

Демографические итоги 2012 года (часть II)

Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

В 2012 году число умерших снизилось до 1899 тысяч человек, общий коэффициент смертности - до 13,3‰

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата), в 2012 году число умерших и общий коэффициент смертности населения России продолжали снижаться. Согласно результатам ежемесячной отчетности о регистрации умерших, в январе-декабре 2012 года умерло 1898,8 тысячи человек, что на 26,2 тысячи человек, или на 1,4% меньше, чем в 2011 году. Общий коэффициент смертности снизился до 13,3 умерших в расчете на 1000 человек постоянного населения против 13,5‰ в 2011 году.

Довольно устойчивое снижение этих показателей наблюдается начиная с 2004 года. Этому периоду снижения предшествовали десятилетия, в течение которых преобладала обратная тенденция – увеличение числа умерших и рост общего коэффициента смертности, сменявшиеся снижением лишь на непродолжительное время (рис. 1). Особенно быстрый рост отмечался в 1992-1994 годах, за которым последовал спад 1995-1998 годов, а затем возобновление роста. Наибольшее число умерших зарегистрировано в 2003 году¹ - 2366 тысяч человек, или 16,4‰. Затем преобладающим стало снижение этих показателей, перемежавшееся незначительным повышением в 2005 и 2010 годах. В 2012 году число умерших снизилось по сравнению с 2003 годом на 467 тысяч человек (на 19,7%). Общий коэффициент снизился на 3,1 пункта промилле, или на 18,9%.

Сокращение числа умерших в 2012 году было умеренным по сравнению с предшествующим 2011 годом, когда число умерших снизилось почти на 103 тысячи человек, или на 5,1% по сравнению с 2010 годом, отличавшимся неблагоприятными природно-климатическими условиями, при которых заметно повысился риск смерти для людей с ослабленным здоровьем. В то же время необходимо отметить, что сокращение общего числа умерших в 2012 году произошло при росте числа умерших в возрасте до 1 года – на 3153 человека - в связи с расширением критериев живорождения².

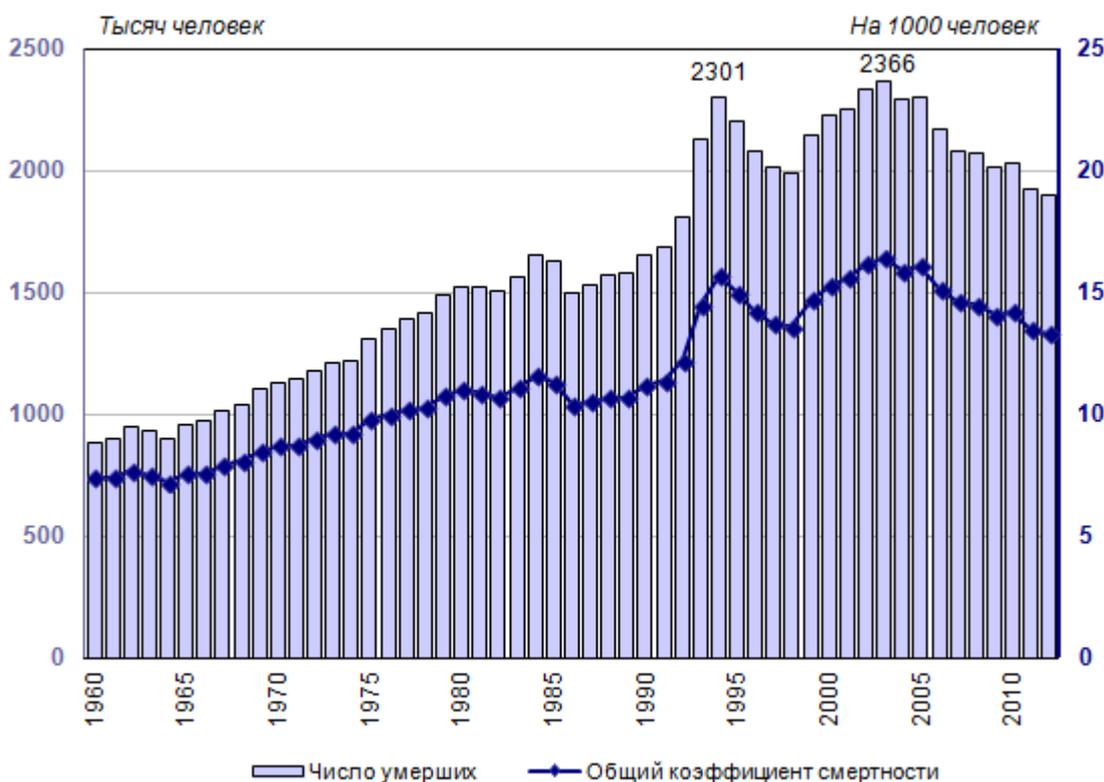


Рисунок 1. Число умерших (тысяч человек) и общий коэффициент смертности (на 1000 человек постоянного населения), 1960-2012* годы

* Общий коэффициент смертности за 2003-2010 годы пересчитан с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года (ВПН-2010); 2012 год – данные ежемесячной отчетности о регистрации умерших в январе-декабре

Данные ежемесячной отчетности свидетельствуют о том, что наибольшее число смертей обычно приходится на зимне-весенние месяцы, чаще всего, на январь, а наименьшее - на летне-осенние месяцы (рис. 2). Исключение составил 2010 год, в течение которого наибольшее число умерших было зарегистрировано в августе – 192 тысячи человек, что было связано с экстремальными природно-климатическими условиями и широким распространением пожаров на многих территориях России. Число умерших в августе 2010 года примерно на четверть превысило августовское значение предшествующего 2009 года (на 27% по данным оперативного учета и на 23% по данным уточненной годовой разработки). Между тем, именно на август, как правило, приходится наименьшее число умерших в обычные годы. В 2012 году меньше всего смертей зафиксировано в сентябре (144 тысячи), а больше всего в мае (169 тысяч, что на 3 тысячи больше, чем за май 2011 года) Возможно, это также было связано с неблагоприятными природно-климатическими условиями и широким распространением пожаров в азиатской части страны.

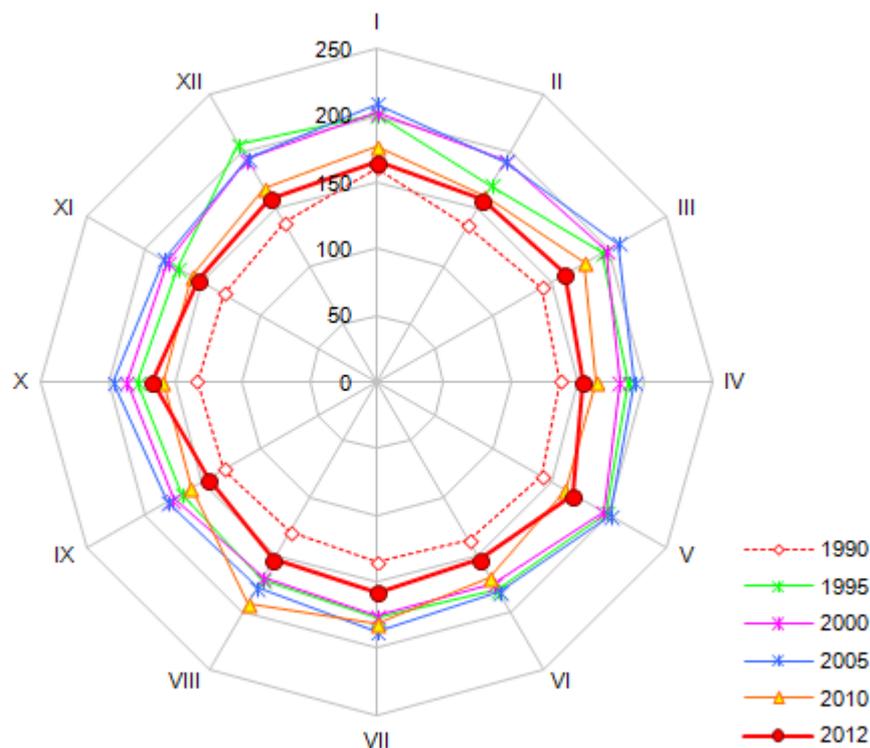


Рисунок 2. Число умерших, по месяцам 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 и 2012 годов, тысяч человек

Сезонные отклонения помесячных чисел умерших от среднегодовых значений показывают, что число смертей в зимне-весенний период - в январе, марте или, реже, в декабре - довольно устойчиво превышает среднегодовой уровень, а в летне-осенний период - с июля по октябрь - обычно ниже него (рис. 3).

В 2010 году число умерших в январе-марте также было выше среднегодового уровня, но более значительное превышение отмечалось в июле-августе, тогда как наименьшее значение, по сравнению со среднегодовым, отмечалось в октябре.

В 2012 году наибольшее превышение среднегодовых значений отмечалось в феврале, а также в мае и октябре, что в большей мере соответствует многолетним сезонным трендам. Наибольшие отклонения от среднегодовых значений в меньшую сторону отмечались в сентябре и августе.

