устаем повторять о примере Португалии, которая в начале 1960-х годов имела самую высокую младенческую смертность из рассматриваемых стран (более чем в 2 раза выше, чем в России), но далее постепенно смогла войти в число стран с минимальным ее показателем. За период с 1960 по 2018 г. уровень младенческой смертности в Португалии снизился в 24 (!) раза. Серьезных успехов добились и другие страны из представленных на рис. 6.18. Почти все они стали входить в группу стран с минимальными или очень низкими уровнями младенческой смертности, так как в них отмечается более значительное снижение уровня младенческой смертности, чем в России. Почти за семь десятилетий уровень младенческой смертности сни-

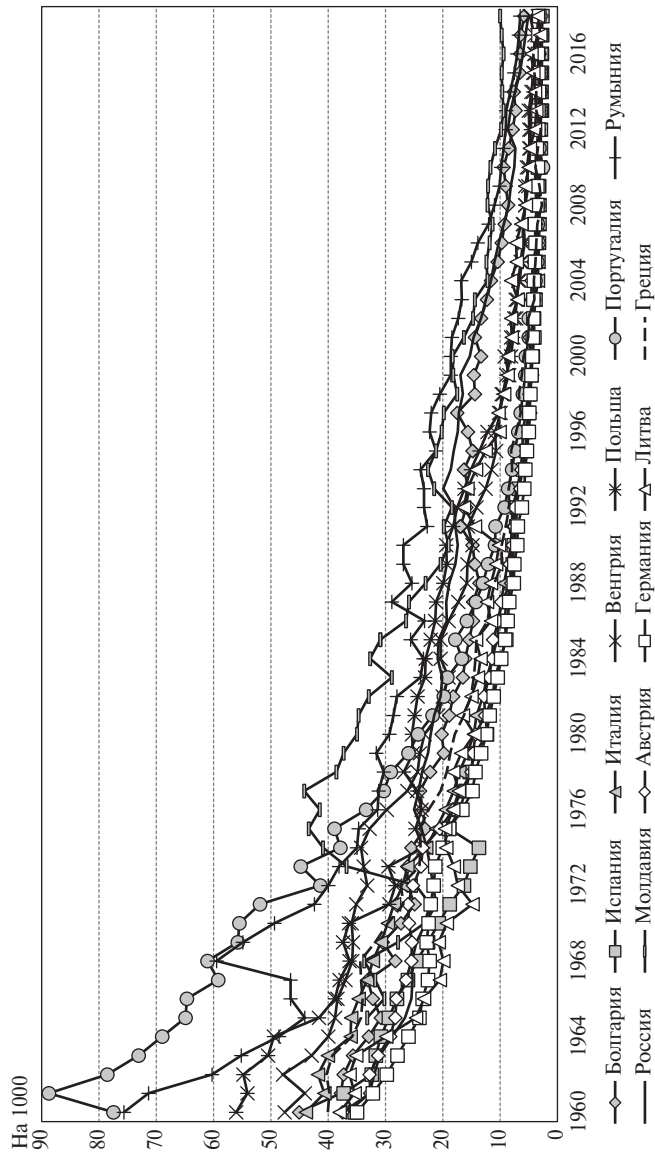


Рис. 6.18. Коэффициент младенческой смертности в России и некоторых развитых странах, 1960–2018 гг., на 1000 рожденных живыми

Источники: Данные Евростата и Росстата; расчеты авторов.

зился в 16 раз в Италии, в 14 раз — в Венгрии, Австрии и Испании, в 12 раз — в Польше и Румынии, в 11 раз — в Греции, Германии и Литве, в 7,8 раза — в Болгарии. В России же уровень младенческой смертности снизился в 7,2 раза, т.е. российские темпы снижения были существенно ниже.

В то же время можно выделить в Европе группу аутсайдеров — Молдавию, Болгарию и Румынию — страны, в которых уровень младенческой смертности был выше российского как в 1960 г. (в Румынии уровень в 1960 г. был сопоставим с уровнем в Португалии), так и в 2018-м.

Значительная доля снижения уровня младенческой смертности в развитых странах, добившихся за семь десятилетий ее серьезного снижения, приходится на 1970–1980-е годы, а в России — на 1960-е. Но уровень младенческой смертности в странах снижался и далее, пусть и немного другими темпами. Поэтому рассмотрим изменение уровня младенческой смертности в развитых странах в последние 30 лет (рис. 6.19). Наибольших успехов в снижении младенческой смертности добилась Эстония (7,8 раза), притом что за период с 1960 по 2018 г. младенческая смертность в этой стране снизилась очень существенно (19,4 раза) и началось это снижение с более низкого уровня, чем в приводимой в пример Португалии, а также в России. В постсоветский период в Эстонии снижение продолжалось значительными темпами. Также за последние 30 лет существенно снизилась младенческая смертность в Венгрии (4,6 раза), Польше (4,1), Португалии и Румынии (по 4,0). Наименьшее снижение из рассматриваемых стран отмечено в Болгарии и Молдавии (по 2,3 раза). В России же за этот период снижение составило 3,7 раза. Необходимо отметить, что во всех странах, где отмечается более значительное снижение уровня младенческой смертности, произошли серьезные изменения в организации и финансировании системы здравоохранения в целом и в отношении к здоровью каждого человека как государства, так и самих жителей этих стран.

При анализе динамики младенческой смертности необходимо учитывать, что в конце XX — начале XXI в. все развитые страны постепенно перешли на использование при расчете младенческой и перинатальной смертности определений живо- и мертворождения, рекомендованных ВОЗ. В России официальная статистика

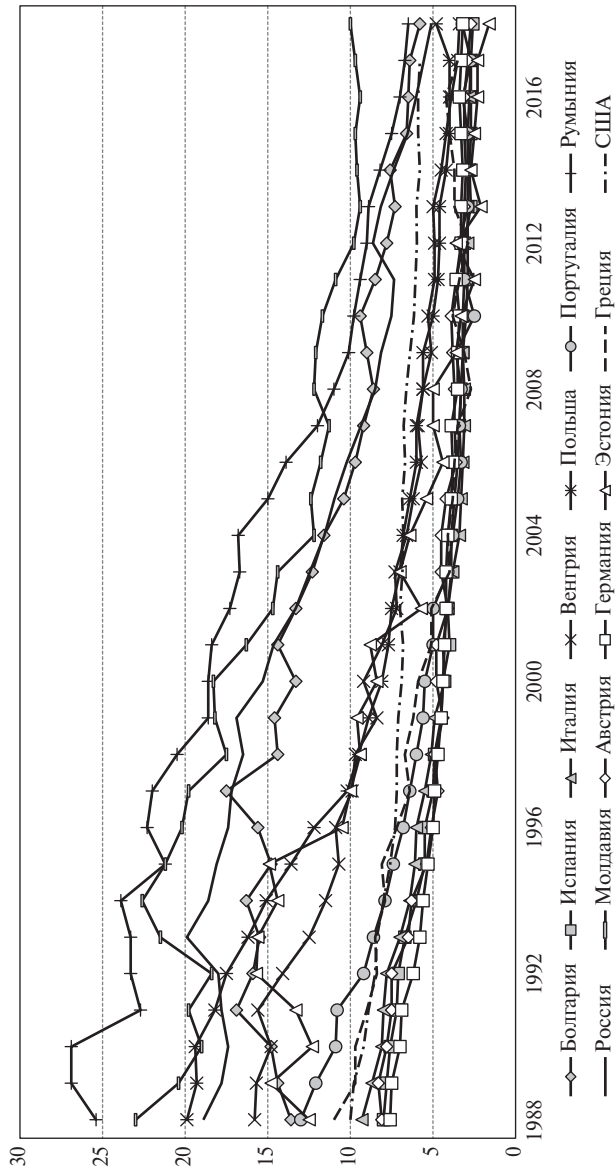


Рис. 6.19. Коэффициент младенческой смертности в некоторых развитых странах, 1988–2018 гг., на 1000 рожденных живыми

Источники: Данные Евростата и Росстата; расчеты авторов.

(а не статистика Минздрава) стала использовать полное определение ВОЗ при расчете показателей младенческой только с 2012 г. Поэтому коэффициенты младенческой смертности, рассчитанные за предыдущие годы, фактически были еще выше, а различия по уровню младенческой смертности между Россией и развитыми странами — более существенными.

На рис. 6.19 приведены данные США, где за 30 лет младенческая смертность снизилась всего в 1,7 раза и на протяжении последних лет ее уровень почти не меняется. Но надо также принять во внимание, что в США действует более широкое, чем в других странах, определение живорождения, в котором учитываются дети, родившиеся не с 22-й, а с 20-й недели беременности, а в некоторых штатах учитываются дети, родившиеся с массой тела от 350 г (в большинстве стран — от 500 г)¹³. Если рассчитать для США коэффициент младенческой смертности по определению, близкому к используемому большинством стран, то показатель станет существенно меньше: в 2017 г. — 4,8‰¹⁴ против 5,8‰, официально опубликованного американским статистическим агентством. Эту разницу в методологических подходах необходимо учитывать при сравнении России и США.

Несмотря на сохранение отставания России от большинства промышленно развитых стран, отрадно видеть, что разность между Россией и этими странами по уровню младенческой смертности постепенно сокращается. Достигнутый к 2018 г. Россией уровень младенческой смертности был почти в 2,5 раза выше, чем в странах с наименьшими ее значениями, а также существенно выше, чем во многих других европейских странах, включая страны Восточной Европы и часть стран — бывших республик СССР. Эта разница между Россией и странами с низкими показателями младенческой смертности в последние годы уменьшается, хотя и довольно медленно. При этом надо учитывать, что это уменьшение достигается в том числе за счет того, что в странах с минимальными показателями младенческой смертности в последнюю пару лет достигнут

¹³ Health, United States, 2016: with chartbook on long-term trends in health. Hyattsville, National Center for Health Statistics. 2017. P. 396.