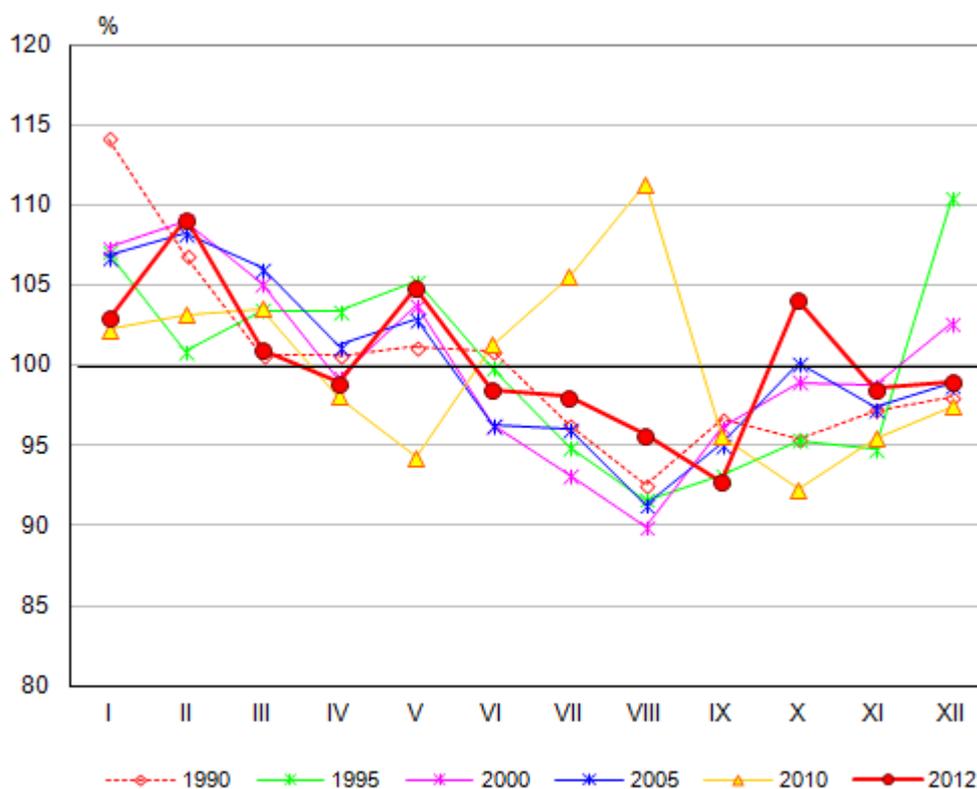


Рисунок 3. Сезонные отклонения помесечных чисел умерших от среднегодовых значений, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 и 2012 годов, %

Снижение числа умерших в 2012 году, по сравнению с 2011 годом, отмечалось в 7 из 8 федеральных округах (кроме Центрального федерального округа) и в 67 из 83 субъектов федерации. Наиболее значительное сокращение числа умерших за 2012 год, по сравнению с предшествующим 2011 годом, отмечено в Хабаровском крае (-7,0%), республиках Ингушетия (-6,5%), Кабардино-Балкария (-5,5%), Алтай (-5,4%), Ульяновской области (-5,1%).

В 16 регионах-субъектах федерации число умерших увеличилось. Наиболее значительно увеличилось число умерших в Чукотском автономном округе (на 5,0%), Чеченской Республике (4,3%), Республике Карелии (3,0%), Москве (2,7%), Республике Тыве (2,0%). В некоторых из этих регионов рост числа умерших в значительной степени был обусловлен увеличением числа умерших в возрасте до 1 года (в Тыве – на 46%, в Новосибирской области, Чеченской Республике, Ямало-Ненецком автономном округе – примерно на треть). В связи с расширением критериев рождения в 2012 году число умерших в возрасте до 1 года увеличилось в большинстве российских регионов (в 75 из 83). В ряде регионов это внесло свой вклад в увеличение общего числа умерших, хотя в большинстве регионов общее число умерших снизилось, несмотря на рост числа умерших в возрасте до 1 года.

Значение общего коэффициента смертности заметно различается по регионам России. Отчасти это связано с различиями в самой смертности, отчасти – с различиями в половозрастном составе населения. В регионах с более высокой долей населения старших возрастов значение общего коэффициента смертности, как правило, выше, чем в регионах, где высока доля младших возрастных групп. В географическом пространстве России уровень общего коэффициента смертности снижается от центральных и северо-западных регионов, в населении которых велика

доля пожилых, к южным и восточным регионам, где она пока относительно невелика, а доля молодых выше (рис. 4). Для значений общего коэффициента рождаемости характерна, скорее обратная зависимость, хотя его величина зависит также не только от возрастного состава населения, но и от интенсивности рождаемости, которая также различается по регионам.

В 2012 году продолжало сокращаться превышение числа умерших над числом родившихся. В целом по стране число родившихся практически сравнялось с числом умерших - отношение числа умерших к числу родившихся составило 100,1% против 107,3% за 2011 год. Однако в 43 регионах – субъектах федерации число умерших по-прежнему превышало число родившихся, причем в 9 регионах более чем на 50% (в 2011 году превышение числа умерших над числом родившихся наблюдалось в 55 регионах, причем в 14 из них в 1,5 раза). В 40 регионах умерших было зарегистрировано меньше, чем родившихся, причем в 7 регионах число родившихся превышало число умерших более чем на 50% (республики Ингушетия, Чечня, Дагестан, Тыва, Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский автономный округ Югра, Тюменская область в целом).

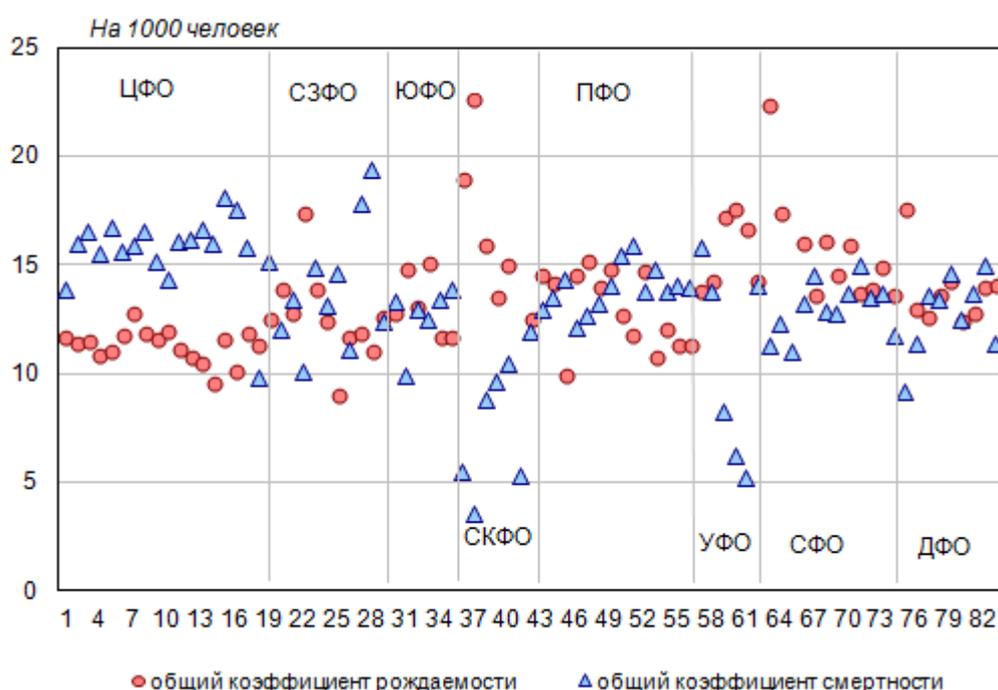


Рисунок 4. Общие коэффициенты рождаемости и смертности по регионам-субъектам Российской Федерации по данным за январь-декабрь 2012 года, ‰

Значение общего коэффициента смертности в январе-декабре 2012 года составляло от 3,7‰ в Республике Ингушетии до 19,5‰ в Псковской области при медианном значении 13,8‰. В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилем, если отсечь по 25% снизу и сверху в ряду регионов, упорядоченному по значению признака) значение общего коэффициента смертности варьировалось в сравнительно узком диапазоне от 12,2‰ до 15,2‰. В трех регионах оно превышало 18‰. В 32 регионах общий коэффициент смертности был ниже среднего уровня по России в целом, причем в 5 из них - более чем вдвое (табл. 1).

Таблица 1. Десять регионов России с наиболее высокими и наиболее низкими показателями общего коэффициента смертности (ОКС) в январе-декабре 2012 года, умерших на 1000 человек

Регионы с наиболее низкими ОКС		Регионы с наиболее высокими ОКС	
Российская Федерация – 13,3			
Республика Ингушетия	3,7	Псковская область	19,5
Ямало-Ненецкий автономный округ	5,3	Тверская область	18,2
Чеченская Республика	5,4	Новгородская область	17,9
Республика Дагестан	5,6	Тульская область	17,7
Ханты-Мансийский автономный округ Югра	6,3	Ивановская область	16,8
Тюменская область	8,4	Смоленская область	16,7
Кабардино-Балкарская Республика	8,9	Владимирская область	16,6
Республика Саха (Якутия)	9,3	Курская область	16,6
Карачаево-Черкесская Республика	9,7	Рязанская область	16,3
Москва	9,9	Орловская область	16,2

По сравнению с 2011 годом, общий коэффициент смертности в 2012 году снизился в 62 регионах-субъектах федерации, в 10 остался на том же уровне, в 11 незначительно увеличился (рис. 5). Наиболее значительное снижение зафиксировано в Хабаровском крае (на 1,1 пункта промилле), в остальных регионах оно не превышало 0,8 пункта промилле.

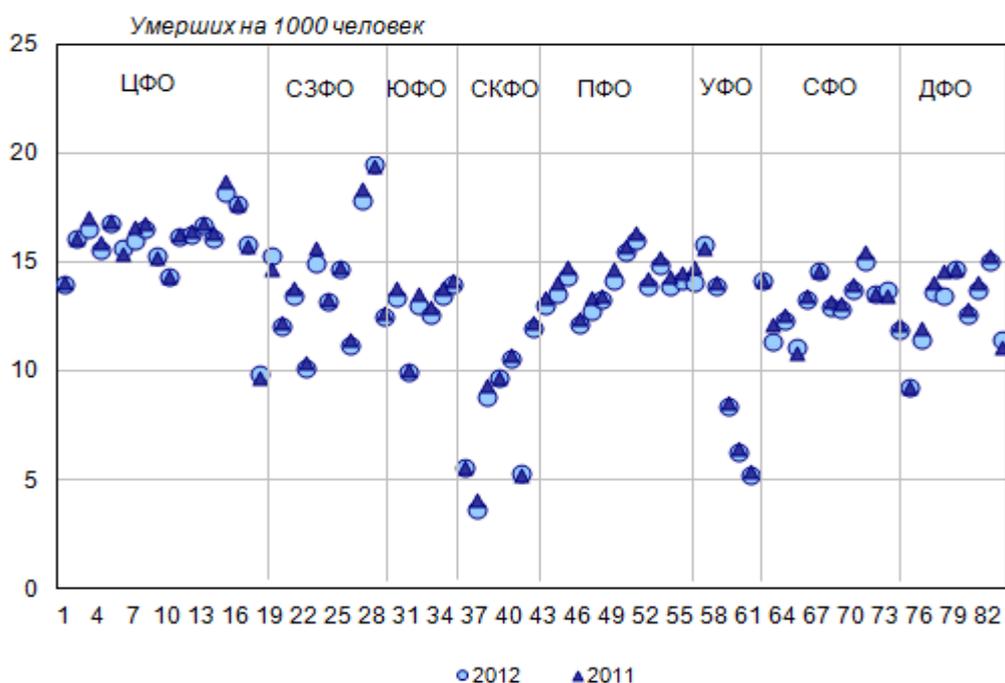


Рисунок 5. Общий коэффициент смертности по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-декабрь 2012 и 2011 годов, ‰

Больше всего снизилась смертность от некоторых инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания и внешних причин

По данным оперативного учета за январь-декабрь 2012 года, наиболее значительно снизилась смертность от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней органов дыхания и внешних причин. Смертность от болезней системы кровообращения снизилась в меньшей степени, от новообразований и болезней органов пищеварения – незначительно³.

Структура смертности по причинам смерти, как и ее общий уровень, изменяется со временем. Это обусловлено как прогрессом (или регрессом) в области медицины, здравоохранения и качества жизни в целом, так и изменениями в половозрастном составе населения.

В России, начиная с 1970-х годов, более половины смертей обусловлены болезнями системы кровообращения (рис. 6). В отдельные годы доля умерших от этого класса причин смерти превышала 56% и даже 57% (в 2007-2008 годы). В 2012 году она составила, по данным оперативного учета (без учета диагнозов окончательных медицинских свидетельств), 54,9% против 55,6% в 2011 году (по данным годовой разработки – 55,9%). Наиболее значительный вклад в смертность от болезней системы кровообращения вносит ишемическая болезнь - она является причиной смерти более половины умерших от болезней системы кровообращения (53,1% в 2012 году, или 29,2% от общего числа умерших). Причиной смерти почти каждого третьего умершего от болезней системы кровообращения являются цереброваскулярные заболевания (30,7%).

Второе место среди причин смерти по распространенности занимают новообразования (в основном, злокачественные), хотя иногда они отодвигались на третье место внешними причинами смерти. В 2012 году новообразования стали причиной смерти для 15,2% умерших (в том числе злокачественные новообразования – 15,0%). В последние годы доля умерших от новообразований растет, что вполне согласуется с тенденцией старения населения, однако пока она не достигла значений показателя в 1990 и 1970 годах.

Третье место среди причин смерти населения России прочно удерживают внешние причины. В отдельные годы - 1993-1996 и 1999-2005 годы – они даже выходили на второе место среди основных классов причин смерти, обуславливая до 15% и более от общего числа смертей. В 2000-е годы доля умерших от внешних причин начала сокращаться. В 2008 году она опустилась ниже уровня 1990 года, составив 11,8% против 12,0% умерших, в 2011 году снизилась до 10,4%, а, по данным за январь-декабрь 2012 года, - до 9,4%. Такая тенденция, безусловно, благоприятна, но смертность от внешних причин в России, тем не менее, до сих пор остается слишком высокой.

В целом, на эти три класса причин смерти до 2012 года приходилось более 80% смертей в России, и только в 2012 году эта доля оказалась несколько ниже (79,5%). На другие основные классы причин смерти приходится менее чем по 5% умерших.

До 1990-х годов более весомый, хотя и постоянно сокращавшийся, вклад в смертность вносили болезни органов дыхания. В 1990-2000-е годы сокращение продолжалось. С 2006 года доля умерших от болезней дыхания стала ниже, чем от болезней органов пищеварения (3,6% против 4,6% в 2012 году).

Все больший вклад в смертность от болезней органов дыхания вносят пневмонии (около половины умерших от этого класса причин в 2008-2012 годах против 27% в 1995 и 35% в 2000 году), а вклад хронических заболеваний нижних дыхательных путей несколько снизился (порядка 43% умерших в 2008-2009 годах против 56% в 2000 году). Доля умерших от гриппа и острых респираторных заболеваний составляет около 1% умерших от болезней органов дыхания (0,6% по данным за январь-декабрь 2012 года).

Доля умерших от болезней органов пищеварения, напротив, постепенно повышается. Если до 1990-х годов она не достигала 3% от общего числа умерших, то в 2000-е годы превышает 4%. В 2010 году она поднялась до 4,5%, в 2011-2012 годах - до 4,6%.

В смертность от этого класса причин смерти наиболее весомый вклад вносят болезни печени, на которые приходится около половины умерших от болезней органов пищеварения, причем эта доля увеличивается (55-56% в 2007-2009 годах против 45% в 2000 году). Немаловажную роль в этом играет алкогольная болезнь печени: в 2007-2009 годах она явилась причиной смерти 15% умерших от болезней органов пищеварения против 4% в 1995 году и 8% в 2000 году. Понемногу повышается доля умерших от болезней поджелудочной железы (12,4% умерших от болезней органов пищеварения в 2009 году против 10,4% в 1995 году) и снижается доля умерших от язвенной болезни (9,5% против 12,6%), от желчекаменной болезни и холецистита (2,9% против 5,9%).

Среди класса инфекционных и паразитарных болезней, ставших в 2012 году причиной 1,6% смертей в России (в 2007-2010 годах -1,7%, в 2011 году - 1,8%), особая роль принадлежит туберкулезу, на который приходится более половины умерших от этого класса причин. В первой половине 2000-х годов доля умерших от туберкулеза среди умерших от этого класса причин превышала 80%, но затем стала снижаться - до 70% в 2009 году, 65% в 2010 году, 60% в 2011 году и 56,7% в январе-декабре 2012 года. Одновременно с этим быстро увеличивалась доля умерших от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, - от 0 в 1995 году и 0,6% в 2000 году до 16,5% умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в 2009 году. Росла также доля умерших от вирусного гепатита - от 1,8% в 1995 году до 3,5% в 2009 году. Доля умерших от кишечных инфекций, напротив, снижалась - от 6,9% умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в 1995 году до 1,0% в 2009 году (по данным за январь-декабрь 2012 года - 1,1%).

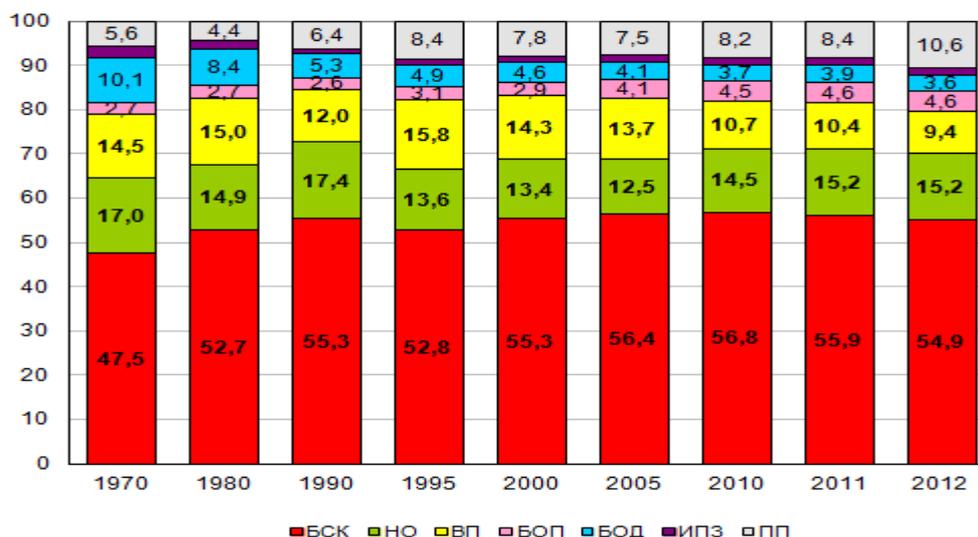


Рисунок 6. Распределение умерших в России по основным классам причин смерти, 1970, 1980, 1990, 1995, 2000, 2005 и 2010-2012* годы, %

* 2012 год - по данным месячной регистрации за январь-декабрь

(БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП - внешние причины, БОП - болезни органов пищеварения, БОД - болезни органов дыхания, ИПЗ - некоторые инфекционные и паразитарные болезни, ПП - прочие причины)

Значения коэффициентов смертности от всех шести основных классов причин смерти по данным за январь-декабрь 2012 года снизились по сравнению с 2011 годом (рис. 7).

Особенно значительно снизилась смертность от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний. При снижении общего коэффициента смертности (от всех причин) на 1,5%, по сравнению с данными месячного учета за январь-декабрь 2011 года, она снизилась на 5,7%, составив в 2012 году 21,4 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения против 22,7 в 2011 году. Наиболее высокое значение смертности от этого класса причин смерти отмечалось в 2005 году – 27,2 на 100 тысяч человек. Снижение в 2012 году произошло в основном за счет сокращения смертности от туберкулеза (-12,2%). Снизилась также относительно невысокая смертность от кишечных инфекций (-33%). Однако смертность от других инфекционных и паразитарных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию и СПИД, увеличилась (+4,7%).

Довольно значительно в 2012 году сократилась смертность от болезней органов дыхания (-5,1%), составив 48,1 против 50,7 на 100 тысяч человек в январе-декабре 2011 года. Снизилась смертность от пневмонии (-5,1%), сравнительно невысокая смертность от гриппа и ОРЗ (вдвое), а также от всех других болезней органов дыхания (-4,9%).

Смертность от внешних причин сократилась на 4,9%, составив в январе-декабре 2012 года 125,1 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения против 131,5 в январе-декабре 2011 года (139,4 по данным годовой разработки). Устойчивое снижение смертности от внешних причин наблюдается с 2003 года (235 на 100 тысяч человек в 2002 году), но особенно заметным оно стало в последние годы.

Продолжалось снижение смертности от болезней системы кровообращения, которая в январе-декабре 2012 года составила 729,3 умерших на 100 тысяч человек против 749,0 в январе-декабре 2011 года (806,4 по данным годовой разработки), или на 2,6% меньше. Снижение наблюдается по всем основным группам заболеваний этого класса: от гипертонической болезни - на 6,1% (16,9 против 18,0 умерших на 100 тысяч человек), от цереброваскулярных заболеваний - на 3,6% (224,1 против 232,5 на 100 тысяч человек), от ишемической болезни – на 1,5% (387,5 против 393,3 на 1000 человек), в том числе от инфаркта миокарда – на 0,9% (45,6 против 46,0 на 100 тысяч человек), а также от других болезней системы кровообращения – на 4,2% (100,8 против 105,2 умерших на 100 тысяч человек).