¹⁴ Health at a glance 2019. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2019. P. 81.

некоторый барьер для дальнейшего снижения, который они пока не могут преодолеть.

Коэффициент младенческой смертности, близкий к зафиксированному в России в 2018 г. (5,1‰), отмечался в Финляндии и Швеции в 1992 г., во Франции — в 1996, в Чехии — в 1998, в Португалии и Нидерландах — в 2000, в Венгрии — в 2009, в Польше — в 2010 г. и т.д.

В целом за полвека (с 1967 по 2017 г.) место России среди 29 развитых стран по уровню младенческой смертности, увы, значительно снизилось (рис. 6.20). Если в 1967 г. Россия входила в группу стран со средними значениями показателя, то в 2017 г. она была уже среди стран с повышенными показателями.

6.7.2. Возрастная структура младенческой смертности: вклад раннего неонатального компонента снижается

Вероятность смерти в зависимости от возраста распределена неравномерно. Это относится и к детям раннего возраста, первого года жизни в особенности. Если в XIX — начале XX в. большая доля младенцев умирала в возрасте старше одного месяца, то спустя век ситуация поменялась — большая часть детей умирает в первые часы и дни жизни, т.е. в неонатальный (первые 27 дней жизни) и ранний неонатальный (первые 168 ч, или 7 дней, жизни) периоды. Организм человека в начале жизни очень уязвим и подвержен влиянию окружающей среды, носителей инфекций и проч. Чем меньше возраст младенца, тем тяжелее предотвратить его смерть, тем более если он уже родился с патологией. Далее, прожив ранний неонатальный и неонатальный периоды жизни, адаптировавшись к окружающей среде и получив при необходимости нужное и своевременное лечение, младенец имеет более высокие шансы на дальнейшую жизнь.

В России за последние 30 лет (с 1988 по 2018 г.) смертность от всех трех возрастных составляющих младенческой смертности снизилась, но динамика и темпы их изменения были разными (рис. 6.21).

Сильнее всего снизилась ранняя неонатальная смертность — в 5 раз (младенческая смертность в целом за этот период снизилась в 3,7 раза). В то же время снижение смертности от ранней неонатальной составляющей не было однонаправленным. Так, с конца

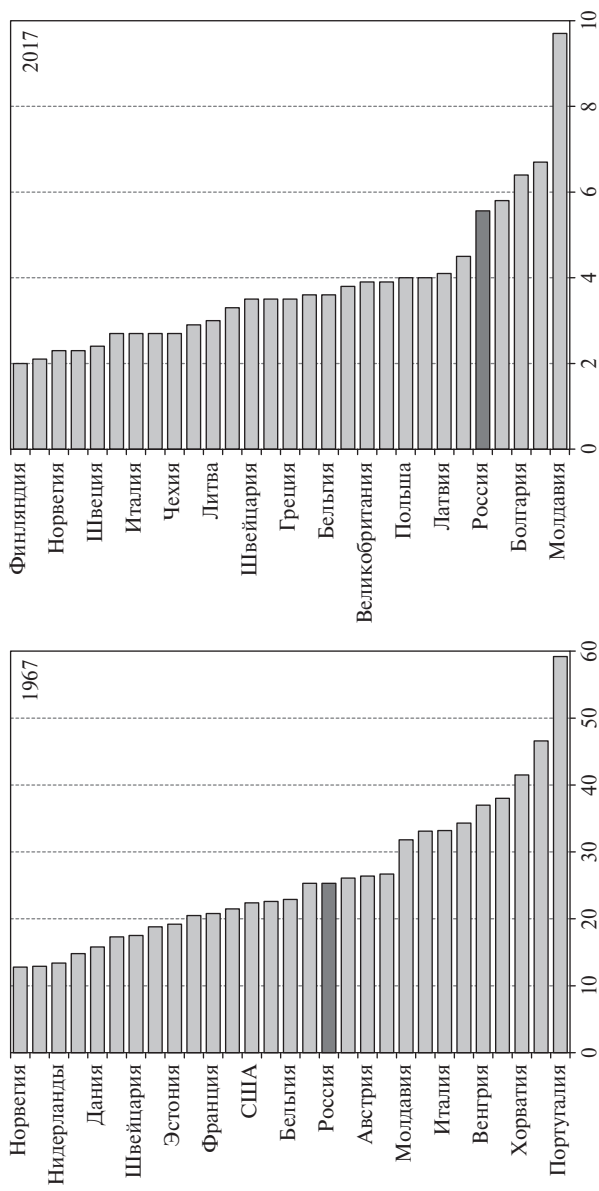


Рис. 6.20. Коэффициент младенческой смертности в России и других развитых странах, 1967 и 2017 гг., на 1000 рожденных живыми

Источники: Данные Евростата и Росстата; расчеты авторов.

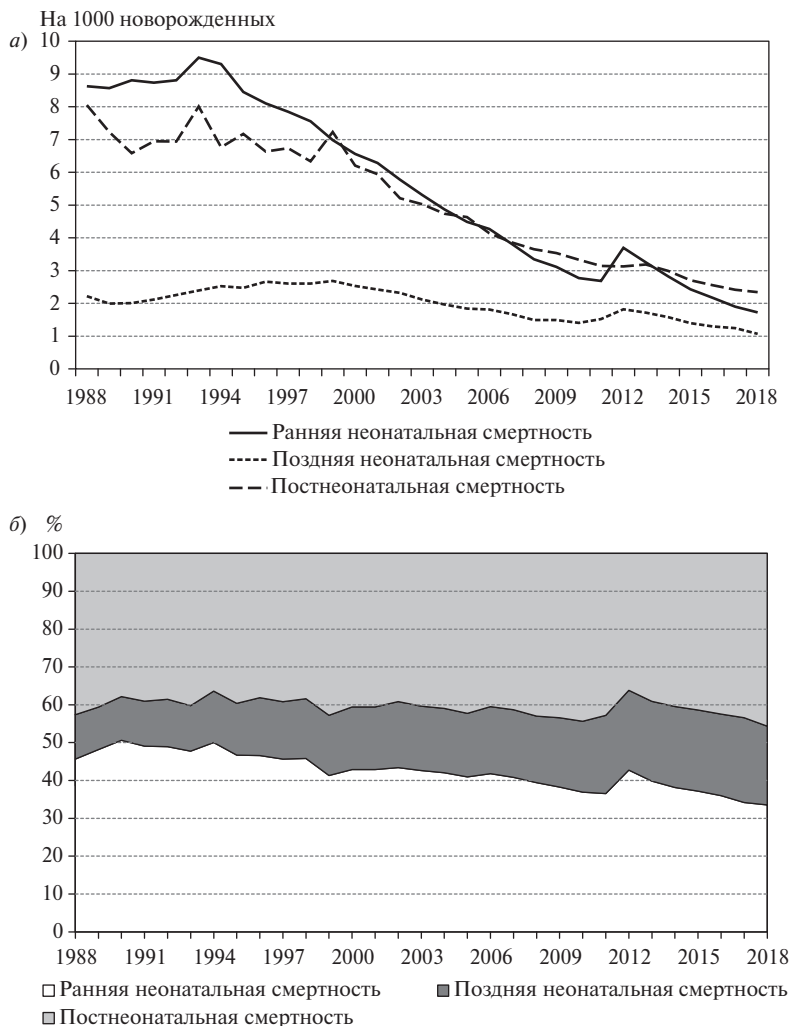


Рис. 6.21. Возрастные составляющие младенческой смертности в России — коэффициенты, на 1000 новорожденных (а) и структура (б), %, 1988–2018 гг.

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

1980-х и до 1993 г. наблюдался даже рост смертности детей в возрасте до 7 дней. Далее снижение коэффициента ранней неонатальной смертности восстановилось, прерывавшись лишь в 2012 г. Подскок был связан с полным переходом в российской статистике на использование определения живорождения, рекомендованного ВОЗ.

Особую тревогу вызывает вторая составляющая младенческой смертности — поздняя неонатальная смертность. На протяжении трех десятилетий ее уровень снизился всего в 2,1 раза. Более того, на протяжении 1990-х годов наблюдался рост смертности детей в возрасте 7–28 дней жизни. Рост показателя был зафиксирован и в 2011–2012 г. Можно было предположить, что, по крайней мере частично, этот рост связан с изменением определения живорождения, но официально переход на определение ВОЗ произошел в 2012 г., а рост коэффициента был отмечен и в 2011 г. Такая динамика свидетельствует о том, что на этот возрастной интервал в жизни ребенка до одного года не обращается пристального внимания, а это могло бы стать хорошим резервом для уменьшения уровня всей младенческой смертности.

Третья составляющая младенческой смертности — постнеонатальная смертность — за 30 лет снизилась в 3,4 раза. В 1990-х годах уровень смертности от этой составляющей изменялся зигзагообразно. Изначально уровень постнеонатальной смертности был ниже ранней неонатальной. Но из-за более низких темпов снижения постнеонатальной смертности с конца 1990-х уровни смертности от этих двух составляющих сильно сблизились, а с 2007 г. уровень постнеонатальной смертности стал выше ранней неонатальной и различие между коэффициентами с годами увеличивалось (скачок 2012 г. связан с изменением определения живорождения). И это еще раз говорит о необходимости обратить более пристальное внимание на младенцев в возрасте старше 7 дней жизни, на проблемы в наблюдении за ними как в медицинских организациях, так и в домашних условиях.