Менее значительным было снижение смертности от болезней органов пищеварения (на 0,3%, 48,1 против 50,7 умерших на 100 тысяч человек) и от новообразований (на 0,7%, 201,2 против 202,6 умерших на 100 тысяч человек), уровень которой остается относительно стабильным с 1990-х годов.

Смертность от прочих болезней увеличилась на 8,8% (141,3 умерших в январе-декабре 2012 года против 129,9 в январе-декабре 2011 года).

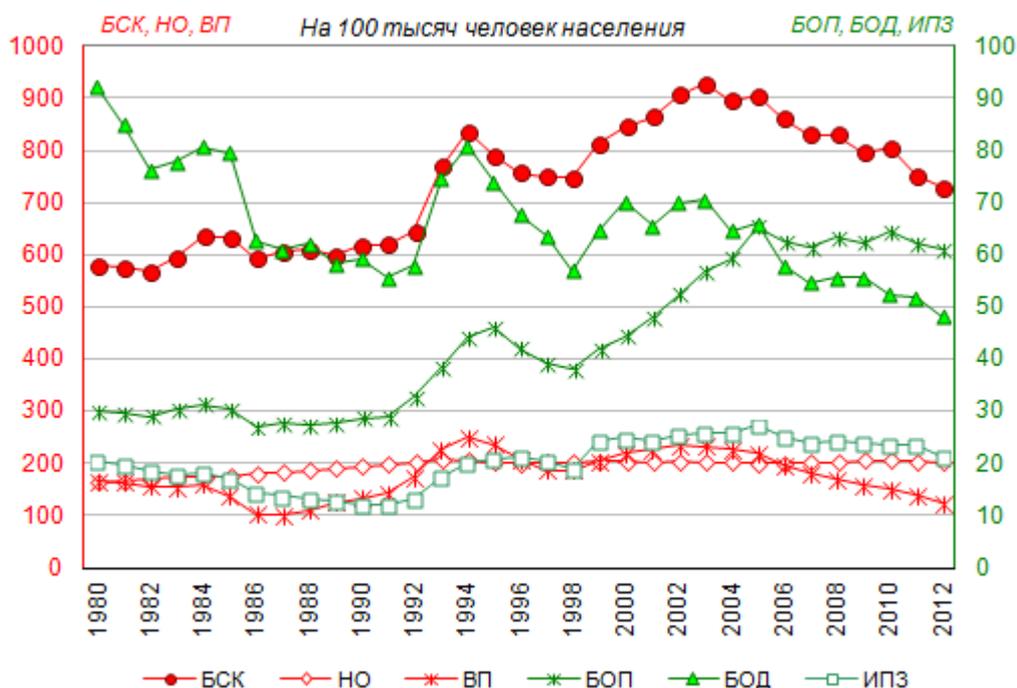


Рисунок 7. Число умерших в России по основным классам причин смерти на 100 тысяч человек постоянного населения, 1980-2012* годы

* 2003-2010 годы – с учетом ВПН-2010; 2012 год - по данным месячной регистрации за январь-декабрь

(БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОП - болезни органов пищеварения, БОД - болезни органов дыхания, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни)

Для смертности от болезней органов дыхания и болезней системы кровообращения, обостряющихся на фоне перенесенных острых респираторных заболеваний, характерна наиболее явная сезонная зависимость – больше всего умерших от этих причин регистрируется, как правило, в январе-марте, меньше всего – в июле-сентябре (рис. 8). Исключением стал 2010 год из-за чрезвычайно неблагоприятных природно-климатических условий в летние месяцы – больше всего умерших от болезней органов дыхания и болезней системы кровообращения было зарегистрировано в августе (108,2 и 6,6 тысячи человек, соответственно). В 2011 году пиковые значения были зарегистрированы в марте, а в 2012 году наибольшее число умерших от болезней системы кровообращения отмечено в январе (94 тысячи человек), а от болезней органов дыхания – в октябре и мае (6,3) и почти столько же в марте (6,2 тысячи человек).

Сезонные колебания отмечаются и в смертности по другим причинам.

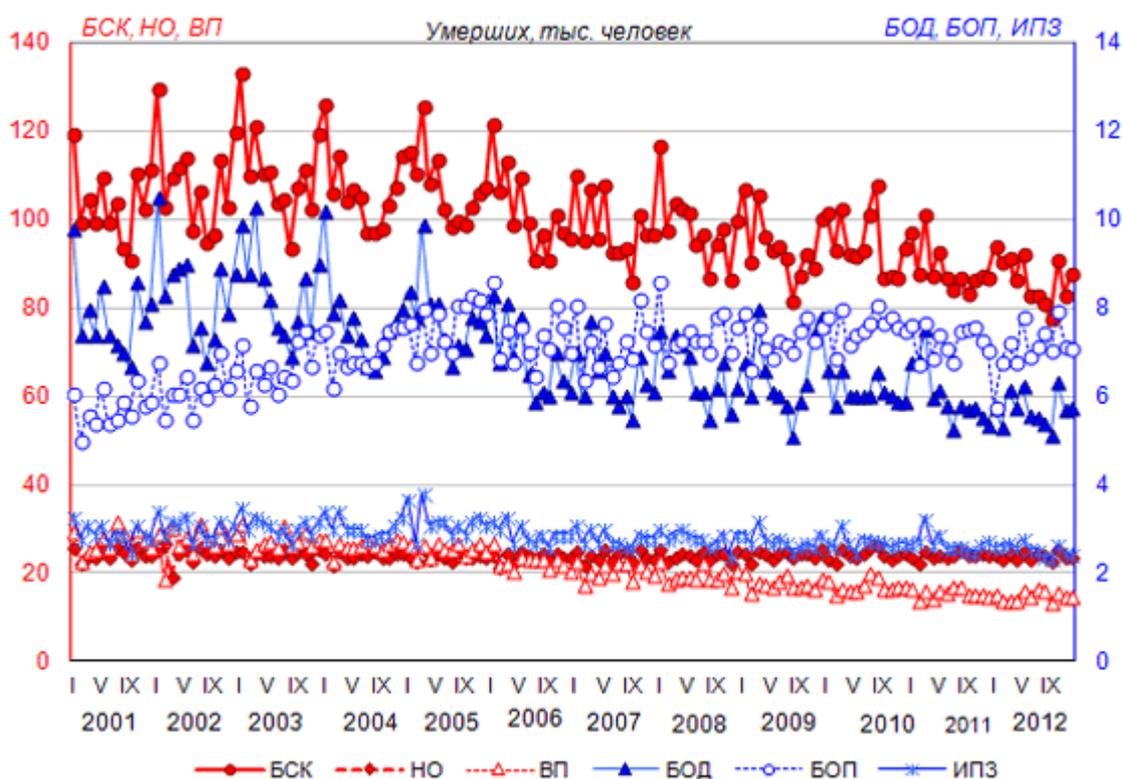


Рисунок 8. Число умерших от основных причин смерти по месяцам 2001-2012 годов, тысяч человек

(БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОД - болезни органов дыхания, БОП - болезни органов пищеварения, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни)

Сезонные отклонения помесечных чисел умерших от среднегодовых значений по основным причинам смерти в 2012 году демонстрируют несколько пиков смертности от болезней органов дыхания (в марте, мае и октябре) и значительный спад в июле-сентябре (рис. 9). Пик смертности от болезней системы кровообращения отмечался в феврале, наибольший спад – в сентябре. Схожий тренд демонстрирует смертность от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний: пик в феврале, спад – в июле-сентябре. Смертность от внешних причин была выше, как и в другие годы, в июле-августе, но январский пик был слабо выражен. Смертность от болезней органов пищеварения имела выраженные пики в сентябре и мае.

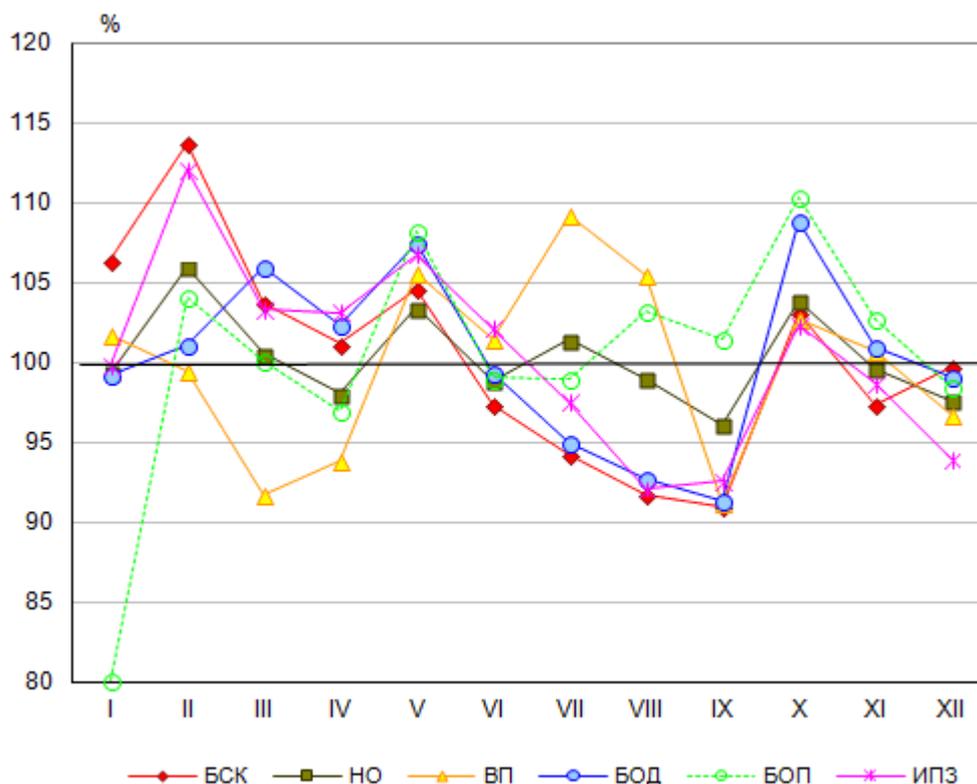


Рисунок 9. Сезонные отклонения месячных чисел умерших от среднегодовых значений умерших по основным причинам смерти, 2012 год, %

(БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОД - болезни органов дыхания, БОП - болезни органов пищеварения, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни)

Число смертей от отдельных причин смерти заметно различается по регионам-субъектам Российской Федерации, что обусловлено как различиями в интенсивности смертности определенного вида, так и особенностями возрастной структуры населения этих регионов. Наиболее высокие значения смертности от болезней системы кровообращения и новообразований характерны для Центрального и Северо-Западного федеральных округов, в населении которых велика доля населения старших возрастов. Смертность от внешних причин и болезней органов пищеварения выше всего в Дальневосточном федеральном округе с относительно молодым населением, от болезней органов дыхания и некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний – в Сибирском федеральном округе.

Среди регионов-субъектов Российской Федерации значение коэффициента смертности от болезней системы кровообращения, по данным за январь-декабрь 2012 года, варьировалось от 200 умерших на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 1206 в Псковской области (рис. 10). В центральной половине регионов (без 25% регионов с самыми высокими и самыми низкими значениями) он составлял от 598 до 871 на 100 тысяч человек при медианном значении 721 на 100 тысяч человек.

Значение коэффициента смертности от новообразований варьировалось от 37 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 269 в Тульской области; в центральной половине регионов – от 170 до 223 при медиане 206 умерших на 100 тысяч человек. Помимо Ингушетии низкими

показателями смертности от новообразований отличаются Дагестан (73), Чечня (77), Ямало-Ненецкий автономный округ (90) и другие регионы с молодым составом населения.

Если различия между регионами по смертности от болезней системы кровообращения достигали 6 раз, а от новообразований – 7 раз, то по смертности от внешних причин – 10 раз. По данным за январь-декабрь 2012 года, значение коэффициента смертности от внешних причин составляло от 29 на 100 тысяч человек в Чеченской Республике до 292 в Республике Тыве; в центральной половине регионов – от 119 до 168 при медиане 141 умерший на 100 тысяч человек.

Региональные различия по смертности от других классов причин смерти, более низкой, чем от трех основных классов причин смертности в России еще выше. Так, смертность от болезней органов пищеварения в январе-декабре 2012 года составила от 6 умерших на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 120 в Ивановской области, в центральной половине регионов значение показателя варьировалось в узком интервале от 52 до 76 при медиане 64 умерших в расчете на 100 тысяч человек.

Значение коэффициента смертности от болезней органов дыхания варьировалось от 4 до 105 умерших на 100 тысяч человек в тех же регионах; в центральной половине регионов значение показателя варьировалось от 37 до 63 при медиане 48 умерших на 100 тысяч человек.

Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней варьировалась от 2 в Ненецком автономном округе⁴ до 65 умерших в расчете на 100 тысяч в Республике Тыве (в том числе 57 от туберкулеза). В центральной половине регионов она варьировалась от 12 до 26 при медиане 17 умерших на 100 тысяч человек.

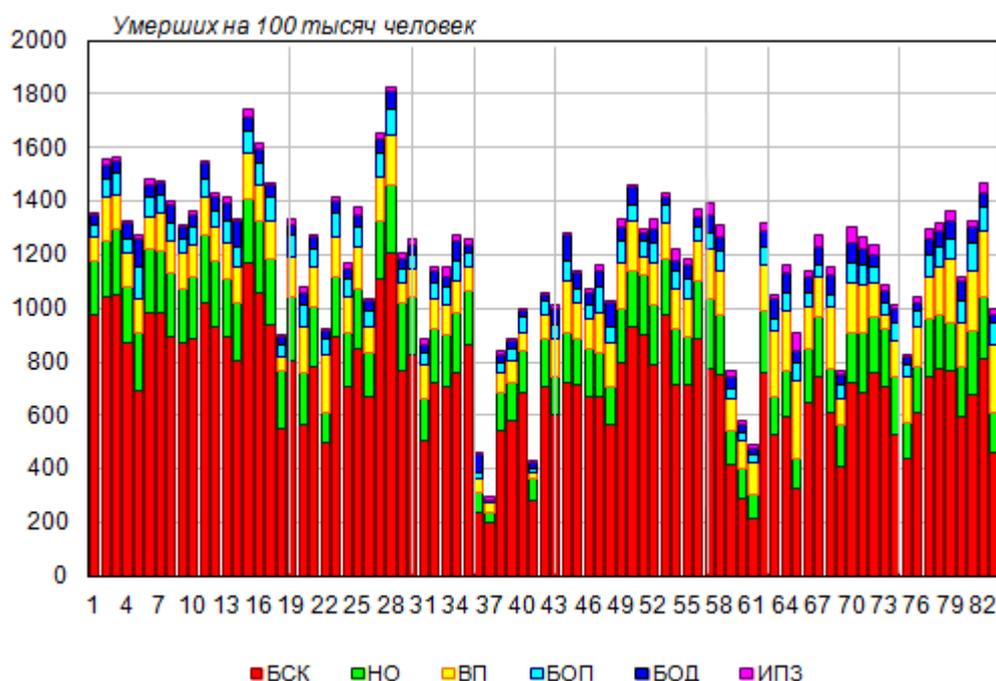


Рисунок 10. Число умерших от основных причин смерти по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-декабрь 2012 года, на 100 тысяч человек

Соответственно, различается и структура смертности по основным причинам (рис. 11). По данным помесячной отчетности (без учета окончательных диагнозов смерти), доля умерших в январе-декабре 2012 года от болезней системы кровообращения варьировалась от 29,6% в Республике Тыве до почти 69,5% в Белгородской области; от новообразований – от 9,9% в Республике Тыве до 21,2% в Москве и 20,4% в Санкт-Петербурге; от внешних причин – от 3,9% в Омской области до 26,4% в Республике Тыве (кроме того, внешними причинами было обусловлено от 18% до 23% смертей в республиках Алтай, Бурятия и Саха (Якутия), Ненецком, Чукотском и Ямало-Ненецком автономных округах).

Доля умерших от болезней органов пищеварения составила в январе-декабре 2012 года от 1,5% в Республике Ингушетии до 7,4% в Удмуртской Республике; от болезней органов дыхания – от 1,2% в Республике Ингушетии до 11,7% в Республике Дагестан; от некоторых инфекционных и паразитарных болезней – от 0,2% в Ненецком автономном округе и Белгородской области до 5,9% в Республике Тыве, где очень высок уровень заболеваемости туберкулезом.

Доля умерших от всех других причин, не входящих в перечисленные основные классы причин смерти, варьируется от 2,9% в Хабаровском крае до 40,6% в Красноярском крае. Слишком высока доля умерших от других причин смерти также в республиках Башкортостан, Чувашия, Мордовия, в Омской и Ивановской областях (21-24%%). Уточнение данных при годовой разработке приведет к снижению значения этого показателя⁵.

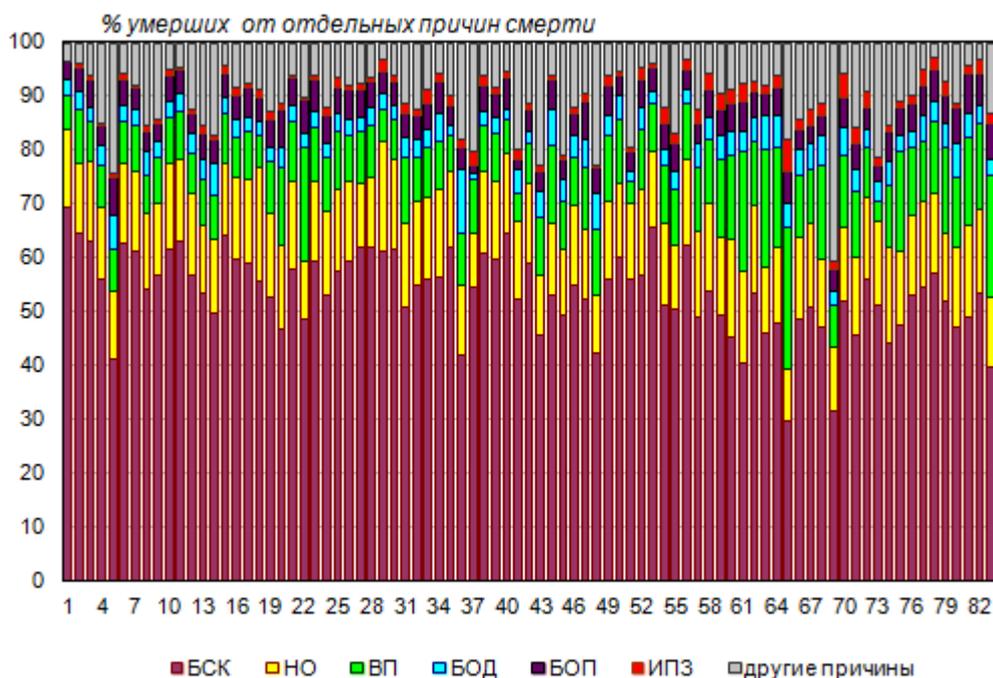


Рисунок 11. Распределение умерших по основным причинам смерти по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-декабрь 2012 года, %

Смертность от внешних причин продолжала снижаться, однако смертность от транспортных несчастных случаев увеличилась на 1,5%

Несмотря на заметное снижение смертности от внешних причин, ее высокий уровень – как по сравнению с развитыми странами, так по сравнению с некоторыми другими периодами российской истории - продолжает вызывать особую озабоченность общества. В 2012 году от этих причин умерло, по данным месячной отчетности, 178,9 тысячи человек против 187,9 тысячи человек, или 9,4% от общего числа умерших. В 2011 году число умерших от внешних причин составило по данным месячной регистрации 187,9 тысячи человек (9,8% от общего числа умерших), а по данным годовой разработки – 199,4 тысячи человек (10,4%). В предшествующие годы число умерших от внешних причин было еще больше. Последнее снижение наблюдается с 2003 года, после того как в 2002 году было зарегистрировано 335 тысяч умерших от внешних причин (15,0% от общего числа умерших). Более высокие значения показателей ранее отмечались в 1995 году – 349 тысяч человек, или 15,8% от общего числа умерших.