В течение трех десятилетий в динамике относительного вклада компонентов в уровень младенческой смертности можно выделить несколько тенденций (см. рис. 6.21, а). Прежде всего снижение доли умерших в ранний неонатальный период, которая за 1988–2018 гг. снизилась с 46 до 34%, оставаясь при этом на от-

носителем низкого уровня по сравнению с развитыми странами. Одновременно наблюдается постепенный рост доли поздней неонатальной составляющей — с 12 до 21%. В результате общая доля неонатальной смертности снизилась с 57 до 54%, но при этом вклад поздней неонатальной смертности вырос с 43 до 46%.

В целом за 1988–2018 гг. более 50% снижения младенческой смертности дало снижение ранней неонатальной смертности, 42% — постнеонатальной и только 8% — поздней неонатальной смертности.

В последние десятилетия доля неонатального компонента в большинстве стран Европейского региона, достигших очень низких уровней младенческой смертности, остается относительно стабильной — на уровне 60–70%, а раннего неонатального — 40–55% при слабой тенденции к снижению.

В России в течение последних лет доля как ранней неонатальной, так и всей неонатальной смертности ниже, чем во многих развитых странах (рис. 6.22). Справедливо считается, что неонатальная смертность во многом характеризует эффективность работы служб здравоохранения, помощи беременным и роженицам, ухода и лечения недоношенных детей. В последние годы в развитых странах все больше внимания уделяется развитию высокотехнологичной медицинской помощи, эффективной для снижения ранней неонатальной и неонатальной смертности в целом.

Уровень смертности населения тесно связан с его социально-демографическими признаками — возрастом, местом проживания, образованием и т.д. В частности, доказано, что чем выше уровень образования населения, тем ниже его смертность¹⁵. В младенческой смертности также есть подобные взаимосвязи: чем выше уровень образования матери, тем ниже у них смертность младенцев. Имеется также взаимосвязь и с возрастом матери при рождении ребенка¹⁶. Для анализа уровня младенческой смертности по соци-

¹⁵ Харьковская Т.Л., Никитина С.Ю., Андреев Е.М. Зависимость продолжительности жизни от уровня образования в России // Вопросы статистики. 2017. № 7. С. 61–69; Shkolnikov V.M., Andreev E.M., Jasilionis D. et al. The changing relation between education and life expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s // Journal of Epidemiology and Community Health. 2006. Vol. 60. No. 10. P. 875–881.

¹⁶ Андреев Е.М., Кваша Е.А. Младенческая смертность в разных образовательных группах в конце 1980-х — начале 1990-х годов // Вопросы статис-

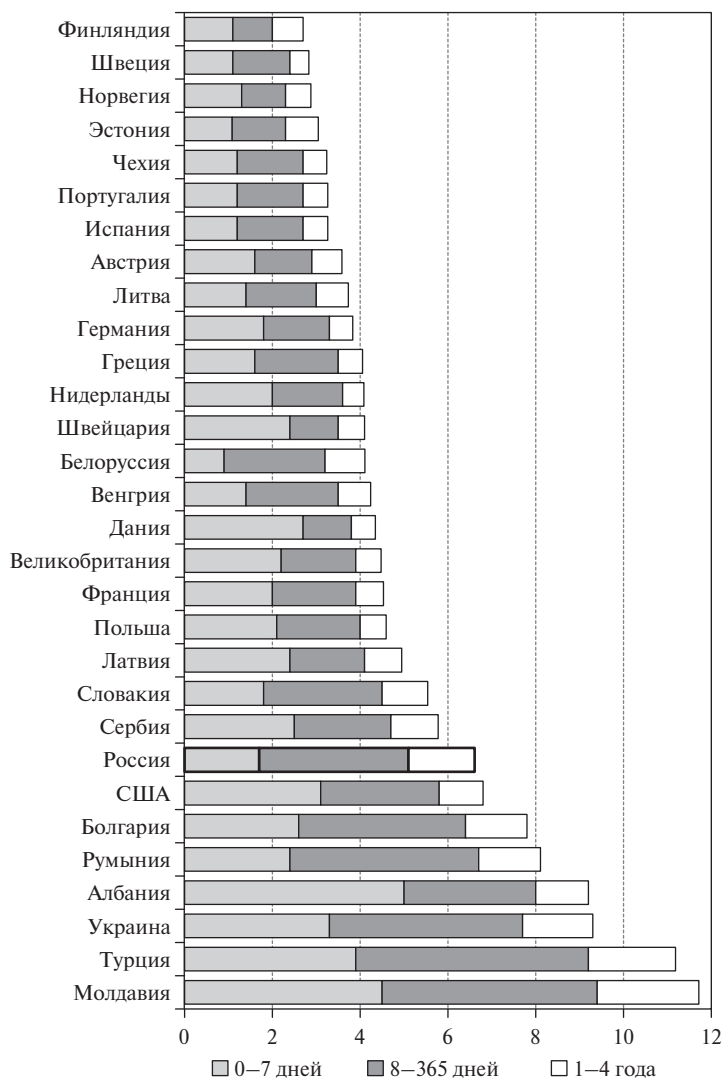


Рис. 6.22. Структура коэффициента детской смертности по периодам жизни детей в ряде стран, 2017 г., %

Источники: Данные Евростата и Росстата; расчеты авторов.

ально-демографическим признакам необходимо иметь данные о числе родившихся и умерших детей с соответствующими признаками их матерей. С 1988 по 1996 г. в России Росстатом разрабатывалась форма статистической отчетности А04, из которой можно было получить информацию о родившихся и умерших детях по уровню образования матери. После этого долгое время подобная информация не разрабатывалась. С 2011 г. Росстат стал собирать сведения о родившихся по возрасту матери и массе тела при рождении, возрасту и образованию матери, а также по мертворожденным детям и умершим детям до одного года, в том числе и в ранний неонатальный период, собираются сведения о возрасте матери и массе тела ребенка при рождении. Комбинационные таблицы позволяют рассчитать ряд показателей младенческой смертности с учетом социально-демографических характеристик матери, что, в свою очередь, подскажет, куда нужно прежде всего направлять усилия для снижения общего уровня младенческой смертности. Но в первые годы сбора этих данных возникла одна проблема — большая часть умерших приходилась на детей с неизвестным возрастом, неизвестным образованием матери, а также неизвестной массой тела ребенка при рождении. Постепенно доля подобных «неизвестных» становилась меньше, но до сих пор по ряду признаков остается довольно существенной. Например, в 2018 г. доля умерших детей у матерей с неизвестным уровнем образования составляла 34%. Качество данных о родившихся и умерших в ранний неонатальный период по возрасту матери лучше (в 2018 г. не указавших возраст при рождении ребенка было 5%, а вот не указавших возраст матери умершего ребенка — 14%).

Мы рассчитали возрастные коэффициенты ранней неонатальной смертности по России в разрезе возрастных групп матерей за 2014–2018 гг. (табл. 6.7). Наименьший уровень ранней неонатальной смертности фиксируется у матерей в возрасте 25–29 лет. При этом сильнее всего ранняя неонатальная смертность за пять лет снизилась у женщин в возрасте 20–24 лет. Конечно, из-за значительной доли не указавших возраст матери при смерти ребенка

тики. 2005. № 2. С. 54–58; *Кваша Е.А.* Социальная дифференциация младенческой смертности в России // Смертность и здоровье: тенденции, методы изучения, прогнозы / под ред. М.Б. Денисенко, Г.Ш. Бахметовой. М.: Макс Пресс, 2007. С. 237–255.

Таблица 6.7. Коэффициенты ранней неонатальной смертности по возрасту матери, Россия, 2014–2018 гг., на 1000 живорождений в соответствующем возрасте

Год	Всего	В том числе в возрасте, лет						
		До 17	18–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40 и старше
2014	2,8	2,8	2,9	2,4	2,2	2,6	3,3	4,1
2015	2,4	2,7	2,2	2,2	1,8	2,1	2,8	4,0
2016	2,2	2,1	2,1	1,9	1,6	1,9	2,5	2,8
2017	1,9	2,8	1,8	1,5	1,5	1,7	2,4	2,9
2018	1,7	1,8	1,8	1,3	1,2	1,5	2,0	2,6

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

сравниваться коэффициенты по возрастам должны с большой осторожностью, но, видимо, общая картина нами оценивается верно.

Как уже было сказано, считается, что уровень ранней неонатальной смертности тесно связан с развитием доступности здравоохранения в стране, качеством работы этой системы, а также уровнем ее финансирования. Тесная и прямая взаимосвязь уровня ранней неонатальной смертности и уровня расходов (затрат) на работу системы здравоохранения в стране видна на рис. 6.23: чем выше в стране уровень текущих расходов на здравоохранение, тем ниже показатели ранней неонатальной смертности.

6.7.3. Структура младенческой смертности по причинам смерти в последние годы остается стабильной

Структура смертности детей в возрасте до одного года по причинам смерти имеет свою специфику и сильно отличается от структуры смертности всех других возрастных групп. Однако в долгосрочной ретроспективе эта структура сильно изменилась. Изменения происходили во всех странах, в наиболее развитых они начались раньше, в менее развитых — позднее, но в своих принципиальных чертах шли в одном направлении.