В этом классе причин смерти выделяется несколько групп внешних причин смерти. В частности, в статистических сборниках «Демографический ежегодник России» и годовых статистических бюллетенях «Естественное движение населения Российской Федерации» приводятся показатели смертности от следующих групп внешних причин:

- от случайных отравлений алкоголем (12,5% умерших от внешних причин в 1995 году, 8,2% в 2011 году);
- от всех видов транспортных несчастных случаев (11,1% и 14,9%), в том числе от дорожно-транспортных происшествий (9,7% в 2011 году, данные за 1995 год отсутствуют);
- от самоубийств (17,5% умерших от внешних причин в 1995 году, 15,6% в 2011 году);
- от убийств (13,0% и 8,4%);
- от повреждений с неопределенными намерениями (14,4% в 1995 году, 17,2% в 2009 году);
- от случайных падений (2,7% в 1995 году и 4,5% в 2009 году);
- от случайных утоплений (5,9% в 1995 году и 4,4% в 2009 году);
- от случайных несчастных случаев, вызванных воздействием электрического тока, радиации и экстремальной температуры или атмосферного давления (0,8% в 1995 году и 0,5% в 2009 году);
- от случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени (2,5% умерших от внешних причин в 1995 году и 4,2% в 2009 году).

Однако данные месячной регистрации смертей регулярно публикуются Росстатом только по 4 группам социально значимых внешних причин смерти:

- от всех видов транспортных несчастных случаев (включая дорожно-транспортные происшествия),
- от случайных отравлений алкоголем;
- от самоубийств;
- от убийств.

В 2010-2012 ежемесячно стали публиковаться также данные об умерших от случайных утоплений и прочих отравлениях (помимо случайных отравлений алкоголем).

По итогам месячной регистрации смертей, в январе-декабре 2012 года продолжалось снижение смертности от всех основных групп внешних причин смерти, кроме смертности от транспортных несчастных случаев. В результате транспортных несчастных случаев всех видов погибло 29,3 тысячи человек, тогда как в январе-декабре 2011 года – 28,8 тысячи человек (29,7 тысячи человек по данным годовой разработки). Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев

увеличилась на 1,5%, составив 20,5 умерших на 100 тысяч человек против 20,2 в январе-декабре 2011 года. Особенно значительно увеличилась смертность из-за дорожно-транспортных происшествий – на 7,6% (20,1 против 18,8 тысячи человек, 14,1 против 13,1 в расчете на 100 тысяч человек).

Смертность от других выделяемых внешних причин снизилась. Более всего сократилась смертность от случайных отравлений алкоголем - на 14,6% по сравнению с январем-декабром 2011 года. Смертность из-за убийств снизилась на 9,6%. Менее значительным было снижением смертности в результате самоубийств (- 5,6%), случайных утоплений (-5,2%), прочих отравлений (на 2,5%) и всех прочих внешних причин (-4,8%).

В более длительной ретроспективе можно говорить о достаточно устойчивых тенденциях снижения смертности от случайных отравлений алкоголем, убийств и самоубийств. Снижение смертности от транспортных несчастных случаев в последние годы затормозилось (рис. 12).

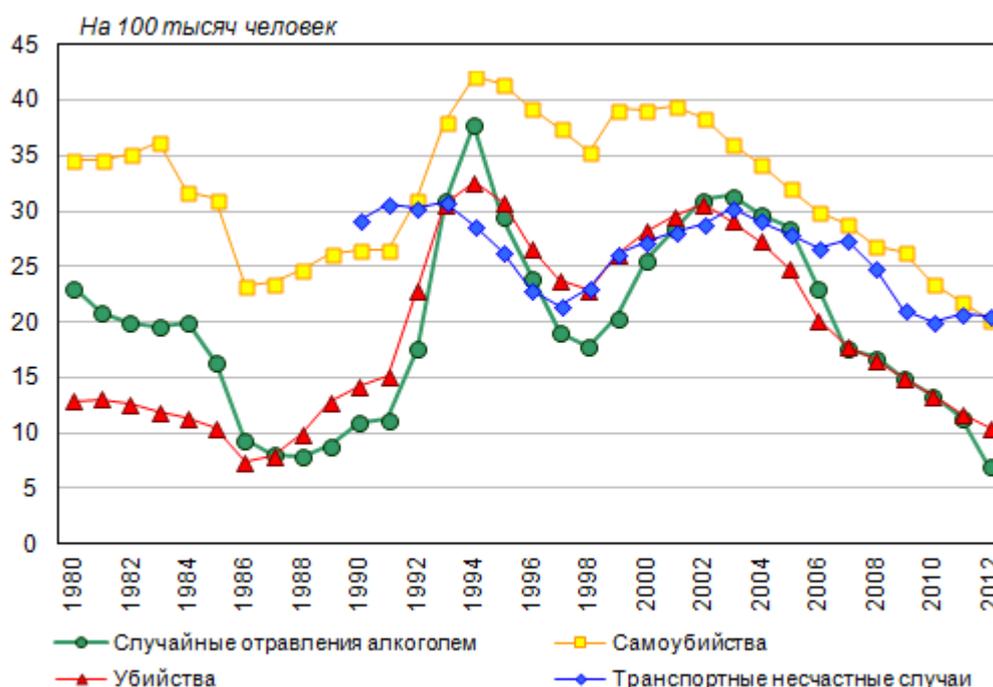


Рисунок 12. Смертность от некоторых внешних причин, 1980-2012* годы, число умерших от указанных причин на 100 тысяч человек постоянного населения

* Коэффициенты смертности за 2003-2010 годы пересчитаны с учетом итогов ВПН-2010; 2012 год - по данным месячной регистрации за январь-декабрь

По данным многолетних наблюдений, наибольшее число умерших в результате самоубийств регистрируется, как правило, в мае (гораздо реже в июне или июле), от случайных отравлений алкоголем – чаще всего в январе, а в июле-августе она заметно ниже (возможно, это связано с циклом сельскохозяйственных работ, отпусков и праздничных дней). Однако на август-октябрь обычно приходится пик смертности от транспортных травм. Причем данные месячной регистрации свидетельствуют о стабилизации уровня смертности от транспортных несчастных случаев в течение уже четырех последних лет – 2009-2012 годов (рис. 13).

Смертность в результате убийств в меньшей степени подвержена влиянию сезонного фактора.

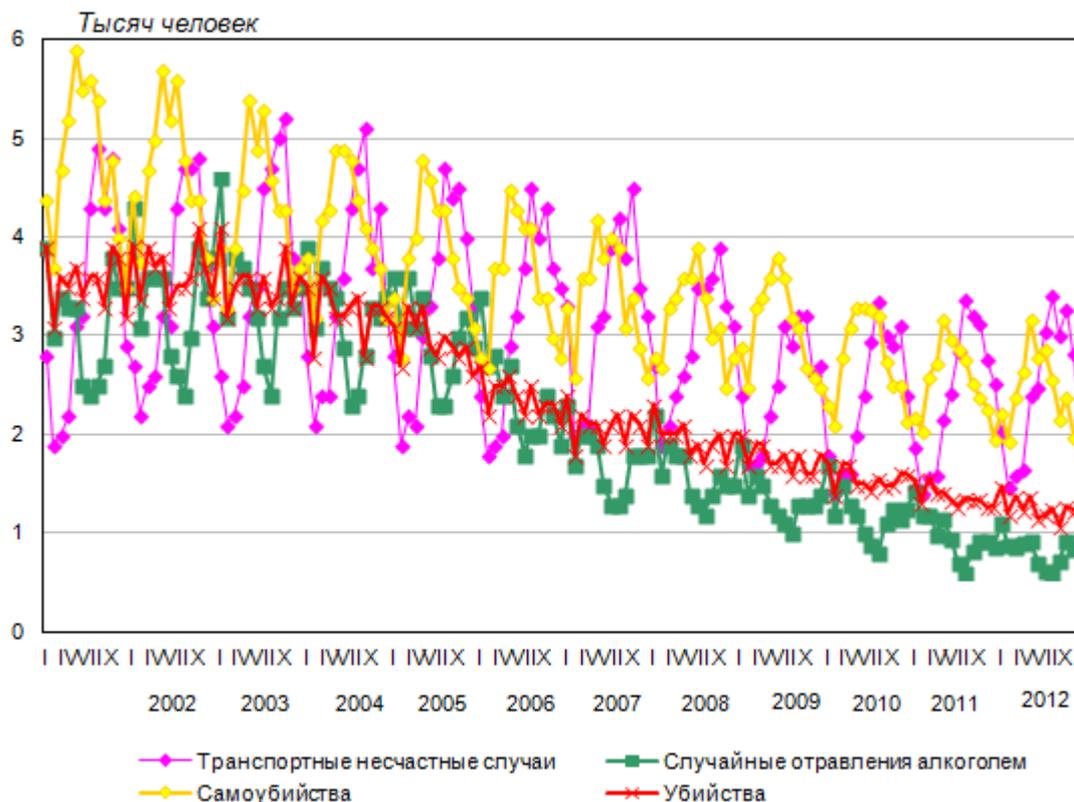


Рисунок 13. Число умерших от некоторых внешних причин по месяцам 2001-2012 годов, тысяч человек

Сезонные отклонения помесечных чисел умерших от среднегодовых значений умерших от некоторых внешних причин смерти в 2012 году наглядно подтверждают эти многолетние закономерности (рис. 14). Смертность из-за несчастных транспортных случаев была выше среднегодового уровня в второй половине года, особенно в августе и сентябре. Смертность в результате самоубийств была выше в апреле-августе с выраженным пиком в мае. Смертность из-за случайных отравлений алкоголем была особенно высока в январе, в марте снизилась до среднегодового уровня, а в апреле-мае вновь повысилась. В июле-августе смертность от случайных отравлений алкоголем была самой низкой (возможно, это связано с циклом сельскохозяйственных работ и отпусков).