В 1960–1970-х годах основной вклад в младенческую смертность вносили так называемые экзогенные причины смерти, т.е. связанные с воздействием на человека внешних факторов (табл. 6.8). Начиная с 1980-х годов структура смертности детей до одного года по причинам смерти стала меняться, и лидирующие

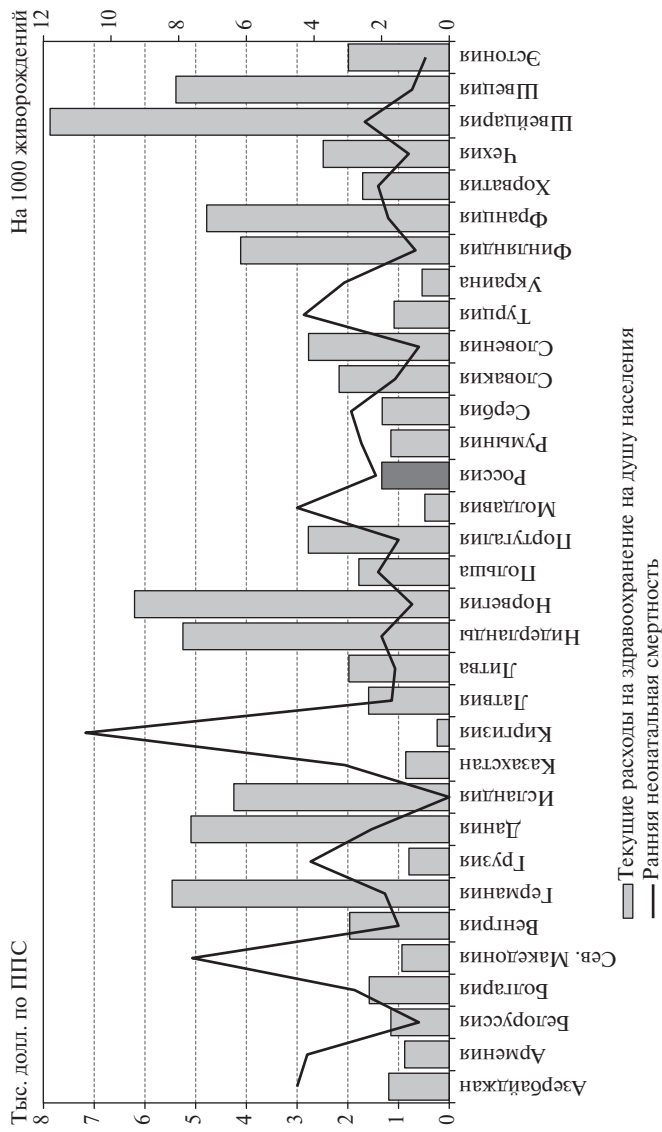


Рис. 6.23.

Текущие расходы на здравоохранение по оценке ВОЗ (тыс. долл. по ППС) и коэффициент ранней неонатальной смертности (на 1000 родившихся живыми), Россия и ряд других стран, 2016 г.

Источники: Данные Евростата, ВОЗ и Росстата; расчеты авторов.

Таблица 6.8. Коэффициенты младенческой смертности по причинам смерти и вклад отдельных причин смерти в число умерших в возрасте до одного года, Россия, 1964—2018 гг.

Причины	1964	1970	1990	2000	2010	2012	2015	2016	2017	2018
<i>Коэффициент младенческой смертности, ‰</i>										
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	22,1	12,8	13,4	9,2	3,0	3,1	2,5	2,3	2,4	2,2
Болезни системы кровообращения	0,1	0,1	0,5	1,2	1,3	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7
Болезни органов дыхания	112,2	86,0	24,7	16,5	4,6	4,1	3,1	2,8	2,5	2,4
Болезни органов пищеварения	28,7	10,7	1,1	0,9	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
Врожденные аномалии	24,5	30,8	37,0	35,5	18,2	18,5	13,9	13,4	12,1	11,4
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	70,2	70,1	80,1	67,7	34,5	48,1	34,6	31,3	28,7	25,4
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	8,0	1,2	2,3	7,3	4,4	4,1	3,0	2,7	2,5	2,5
Внешние причины	7,8	10,5	7,1	9,7	4,7	4,3	3,7	3,3	3,1	3,3
Другие причины	14,4	8,3	7,8	5,3	3,9	3,1	3,2	3,4	3,2	2,7
Всего	288,0	230,5	174,0	153,3	75,1	86,4	65,2	60,2	55,6	50,9
<i>Доля, %</i>										
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	7,7	5,6	7,7	6,0	4,1	3,6	3,8	3,8	4,4	4,4
Болезни системы кровообращения	0,0	0,0	0,3	0,8	1,8	0,7	1,2	1,1	1,3	1,3
Болезни органов дыхания	39,0	37,3	14,2	10,7	6,2	4,7	4,7	4,6	4,5	4,7
Болезни органов пищеварения	10,0	4,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,5	0,6
Врожденные аномалии	8,5	13,4	21,3	23,1	24,2	21,4	21,4	22,3	21,8	22,3
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	24,4	30,4	46,0	44,2	45,9	55,7	53,0	52,0	51,6	49,8
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	2,8	0,5	1,3	4,8	5,8	4,7	4,6	4,4	4,4	5,0
Внешние причины	2,7	4,6	4,1	6,3	6,3	5,0	5,6	5,5	5,6	6,0
Другие причины	4,7	3,6	4,5	3,5	5,2	3,5	4,9	5,6	5,8	5,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Источники: Данные Росстата; расчеты авторов.

позиции стали занимать другие, по преимуществу эндогенные, причины смерти (связанные с внутренними проблемами развития человеческого организма).

В настоящее время именно такие причины вносят основной вклад в уровень и изменение младенческой смертности, в том числе его неонатальной составляющей в России и других странах с относительно низким уровнем смертности детей в возрасте до одного года.

За 2017–2018 гг. структура причин младенческой смертности претерпела не очень большие изменения. В 2018 г. на первом месте, как и в предыдущие годы, остается такой класс причин смерти, как «Отдельные состояния, возникающие в перинатальный период», на его долю приходится чуть менее половины всех смертей до одного года.

По сравнению с предыдущим годом вклад этого класса немного снизился. В целом в последние годы можно отметить тенденцию к постепенному снижению вклада этого класса причин смерти в общую смертность младенцев до одного года. Второе место также неизменно — оно принадлежит классу «Врожденные аномалии».

Доля этого класса по сравнению с предыдущим годом почти не изменилась. Суммарно на эти две группы причин смерти приходится чуть более 70% от всех умерших детей до одного года, и суммарный вклад этих причин также постепенно снижается. На третьем месте, как и в 2017 г., находятся «Внешние причины смерти», и вклад этого класса за один год вырос. При этом это единственный класс причин смерти, от которого пусть немного, но вырос и интенсивный показатель смертности. Вырос немного и вклад такого сложного и собирательного класса причин смерти, как «Симптомы, признаки и отклонения от нормы» (в этот класс часто включаются умершие, причину смерти которых не смогли отнести к другим классам причин смерти). В результате недавнего роста этот класс вышел на четвертое место, потеснив более понятные «болезни органов дыхания». Доля умерших от болезней органов дыхания также немного выросла.

Вызывает тревогу, что в России остаются значительными и уровень, и относительный вклад инфекционных и паразитарных болезней в младенческую смертность.

Как и в России, во всех промышленно развитых странах в структуре младенческой смертности по причинам смерти основную долю берут на себя два класса причин смерти эндогенного характера: «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» и «Врожденные аномалии» (табл. 6.9).

В большинстве рассматриваемых стран на долю этих причин приходится более 70–80% всех смертей детей в возрасте до одного года. В 2016–2017 гг. наименьшая доля смертей от них, как и в предыдущие годы, продолжает оставаться в Румынии и Молдавии, странах с одними из самых высоких уровней младенческой смертности среди развитых стран. Также выделяется Украина, в которой, в отличие от других стран, первое место в структуре причин смерти принадлежит классу «Врожденные аномалии», и вклад этого класса составляет более 50%. Соответственно, вклад класса «Перинатальные причины смерти» в Украине довольно низкий — 23%. Среди других национальных особенностей можно выделить продолжающую оставаться очень высокой долю умерших детей от болезней органов дыхания в Румынии, где этот класс причин смерти, в отличие от других стран, продолжает занимать второе место в структуре причин смерти младенцев. Такое распределение мест остается стабильным и вызывает тревогу.

Вероятнее всего, подобное отличие может быть связано с национальной спецификой кодирования причин смерти в этой и других странах. Остается довольно высокой доля умерших от болезней органов дыхания и в Молдавии, а также в Греции и Казахстане. В ряде стран, таких как Молдавия, Япония, Румыния, Греция, остается высокой доля умерших от инфекционных и паразитарных болезней.

Таблица 6.9. Доля основных причин смерти в общем числе умерших детей в возрасте до одного года в некоторых странах в 2016–2017 гг. и в России в 2018 г., %

Страна	Инфекционные заболевания	Новообразованная	Болезни эндокри- ной системы, расстройства питания и наруше- ния обмена веществ	Болезни нервной системы	Болезни системы кровеносных	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Врожденные аномалии	Причины перина- льной смерти	Симптомы и неточно обозначенные состояния	Внешние причины смерти	Другие причины	Коэффициент младенческой смертности, на 1000 родившихся живыми
Великобритания*	1,2	0,4	1,5	2,1	1,5	1,6	0,4	25,8	54,9	8,6	1,7	0,3	3,8
Венгрия**	3,3	0,6	0,9	2,1	1,2	1,5	0,3	27,4	55,4	4,8	1,8	0,6	3,6
Германия*	0,6	0,9	1,2	1,9	1,1	0,6	0,3	28,6	52,3	10,8	1,3	0,4	3,4
Греция*	2,6	0,5	1,3	1,8	0,0	7,5	0,0	27,8	56,4	1,0	0,8	0,3	4,2
Испания*	1,4	1,6	3,4	3,4	1,1	1,1	0,7	24,6	54,8	4,9	1,4	1,6	2,7
Казахстан**	4,4	0,7	0,3	2,6	2,2	6,3	1,0	23,4	50,9	3,0	5,1	0,3	8,0
Молдавия**	5,8	0,6	0,3	1,5	1,2	10,9	1,2	33,0	36,4	2,1	6,7	0,3	9,7
Норвегия*	0,8	2,5	1,7	1,7	0,8	0,0	0,0	29,7	53,4	8,5	0,8	0,0	2,0
Польша*	0,5	0,8	0,3	0,9	0,3	2,2	0,1	34,8	54,4	4,1	1,5	0,1	4,0
Португалия*	1,1	3,2	2,1	3,5	0,7	2,1	0,4	22,3	63,3	0,7	0,7	0,0	3,2
Россия	4,4	0,9	0,8	2,9	1,3	4,7	0,6	22,3	49,8	5,0	6,5	0,8	5,1
Румыния**	2,9	0,6	0,5	2,2	2,3	25,2	3,0	21,6	35,8	2,1	3,2	0,6	6,7
США*	2,4	0,5	0,8	1,3	2,0	2,3	0,8	20,8	49,1	12,1	7,1	0,9	5,8
Украина**	2,5	0,9	0,8	2,9	1,4	3,6	0,4	55,6	23,4	2,9	5,0	0,6	7,7
Финляндия*	0,0	2,9	5,8	2,9	0,0	1,0	0,0	34,0	44,7	7,8	0,0	1,0	2,0
Чехия**	0,3	0,3	1,6	2,0	4,3	2,0	0,7	17,4	57,6	11,2	2,0	0,7	2,7
Швейцария*	0,9	0,0	0,3	2,2	0,9	0,6	0,0	37,3	51,9	4,1	1,3	0,3	3,6
Япония*	3,6	1,4	1,3	1,7	2,4	5,0	3,3	34,4	26,4	14,1	5,4	1,1	2,0

* 2016 г.; ** 2017 г.

6.8. Реклассификация причин смерти группы «Повреждения с неопределенными намерениями» с целью оценки реального уровня смертности от убийств и самоубийств в России

Блок причин смерти «Повреждения с неопределенными намерениями» (ПНН) наряду с убийствами, самоубийствами и несчастными случаями является частью класса «Внешние причины заболеваемости и смертности» Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра¹⁷. Уровень смертности от ПНН в России начиная с 1990-х годов существенно вырос¹⁸.

Если в европейских странах, США и Японии стандартизованный коэффициент смертности (СКС) от ПНН с конца 1960-х годов в среднем составляет 5 на 100 тыс. человек у мужчин и 1 на 100 тыс. у женщин, то в России сохраняется десятикратное превышение в сравнении с другими странами¹⁹. Сейчас эта причина смерти бесспорно лидирует среди внешних причин у женщин с 2005 г., а у мужчин — с 2010 г., когда она обогнала убийства у женщин и самоубийства у мужчин (рис. 6.24)²⁰, а с 2014 г. она уже превышает совокупный уровень смертности от убийств и самоубийств. Исследователи считают эту причину «резервуаром» латентных самоубийств и особенно убийств²¹. На протяжении многих лет «ми-

¹⁷ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр. Женева: ВОЗ, 1995. Т. 1. Ч. 2.

¹⁸ *Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E. et al.* Russian mortality crisis and the quality of vital statistics // *Population Research and Policy Review*. 2008. No. 27. P. 551; Смертность от внешних причин в России с середины XX века / под общ. ред. А.Г. Вишневского. М.: Изд. дом ВШЭ, 2017.

¹⁹ *Васин С.* Смертность от повреждений с неопределенными намерениями в России и в других странах // *Демографическое обозрение*. 2015. Т. 2. № 1. С. 89–124; Смертность от внешних причин в России с середины XX века...

²⁰ *Юмагузин В.В.* Смертность от повреждений с неопределенными намерениями как показатель качества статистики смертности от внешних причин // *Аист на крыше. Демографический журнал*. 2017. № 5. С. 40–47.

²¹ *Andreev E.M., Shkolnikov V., Pridemore W.A., Nikitina S.Yu.* A method for reclassifying cause of death in cases categorized as “event of undetermined intent” //

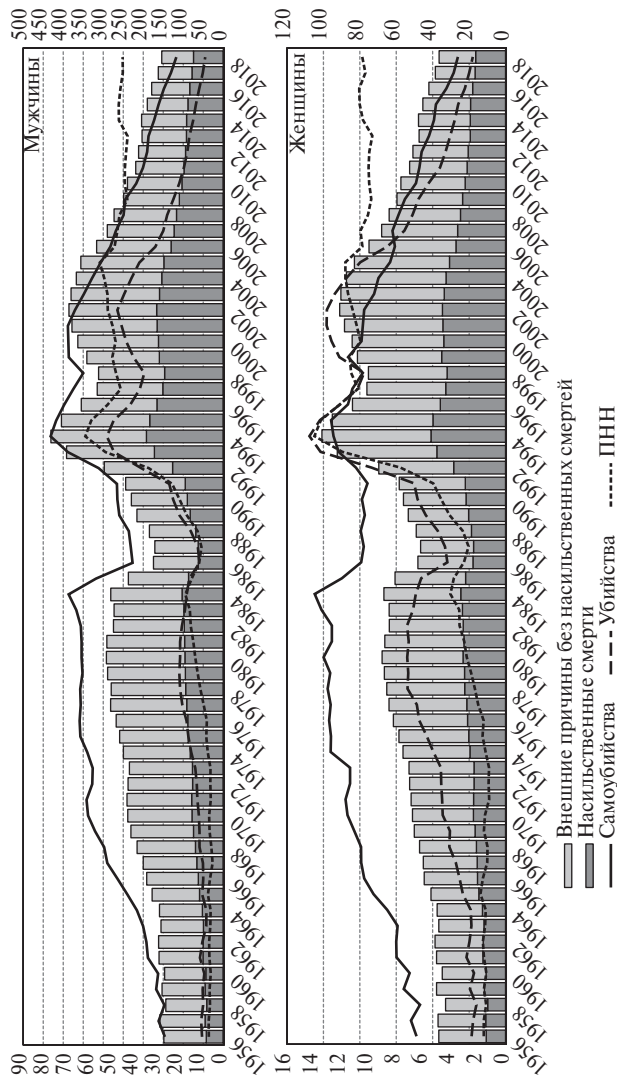


Рис. 6.24. Стандартизованные коэффициенты смертности от самоубийств, убийств, повреждений с неопределенными намерениями (левая ось), насильственных смертей (все три указанные причины совокупно) и внешних причин без учета насильственных смертей (правая ось), Россия, 1956–2018 гг., человек на 100 тыс. населения

Источник: Построено авторами по данным Российской базы данных по рождаемости и смертности (РосБРиС). Центр демографических исследований Российской экономической школы, Москва. URL: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data.

нимизация потерь от социально значимых причин путем перевода их в латентную форму» является типичной для России²². Поэтому при высоком уровне смертности от ПНН говорить о снижении смертности от самоубийств и убийств преждевременно²³.

В последние годы в структуре всех внешних причин (ВП) доля насильственных смертей (к которым авторы относят убийства, самоубийства и ПНН) достигла 40–45%, оставшаяся часть приходится на несчастные случаи. Это вынуждает предполагать, что внешние причины смерти не всегда случайны, но все чаще обладают внутренними и внешними мотивами. Более того, различия в кодировании ВП в субъектах РФ сделали региональный анализ смертности по отдельным видам внешних причин мало пригодным, поскольку в регионах с высокой долей ПНН смертность от других ВП будет занижена²⁴. К примеру, в среднем в 2014–2016 гг. в 43 регионах СКС от ПНН у мужчин был выше среднероссийского уровня, у женщин — в 41 регионе, при этом в 11 и 9 регионах у мужчин и женщин соответственно он превышал российский уровень в 2 раза, а в ряде регионов коды ПНН были проставлены в более чем половине всех случаев смертей от внешних причин (табл. 6.10). Среднее значение СКС от ПНН среди регионов для мужчин и женщин составило соответственно 47 и 11 человек на 100 тыс. населения, а медианное значение — 47 и 10. Стандартное отклонение СКС от ПНН среди регионов — 35 и 9 человек на 100 тыс. населения у мужчин и женщин соответственно.

Population Health Metrics. 2015. Vol. 13. No. 23. P. 1–25; *Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др.* Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 4 (32).

²² *Семенова В.Г., Никитина С.Ю., Гаврилова Н.С., Запорожченко В.Г.* Проблемы учета смертности от внешних причин // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. № 61 (4). С. 202–212.

²³ *Юмагузин В.В.* Указ. соч.; *Кваша Е.А., Харькова Т.Л., Юмагузин В.В.* Смертность от внешних причин в России за полвека // Демографическое обозрение. 2014. Т. 1. № 4. С. 68–95.

²⁴ *Антонова О.И.* Региональные особенности смертности населения России от внешних причин: дис. ... канд. экон. наук. М., 2007. С. 208; *Данилова И.А.* Смертность пожилых от внешних причин в России // Демографическое обозрение. 2014. № 2. С. 57–84.

Таблица 6.10. Дифференциация смертности от ПНН в регионах России, среднее за 2014–2016 гг.

Показатель	Мужчины		Женщины	
	Значение	Регион	Значение	Регион
СКС от ПНН, на 100 тыс. населения:				
минимальное значение	4	Республика Адыгея	1	Республика Адыгея, Пензенская область
максимальное значение	184	Республика Тыва	55	Республика Тыва
Минимальная доля ПНН в структуре СКС от ВП, %	2	Республика Адыгея	3	Республика Адыгея, Пензенская область
Регионы, в которых доля ПНН в структуре СКС от ВП выше 50%	65	Мурманская область	66	Мурманская область
	62	Астраханская область	61	Ростовская область
	61	Ростовская область	60	Астраханская область
	53	Сахалинская область	56	Магаданская область
	52	Магаданская область	52	Сахалинская область
	52	Хабаровский край		

Источник: Расчеты авторов по данным РосБРИС.

Высокая доля смертей от ПНН вносит существенную неопределенность в реальную картину смертности. Наряду с другими причинами смерти (например, XVIII класса «Симптомы, признаки...» МКБ-10), этот блок причин представляет так называемые мусорные коды, потому что они малоинформативны для демографического анализа. Для повышения продолжительности жизни, сбережения здоровья и сокращения людских потерь от преждевременной и предотвратимой смертности важно опираться на достоверную статистику смертности.