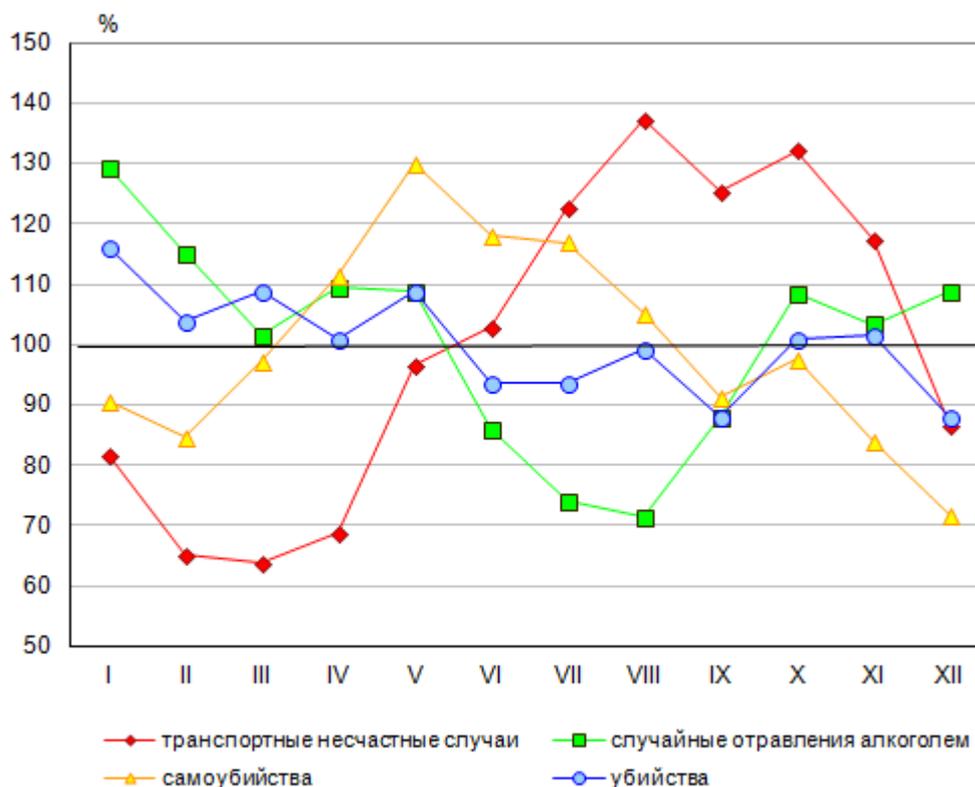


Рисунок 14. Сезонные отклонения помесечных чисел умерших от среднегодовых значений умерших от некоторых внешних причин, 2012 год, %

Значение коэффициентов смертности от отдельных внешних причин заметно различаются по российским регионам. По данным помесечной регистрации, в январе-декабре 2012 года число умерших от случайных отравлений алкоголем в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения варьировалось от 0 в Чеченской Республике и Чукотском автономном округе до 32,9 в Амурской области (рис. 15). В центральной половине регионов (между нижним и верхним квартилем, без 25% регионов с наиболее низкими и наиболее высокими показателями) значение показателя варьировалось в интервале от 2,4 до 14,2 при медианном значении 6,4 на 100 тысяч человек постоянного населения. Высокие значения смертности от случайных отравлений алкоголем – 25 умерших и более на 100 тысяч человек – зарегистрированы, помимо Амурской области, в республиках Алтай, Бурятия, Тыва, Брянской и Кировской области.

Значение коэффициента смертности от транспортных несчастных случаев составило от 3,9 умерших на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе до 52,6 в Республике Тыве; в центральной половине регионов оно варьировалось в сравнительно узком диапазоне от 18,2 до 25,9 при медианном значении 22,4 умерших на 100 тысяч человек. Помимо Республики Тывы, крайне высокие значения показателя зафиксированы в Республике Алтай, Новгородской, Калужской, Ленинградской, Псковской и Курганской областях (от 31 до 41 умершего в расчете на 100 тысяч человек).

Смертность в результате убийств варьировалась от 1,9 умерших на 100 тысяч человек в Чеченской Республике до 66,7 в Республике Тыве; в центральной половине регионов – от 7,1 до 14,4 при медианном значении 10,2 умерших на 100 тысяч человек. Высокие значения показателя, хотя и

вдвое ниже, чем в Тыве, зарегистрированы в Республике Бурятия, Забайкальском крае, Чукотском автономном округе, Амурской области (от 29 до 32 умерших на 100 тысяч человек).

Смертность в результате самоубийств составила по данным месячной регистрации от 0,5 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения в Республике Ингушетии до 64,9 в Республике Алтай. В центральной половине регионов значение коэффициента варьировалось от 13,6 до 32,9 при медианном значении 20,3 умерших на 100 тысяч человек. Крайне высокие значения смертности от самоубийств зарегистрированы в республиках Бурятия и Тыва, Чукотском и Ненецком автономных округах, Еврейской автономной области, Забайкальском крае (от 58 до 64,6 умерших на 100 тысяч человек).

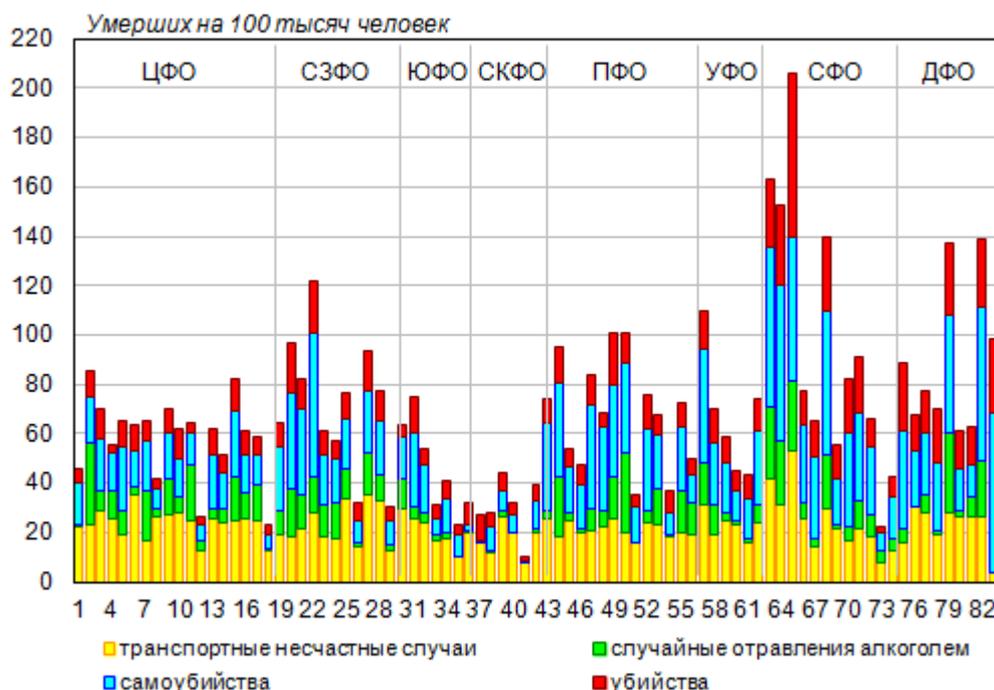


Рисунок 15. Смертность от некоторых внешних причин по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-декабрь 2012 года (по данным месячной регистрации), умерших от данных причин на 100 тысяч человек

Соответственно, различается и структура смертности от внешних причин.

Доля умерших от транспортных несчастных случаев среди всех умерших от внешних причин составила в 2012 году от 1,5% в Чукотском автономном округе до 43,0% в Республике Ингушетии; доля умерших от случайных отравлений алкоголем – от 0 в Чеченской Республике и Чукотском автономном округе до 19,4% умерших от внешних причин в Брянской области (рис. 16).

Доля самоубийц среди всех умерших от внешних причин составила около четверти в республиках Удмуртия, Бурятия, Алтай, Башкортостан, Калмыкия, Ненецком и Чукотском автономных округах, Еврейской автономной области, Забайкальском крае. В то же время она незначительна в Чечне, Ингушетии, Дагестане (менее 5% умерших от внешних причин).

Доля погибших в результате убийств среди умерших от внешних причин варьировалась в 2012 году от 2,5% в Рязанской области до 28,5% в Республике Ингушетии. Кроме того, доля умерших в

результате убийств среди всех умерших от внешних причин высока в республиках Тыва (23%), Дагестан и Саха (Якутия) (по 16%), Бурятия (14%).

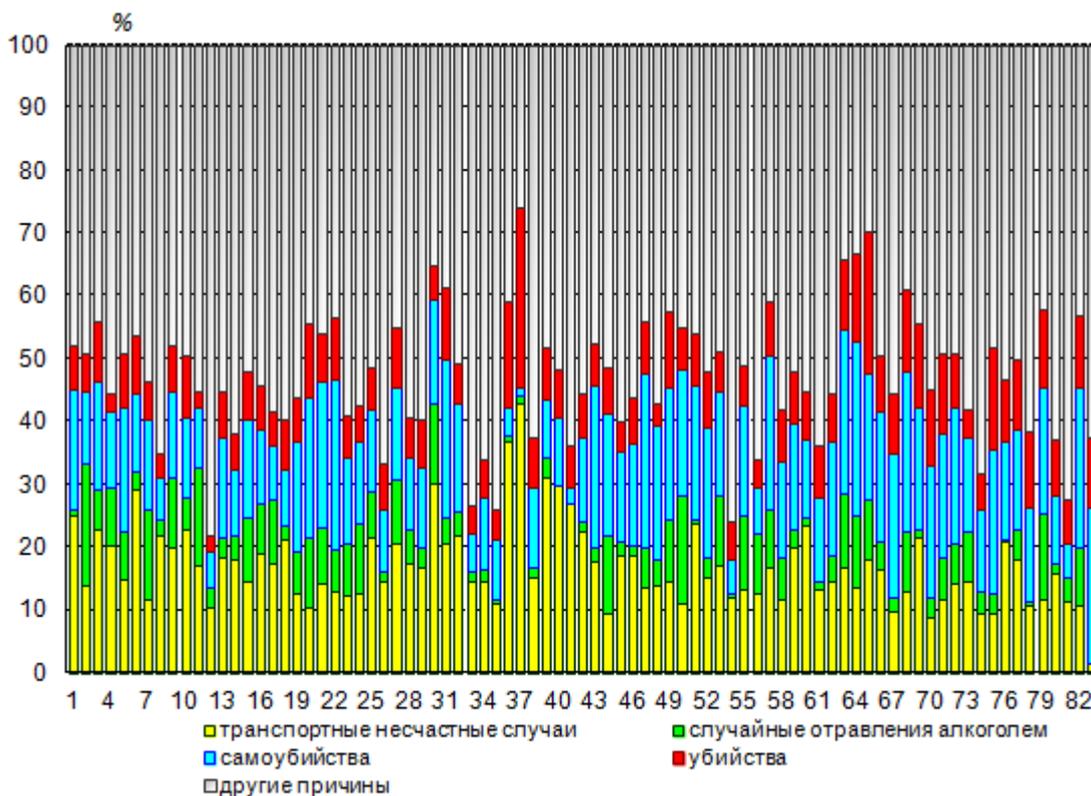


Рисунок 16. Распределение умерших от внешних причин по отдельным причинам смерти в регионах-субъектах Российской Федерации, январь-декабрь 2012 года, % от числа умерших от внешних причин