Поскольку в блоке ПНН скрыты преимущественно латентные убийства и самоубийства, имеет смысл, с одной стороны, рассмотреть все три причины вместе как общий уровень насильственной смертности²⁵, а с другой — попытаться перераспределить смертность от ПНН в пользу убийств, самоубийств и несчастных случаев. Оценка общего уровня насильственной смертности, имея достаточно простую формулу расчета, годится для быстрой ее оценки, однако такой подход дискредитирует саму идею МКБ. Поэтому остановимся более подробно на основных подходах в рекласификации смертности от ПНН²⁶.

В проектах ВОЗ «Глобальное бремя травматизма» и «Глобальные оценки здоровья» смерти от ПНН распределяются пропорционально среди остальных внешних причин²⁷. Однако пропорциональное распределение ПНН в странах и регионах с высокой смертностью от ПНН не принесет ожидаемых результатов из-за деформированной структуры смертности: при высокой доле ПНН наблюдаются низкие доли отдельных видов внешних причин (например, самоубийств), а значит, даже после перераспределения ПНН уровень исследуемой причины (в данном случае самоубийств) будет сильно заниженным. Например, в Астраханской области уровень СКС от самоубийств у мужчин в 2014–2016 гг. составил всего 1 на 100 тыс. человек, в долях это 2% от общей совокупности самоубийств, убийств и несчастных случаев. При обычном пропорциональном распределении ПНН, уровень смертности

²⁵ Юмагузин В.В. Указ. соч.

²⁶ Андреев Е. Плохо определенные и точно не установленные причины смерти в России // Демографическое обозрение. 2016. Т. 3. № 2. С. 103–142; Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Указ. соч.; Семенова В.Г., Никитина С.Ю., Гаврилова Н.С., Запорожченко В.Г. Указ. соч.; Andreev E.M., Shkolnikov V., Pridemore W.A., Nikitina S.Yu. Op. cit.; Yumaguzin V.V., Vinnik M.V. Assessing data on mortality from external causes: Case study of the Republic of Bashkortostan // Studies on Russian Economic Development. 2017. Vol. 28. No. 1. P. 97–109; Юмагузин В.В., Винник М.В. Оценка реального уровня убийств и самоубийств в регионах России // Социологические исследования. 2019. № 1. С. 116–126; Юмагузин В.В., Винник М.В. Смертность молодежи от внешних причин в Южном федеральном округе // Здоровый образ жизни студенческой молодежи: проблемы и перспективы развития и совершенствования / под общ. ред. В.И. Филоненко. Таганрог: Изд-во Южного федерального университета, 2019. Гл. 2.5. С. 214–236.

²⁷ Васин С. Указ. соч.

от которых там очень высок и составляет 110 на 100 тыс. человек, мы получим только четырехкратное увеличение уровня самоубийств. Доля несчастных случаев в этой области равна 93%, поэтому пропорциональное распределение в наибольшей степени отразится на этих видах внешних причин: рост составит 2,6 раза — с 64 до 165 человек на 100 тыс. населения.

В работе В.В. Юмагузина, М.В. Винник²⁸ также применяется пропорциональное распределение, однако вместо структуры смертности самого региона используется структура смертности искусственно сконструированного региона. Для его определения регионы были проранжированы по уровню СКС от ПНН по возрасту и отобраны лучшие из них (т.е. с минимальными значениями этого показателя) с учетом среднего уровня ПНН в России. Для мужчин такая граница была определена авторами на уровне 40 смертей на 100 тыс. человек (в РФ в среднем — 47), для женщин — 10 смертей на 100 тыс. (в РФ в среднем — 11). На основе отобранных регионов — 34 региона у мужчин и 36 регионов у женщин — был сконструирован единый регион для каждого пола, рассчитаны среднеарифметические СКС от ПНН, убийств, самоубийств и несчастных случаев; этот регион назван лучшим. Далее была использована структура (в процентах) ВП в лучшем регионе с учетом и без учета ПНН.

*Гипотезы перераспределения СКС
от внешних причин в регионах*

Гипотеза 1. Использована средняя структура ВП в лучшем регионе с учетом ПНН. Подход заключается в распределении всех внешних причин в регионе по структуре ВП лучшего региона:

$$\text{Новый СКС}_i^{\text{регион}} = \text{СКС}_{\text{ВП}}^{\text{регион}} \times w_i^{\text{с учетом ПНН}}, \quad (6.1)$$

где i — причина смерти; w — доля этой причины в лучшем регионе.

Данная гипотеза наиболее проста в расчетах и дает картину смертности в первом приближении. Недостаток этой гипотезы в том, что оценочные значения убийств и самоубийств могут оказаться меньше фактических, в действительности же эти причины

²⁸ Юмагузин В.В., Винник М.В. Оценка реального уровня убийств и самоубийств...

смерти и так недооценены. Также в этой гипотезе уровень ПНН выше нуля, т.е. не все ПНН будут перераспределены. Вместе с тем данная гипотеза дает более корректные доли убийств, самоубийств и несчастных случаев за счет более низкой доли ПНН, чем если бы мы использовали сильно деформированную структуру смертности конкретного региона или даже российскую структуру смертности в целом (см. первые две строки у мужчин и женщин в табл. 6.11).

Таблица 6.11. Структура класса «Внешние причины заболеваемости и смертности» в лучшем регионе и в России, среднее за 2014–2016 гг., %

Регион	ПНН		Убийства		Самоубийства		Несчастные случаи		Все ВП	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Лучший регион, с учетом ПНН	11	12	8	9	20	14	61	65	100	100
Россия, с учетом ПНН	24	24	6	8	15	11	54	58	100	100
Лучший регион, без учета ПНН	0	0	9	10	23	16	69	74	100	100
Россия, без учета ПНН	0	0	8	10	20	14	71	76	100	100

Примечание. М — мужчины, Ж — женщины.

Источник: Расчеты авторов по данным РосБРИС.

Гипотеза 2. Используем среднюю структуру ВП в лучшем регионе с учетом ПНН. При этом новый уровень ПНН равен ВП минус новые уровни убийств, самоубийств и несчастных случаев:

$$\begin{aligned} \text{Новый КСК}_{\text{ПНН}}^{\text{регион}} &= \text{КСК}_{\text{ВП}}^{\text{регион}} - \text{Новый КСК}_{\text{убийства}}^{\text{регион}} - \\ &- \text{Новый КСК}_{\text{самоубийства}}^{\text{регион}} - \text{Новый КСК}_{\text{несч.случаи}}^{\text{регион}}, \end{aligned} \quad (6.2)$$

где $\text{Новый КСК}_i^{\text{регион}} = \text{КСК}_i^{\text{регион}} + w_i^{\text{с учетом ПНН}}$.

Эта гипотеза устраняет недостаток предыдущей: новый уровень убийств, самоубийств и несчастных случаев не может оказаться ниже фактических значений, так как новые оценки получаются с помощью добавления распределенной части ПНН к существующим уровням смертности по отдельным причинам. Однако

и в этом случае оставшаяся нераспределенной часть ПНН все еще остается выше нуля.

Гипотеза 3. Используем среднюю структуру ВП в лучшем регионе без учета ПНН. Кроме того, в отличие от гипотезы 2, в этом подходе изначально определяем СКС от ПНН равным нулю, что позволяет перераспределить все смерти от ПНН. По сравнению с предыдущими гипотезами мы получим наиболее высокие оценки уровней убийств, самоубийств и несчастных случаев, которые, вероятно, ближе всего к реальной картине травматической смертности:

$$\text{Новый СКС}_{\text{ПНН}}^{\text{регион}} = 0.$$

Наблюдаемый уровень от ПНН мы распределяем по оставшимся причинам смерти:

$$\text{Новый СКС}_i^{\text{регион}} = \text{СКС}_i^{\text{регион}} + \text{СКС}_{\text{ПНН}}^{\text{регион}} \times w_i^{\text{без учета ПНН}}. \quad (6.3)$$

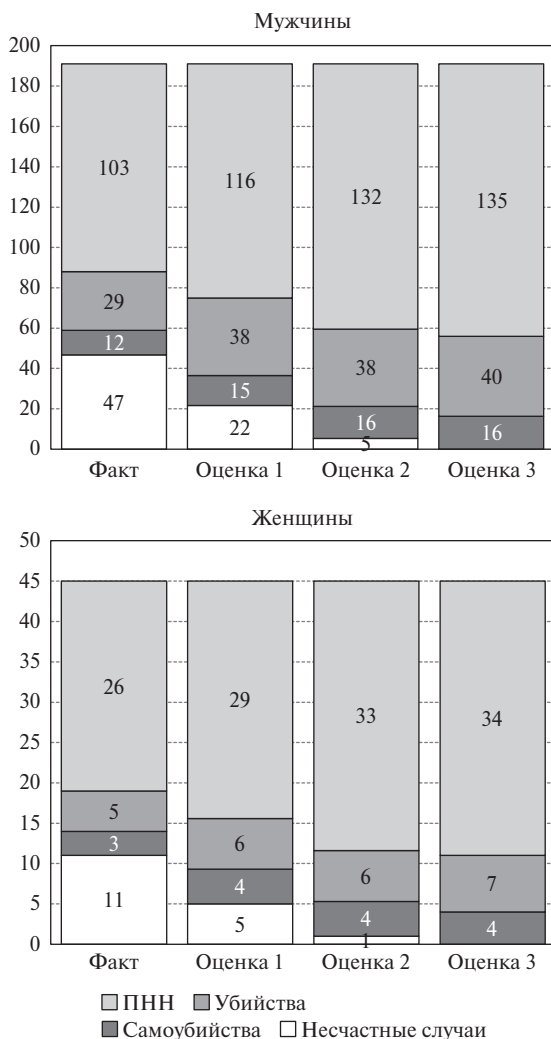
В зависимости от гипотезы перераспределения смертей от ПНН получены несколько отличные результаты (рис. 6.25, табл. 6.12).

Возвращаясь к Астраханской области, отметим, что уровень смертности от самоубийств у мужчин в области вырос до 24–36 человек на 100 тыс., или в 16–25 раз (в зависимости от гипотезы); это привело также к более адекватной структуре смертности внутри всего класса внешних причин в этом регионе. Возможно, применение модельного региона приводит к потере определенных особенностей регионов по уровню смертности от отдельных причин (где-то действительно больше убийств, где-то — самоубийств), поскольку различия становятся менее выраженными. Однако в случае высоких уровней смертности от ПНН данный подход к реконструкции уровня смертности более предпочтителен, чем простое пропорциональное распределение смертей от ПНН.

Для более основательной оценки уровней насильственной смертности используются сложные вероятностные методы²⁹, а также принимается во внимание способ реализации инцидента³⁰.

²⁹ Andreev E.M., Shkolnikov V., Pridemore W.A., Nikitina S.Yu. Op. cit.

³⁰ Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Указ. соч.; Yitmaguzin V.V., Vinnik M.V. Op. cit.; Семенова В.Г., Никитина С.Ю., Гаврилова Н.С., Запороженко В.Г. Указ. соч.; Никитина С.Ю. и др. Указ. соч.

**Рис. 6.25.**

Структура СКС от внешних причин смерти у мужчин и женщин, Россия, среднее за 2014–2016 гг., на 100 тыс. человек

Источник: Расчеты авторов по данным РосБРИС.

Таблица 6.12. Превышение уровня смертности от внешних причин в зависимости от принятой гипотезы, разы

Оценка	ПНН		Убийства		Самоубийства		Несчастные случаи	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
1	0,46	0,50	1,22	1,18	1,32	1,30	1,13	1,12
2	0,11	0,12	1,30	1,28	1,32	1,31	1,28	1,26
3	0,00	0,00	1,34	1,32	1,37	1,35	1,31	1,30

Примечание. М — мужчины, Ж — женщины.

Источник: Расчеты авторов по данным РосБРИС.

Е.М. Андреев и соавторы³¹ рассчитали вероятности отнесения смертей с неопределенными намерениями к конкретному виду причин. Полученные оценки уровня убийств для 2011 г. оказались выше фактических данных в 1,8 и 1,7 раза у мужчин и женщин, а самоубийств — в 1,2 раза и 1,3 раза соответственно. Похожие оценки получены в исследовании А.Е. Ивановой и соавторов³² для возрастной группы 20–59 лет и 2010 г., когда авторы учли механизм реализации инцидента: у мужчин смертность от убийств возросла в 1,9 раза, а у женщин — в 1,7; от самоубийств у мужчин — в 1,3 раза, а у женщин — в 1,5. Оценки в работе В.В. Юмагузина, М.В. Винник³³ оказались заниженными в части убийств (табл. 6.12). Это, вероятно, связано с тем, что в блок ПНН попадают в большей степени именно убийства, а не самоубийства или несчастные случаи.

Аналогичную ситуацию наблюдаем на региональном уровне. В следующих двух работах также учитывался способ реализации инцидента. В статье В.В. Юмагузина, М.В. Винник³⁴ оценивается смертность в Башкортостане в 2011–2012 гг. В указанной работе, согласно модели 3, смертность от самоубийств выросла в 1,3–1,4 раза, смертность от убийств — в 2,5 раза у мужчин и 1,9 раза у женщин, а от остальных внешних причин — в 1,1 раза. По расчетам В.В. Юмагузина, М.В. Винник³⁵, учитывая гипотезу 3, в Башкортостане...

³¹ *Andreev E.M., Shkolnikov V., Pridemore W.A., Nikitina S.Yu.* Op. cit.

³² *Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др.* Указ. соч.

³³ *Юмагузин В.В., Винник М.В.* Оценка реального уровня убийств и самоубийств...

³⁴ *Yumaguzin V.V., Vinnik M.V.* Op. cit.

³⁵ *Юмагузин В.В., Винник М.В.* Указ. соч.

стане смертность от самоубийств выросла в те же 1,3 раза у обоих полов, однако уровень убийств вырос только в 1,5 и 1,4 раза соответственно, а от остальных внешних причин — в 1,5 раза. В работе В.Г. Семеновой и соавторов³⁶ выполнена реконструкция смертности от внешних причин в Сахалинской области. Оценки этих авторов свидетельствуют о трехкратном превышении официальных показателей самоубийств. Оценки роста смертности у В.В. Юмагузина, М.В. Винник³⁷ от этой причины схожи: 3,1 раза у мужчин и 2,5 раза у женщин. Однако уровень убийств в этой работе занижен — рост всего в 1,7 против 2,5–2,9 раза в работе В.Г. Семеновой и др.³⁸

В еще одной работе В.В. Юмагузина, М.В. Винник³⁹, посвященной смертности молодежи от внешних причин, в соответствии с оценками исследователей⁴⁰ были увеличены официальные уровни убийств и самоубийств, выраженные через возрастные коэффициенты смертности, в России у мужчин в молодежных возрастах в 1,85 и 1,25 раза соответственно. У женщин уровень убийств был увеличен в 1,7–1,9 раза, а уровень самоубийств — в 1,1–1,4 раза. Новый уровень смертности от несчастных случаев был рассчитан как разница между общим уровнем смертности от внешних причин и полученными оценками смертности от убийств и самоубийств. Мы также рассчитали доли новых уровней убийств и самоубийств в России в общей сумме этих двух причин смерти (табл. 6.13).

В расчете новых уровней убийств, самоубийств и несчастных случаев в регионах, в том числе в Южном федеральном округе (ЮФО), мы, наоборот, сначала вычислили уровень несчастных случаев через соотношение общего уровня смертности от внешних причин к доле несчастных случаев в соответствующих возрастных группах в России. Далее вычли из уровня смертности от внешних причин полученную оценку смертности от несчастных случаев. Наконец, соотнесли эту разницу с долями убийств и самоубийств

³⁶ Семенова В.Г., Никитина С.Ю., Гаврилова Н.С., Запорожченко В.Г. Указ. соч.

³⁷ Юмагузин В.В., Винник М.В. Указ. соч.

³⁸ Семенова В.Г., Никитина С.Ю., Гаврилова Н.С., Запорожченко В.Г. Указ. соч.; Никитина С.Ю. и др. Указ. соч.; Гаврилова Н.С., Запорожченко В.Г. Указ. соч.

³⁹ Юмагузин В.В., Винник М.В. Смертность молодежи...

⁴⁰ Andreev E.M., Shkolnikov V., Pridemore W.A., Nikitina S.Yu. Op. cit.; Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Указ. соч.

Таблица 6.13. Доля новых уровней убийств, самоубийств и несчастных случаев в России в молодежных возрастах, 2015–2017 гг., %

Возрастная группа	Мужчины				Женщины			
	Доля НС от всех ВП	Убийства и самоубийства	В том числе распределение внутри этой группы причин, %		Доля НС от всех ВП	Убийства и самоубийства	В том числе распределение внутри этой группы причин, %	
			Убийства	Самоубийства			Самоубийства	Убийства
10–14	84	16	21	79	75	25	70	30
15–19	68	32	23	77	70	30	73	27
20–24	63	37	28	72	69	31	65	35

Источник: Расчеты авторов по данным РосБРИС.

(см. табл. 6.13) и получили новый уровень смертности от убийств и самоубийств. Данная методика позволила полностью перераспределить смертность от ПНН в пользу других видов внешних причин и, соответственно, получить более точные оценки уровня убийств и самоубийств.

В результате перераспределения смертности от ПНН были получены оценки реальных уровней смертности от убийств и самоубийств среди молодежи в России и регионах ЮФО (табл. 6.14, 6.15)⁴¹. Так, в ЮФО уровень смертности от убийств в возрастной группе 15–19 лет в среднем в 2015–2017 гг. увеличился по сравнению с официальными данными в 2,5 раза у мужчин и в 6,5 раза у женщин. В возрастной группе 20–24 года рост составил 3,7 и 2,5 раза у мужчин и женщин соответственно. Уровень смертности от самоубийств вырос в 2–3 раза. Ожидаемо увеличился уровень смертности от убийств и самоубийств в Астраханской области. Так, у мужчин в возрастах 20–24 лет уровень смертности от этих причин составил 106 и 308 человека на 1 млн населения, или рост в 6 и 34 раза соответственно. Высокий уровень смертности от ПНН наблюдался также и в Ростовской области, поэтому новые оценки смертности от убийств и самоубийств возросли там в 3–5 раз. Корректировка насильственных смертей в республиках привела к дополнительному перераспределению между убийствами и самоубийствами. Например, в Адыгее у мужчин в возрастах 15–24 лет выросла смертность

⁴¹ Юмагузин В.В., Винник М.В. Смертность молодежи...

Таблица 6.14. Официальные данные о смертности от убийств, самоубийств, ПНН и несчастных случаев и их оценки в России и регионах ЮФО, среднее за 2015–2017 г., человек на 1 млн соответственно мужчин и женщин соответствующего возраста

Регион	Возраст, лет	ВП	Официальные данные				Оценка		
			убийства	самоубийства	ПНН	НС	убийства	самоубийства	НС
Мужчины									
Р	10–14	181	3	19	40	119	6	23	152
Р	15–19	665	27	132	157	349	50	165	450
Р	20–24	1281	74	275	303	629	136	344	801
Ю	10–14	189	4	12	76	98	6	24	159
Ю	15–19	591	18	63	240	270	44	147	400
Ю	20–24	1064	30	132	414	489	113	286	666
КК	10–14	177	7	7	56	107	6	23	148
КК	15–19	608	24	65	148	372	46	151	412
КК	20–24	1198	30	191	277	701	127	321	749
АО	10–14	233	0	0	85	148	8	30	195
АО	15–19	507	0	0	306	200	38	126	343
АО	20–24	1181	20	9	699	453	126	317	739
ВО	10–14	236	0	5	99	131	8	30	198
ВО	15–19	537	6	51	240	240	40	133	364
ВО	20–24	893	53	130	369	341	95	240	558
РО	10–14	146	0	20	87	39	5	19	122
РО	15–19	603	18	59	364	163	45	150	408
РО	20–24	959	20	62	587	290	102	257	600
РА	10–14	293	26	26	53	188	10	38	245
РА	15–19	637	0	173	0	464	48	158	431
РА	20–24	1037	24	341	47	625	110	278	649
РК	10–14	232	0	80	75	77	8	30	194
РК	15–19	915	136	231	368	181	69	227	619
РК	20–24	1418	44	254	277	844	151	381	887

Окончание табл. 6.14

Регион	Возраст, лет	ВП	Официальные данные				Оценка		
			убий-ства	самоубий-ства	ПНН	НС	убий-ства	само-убийства	НС
Женщины									
Р	10–14	105	5	13	22	66	8	19	79
Р	15–19	248	10	49	60	128	20	54	174
Р	20–24	270	17	41	60	151	29	54	187
Ю	10–14	88	4	8	24	53	7	16	66
Ю	15–19	248	3	25	105	115	20	54	174
Ю	20–24	228	10	17	84	118	24	45	158
КК	10–14	89	7	7	14	60	7	16	66
КК	15–19	212	5	24	53	129	17	46	149
КК	20–24	242	6	22	50	164	26	48	168
АО	10–14	101	0	0	38	63	8	18	76
АО	15–19	158	0	0	86	72	12	35	111
АО	20–24	227	21	19	123	65	24	45	157
ВО	10–14	85	6	6	22	51	6	15	64
ВО	15–19	271	6	24	84	157	21	59	190
ВО	20–24	228	18	9	108	93	24	45	158
РО	10–14	71	0	0	40	31	5	13	53
РО	15–19	291	0	18	204	69	23	64	205
РО	20–24	200	5	11	110	74	21	40	139
РА	10–14	124	0	57	0	67	9	22	93
РА	15–19	302	0	91	61	151	24	66	212
РА	20–24	242	27	23	0	193	26	48	168
РК	10–14	204	0	82	0	122	15	36	152
РК	15–19	416	0	136	0	281	33	91	292
РК	20–24	311	0	77	111	124	33	62	216

Примечание. Р — Россия; Ю — Южный федеральный округ в границах до 2016 г.; КК — Краснодарский край; АО — Астраханская область; ВО — Волгоградская область; РО — Ростовская область; РА — Республика Адыгея; РК — Республика Калмыкия.

Источник: Расчеты авторов по данным РоСБРС.

от убийств и снизилась смертность от самоубийств. Подобная картина характерна также для женщин в возрастах 10—19 лет. Это может свидетельствовать о том, что на практике убийства кодируются и как ПНН, и как самоубийства. Однако эта гипотеза требует дальнейшего изучения, нельзя исключать, что в этом регионе действительно высокий уровень смертности от самоубийств.

Полученные нами оценки стандартизованных коэффициентов смертности от внешних причин среди молодежи в России свидетельствуют, что в первой тройке причин у обоих полов оказались ДТП (181 и 66 человек на 1 млн населения у мужчин и женщин соответственно), самоубийства (178 и 42), группа «другие несчастные случаи» (141 и 38). Далее следовали убийства (65) и утопления (61) у мужчин, а также отравления (19) и убийства (19) у женщин⁴².

Однако даже при почти полном отнесении ПНН к насильственным смертям говорить о том, что полученные оценки уровней убийств и самоубийств являются верхней границей возможных реальных уровней, нельзя. Насильственные смерти могут быть закодированы не только как ПНН, но и, например, как «Прочие несчастные случаи» и «Падения неуточненные» внутри класса «Внешние причины смертности и заболеваемости», но, кроме того, как «Мгновенная смерть», «Смерть без свидетелей», «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» внутри совсем другого класса — «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках». Этот класс причин смерти как раз был учтен в одной из моделей в статье В.В. Юмагузина, М.В. Винник⁴³ при оценке насильственных причин в Республике Башкортостан в 2011—2012 гг. Ее результаты показывают, что реальный уровень убийств у мужчин в этом регионе может достигать 66 человек на 100 тыс. вместо 17 по официальным данным статистики, т.е. выше в 3,8 раза, у женщин превышение составляет 3,2 раза (17 вместо 5 человек на 100 тыс.). Если учитывать эту же модель, то уровень самоубийств может быть выше в 1,4 раза у мужчин и 2 раза у женщин. Новые оценки также привели к росту смертности и от всего класса «Внешние причины» в 1,2 раза у мужчин и в 1,4 раза у женщин. Важно отметить, что хотя полученные данные следует рассматривать в каче-

⁴² Юмагузин В.В., Винник М.В. Смертность молодежи...

⁴³ Yumaguzin V.V., Vinnik M.V. Op. cit.

стве оценочных, однако они, как мы полагаем, гораздо ближе к реальной ситуации, чем официальные показатели.

Таким образом, непосредственный анализ убийств и самоубийств согласно официальной статистике без учета ПНН невозможен ввиду их значительной недооценки. Существует несколько способов реклассификации причин смерти блока «Повреждения с неопределенными намерениями»: пропорциональное распределение этих причин между убийствами, самоубийствами и несчастными случаями; перераспределение с помощью регионов с наименьшим уровнем ПНН, или модельных регионов; учет способа реализации инцидента; расчет вероятностей отнесения смертей с неопределенными намерениями к конкретному виду причин.

До тех пор пока мы будем анализировать официальные показатели смертности от убийств и самоубийств, закрывая глаза на рост смертей от таких причин, как «Повреждения с неопределенными намерениями» и «Неточно обозначенные и неизвестные причины смерти», мы не сможем привлечь внимание общества к этой социальной проблеме. Высокая доля «мусорных» кодов причин смерти свидетельствует о деградации российской статистики смертности⁴⁴. Говоря о способах ее восстановления, необходимо выделять несколько направлений. Так, следует кардинально повысить эффективность системы судебно-медицинской экспертизы. Речь идет об улучшении оснащенности диагностических лабораторий, увеличении уровня оплаты труда, обеспечении независимости медиков в определении причин смерти (исключении влияния полиции, администрации, родных умершего и т.д.) при одновременном усилении контроля за качеством кодирования и повышении ответственности за ошибки и небрежное отношение к диагностике причин смерти и заполнению свидетельств⁴⁵.

⁴⁴ Иванова А.Е., Семенова В.Г., Дубровина Е.В. Маргинализация российской смертности // Демоскоп Weekly. 2004. № 181–182; Юмагузин В.В., Винник М.В. Проблемы качества статистики смертности в России // ЭКО. 2019. № 10. С. 54–77

⁴⁵ Сабгайда Т.П., Секриеру Е.М., Никитина С.Ю. Оценка уровня смертности российского населения от инфекционных и неинфекционных заболеваний по данным официальной статистики // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/416/30/lang.ru/>; Самородская И.И., Ватолина М.А., Белов В.Б., Бойцов С.А. Оценка уровня смертности от психических заболеваний и болезней системы кровообращения: проб-

Важную роль в повышении качества статистики смертности играет слаженность работы судмедэкспертизы, полиции и органов статистики⁴⁶, поскольку помимо предварительных и окончательных медицинских свидетельств используются также и такие, как «взамен предварительного» и «взамен окончательного», однако этой замены часто не происходит.

Для того чтобы избежать ошибок, вызванных низкой квалификацией медицинского персонала (которая часто усугубляется халатным отношением к кодированию), необходима постоянная методическая и образовательная работа по обучению врачей и медицинских статистиков правильному кодированию⁴⁷. В целях получения полной и качественной картины смертности необходимо также добиться тщательного заполнения всех пунктов медицинского свидетельства о смерти, включая описание социальных признаков умершего, указание основной и сопутствующих причин смерти, а также сведений о «прочих важных состояниях», в том числе обязательное упоминание наличия/отсутствия в крови токсичных веществ.

Исследователи из Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (ЦНИИОИЗ) считают, что ухудшение статистики смертности является маркером ухудшения качества населения, расширения слоя лиц, истинная причина смерти которых не интересует ни близких, ни общество в целом⁴⁸. Рост маргинальных групп, слабо социально адаптированных и дезадаптированных людей среди умерших свидетельствует об острой необходимости повышения уровня жизни населения и борьбы с бедностью.

лемы кодирования и статистического учета случаев смерти // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. Т. 22. № 5. С. 8–12; Юмагузин В.В., Винник М.В. Проблемы статистического учета смертности от внешних причин в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. Т. 25. № 5. С. 265–268.

⁴⁶ Иванова А.Е., Рязанцев С.В., Семенова В.Г. Вклад миграции в смертность российского населения трудоспособного возраста // Научное обозрение. Сер. 2. Гуманитарные науки. 2016. № 6. С. 47–60.

⁴⁷ Сабгайда Т.П., Секриеру Е.М., Никитина С.Ю. Указ. соч.; Александрова Г.А., Никитина С.Ю., Вайсман Д.Ш. Качество статистической информации о причинах смерти в Российской Федерации // Вопросы статистики. 2014. № 8. С. 25–30.

⁴⁸ Иванова А.Е., Семенова В.Г., Дубровина Е.В. Указ. соч.