Ожидаемая продолжительность жизни в третий раз приближается к уровню 70 лет

Данные о числе умерших и общих коэффициентах смертности в целом и по основным классам причин смерти публикуются Росстатом ежемесячно. Эти данные позволяют оперативно, но лишь достаточно грубо оценить тенденции смертности. В качестве более адекватной интегральной характеристики смертности обычно используется ожидаемая продолжительность жизни при рождении, хотя и этот показатель имеет определенные недостатки, так как сильно зависит от конъюнктурных факторов того года, для которого он исчисляется.

В декабре 2012 года Росстат опубликовал оценки ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2003-2010 годах, пересчитанные с учетом итогов ВПН-2010, а также – впервые - для 2011 года⁶: 64 года для мужчин и 76,6 года для женщин.

Пересчет показателей смертности с учетом более высокой численности населения, учтенного в ходе переписи 2010 года, привел к незначительному повышению значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении – на 0,1 года для обоих полов в 2006-2010 годах, немного выше для женщин. Более существенно отличалось от обнародованного годом ранее значение показателя в 2011 году. По сообщению бывшего Министра здравоохранения и социального

развития Российской Федерации⁷, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2011 году, по предварительной оценке на основе данных помесечной регистрации, превысила, наконец, рубеж в 70 лет, составив 70,3 года. По опубликованной оценке Росстата, она так и не перешла этот рубеж в 2011 году, составив 69,8 года. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России уже в третий раз приближается к этому рубежу (по данным за 1986-1987 годы он был даже превышен – 70,1 года), но устойчивого превышения его, в отличие от других стран, пока не наблюдается⁸ (рис. 17). Более того, в отдельные периоды отмечалось значительное снижение. Последнее из них отмечалось с конца 1990-х годов до 2003 года, когда ожидаемая продолжительность жизни при рождении опустилась ниже 65 лет (64,86 года). После этого смертность начала снижаться, а ожидаемая продолжительность жизни – расти. За 2003-2011 годы прирост ожидаемой продолжительности жизни при рождении составил почти 5 лет (4,97 года).

Ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении увеличилась более существенно (на 5,48 года), чем у женщин (на 3,75 года). В результате сверхвысокий разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин, характерный для России на протяжении последних десятилетий, сократился в 2011 году до 11,6 года (75,6 и 64,0) против 13,6 года в 2005 году (72,5 и 58,9) и 13,7 года в 1994 году (71,1 и 57,4).

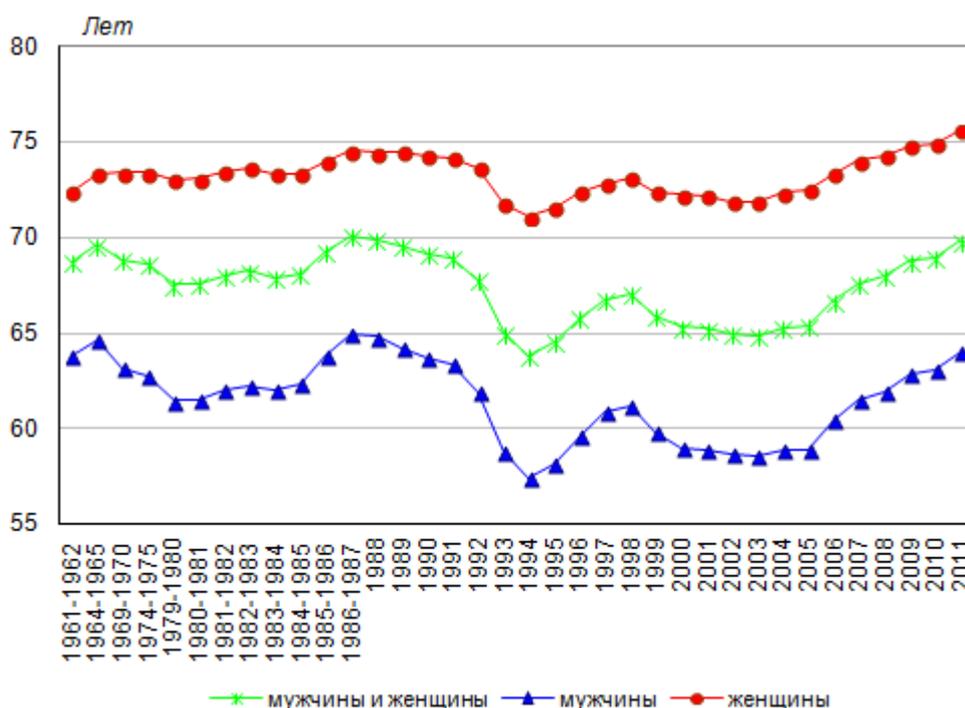


Рисунок 17. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 1961-1962, 1964-1965, 1969-1970, 1974-1975, 1979-2011 годы, лет

Ожидаемая продолжительность жизни существенно различается по регионам России. Более высокие значения неизменно фиксируются в Северо-Кавказском федеральном округе и в целом в Европейской части России, самые низкие – в Дальневосточном федеральном округе. Различия между регионами-субъектами федерации нередко достигали почти 20 лет. При снижении смертности и повышении ожидаемой продолжительности жизни региональная дифференциация сокращается. Так, в 2011 году различия между наименьшим и наибольшим значением ожидаемой продолжительности жизни составили 14,9 года, тогда как в 2005 году – 17,6 года (рис. 18).

В 2011 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении варьировалась от 61,4 года в Республике Тыве до 76,3 года в Республике Ингушетии. В центральной половине регионов (без 25% регионов с самыми низкими значениями показателя и 25% регионов с самыми высокими показателями) она составляла от 67,9 до 70,2 года при медианном значении 69,0 года.

В 2005 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении варьировалась от 55,8 года до 73,5 года в тех же регионах. В центральной половине регионов оно составляло от 62,4 до 66,5 года при медианном значении 64,4 года (среднее значение в целом по России - 65,4 года).

Наиболее значительный прирост ожидаемой продолжительности жизни для обоих полов за 2005-2011 годы отмечался в Калининградской (на 8,4 года) и Ленинградской (на 7,0 года) области. Самым скромным он был в Чеченской Республике (на 0,1 года) и Республике Дагестан (на 1,1 года). Еще в трех республиках - Башкортостан, Адыгея, Ингушетия – и Ямало-Ненецком автономном округе прирост ожидаемой продолжительности жизни за 2005-2011 годы составил от 2,5 до 3 лет.

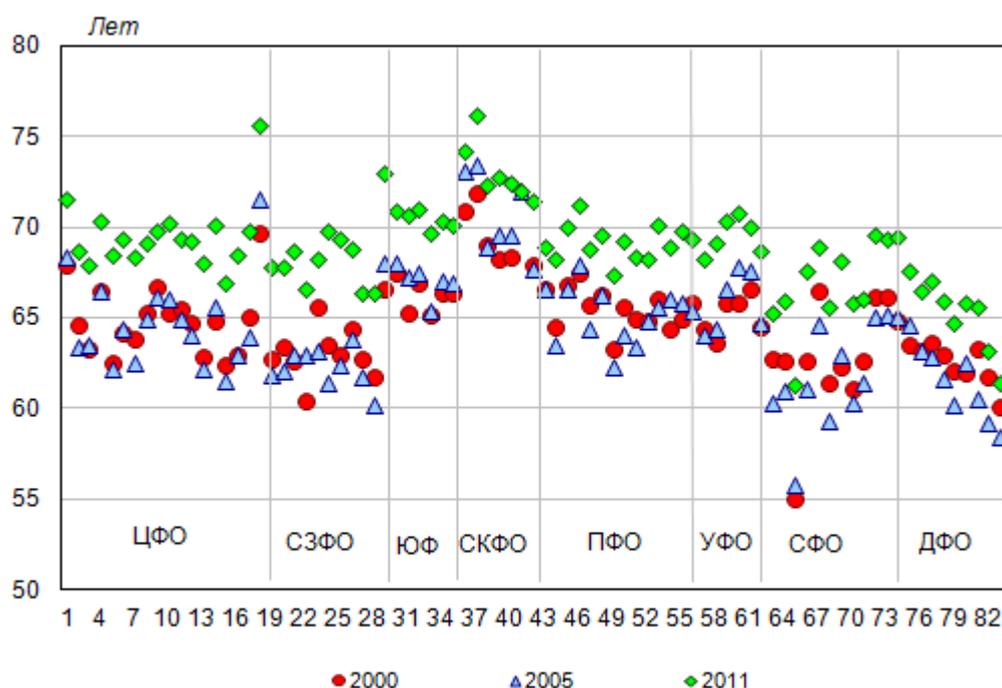


Рисунок 18. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оба пола, по регионам-субъектам Российской Федерации, 2000, 2005 и 2011 годы, лет

Первые три региона с наилучшими показателями ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2011 году существенно отличаются от основной массы российских регионов (табл. 2). В определенной степени это может быть связано с завышением численности населения, учтенного в ходе переписи 2010 год⁹.

Таблица 2. Десять регионов России с наиболее высокими и наиболее низкими значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ), оба пола, 2011 год, лет

Регионы с наиболее высокой ОПЖ		Регионы с наиболее низкой ОПЖ	
Российская Федерация – 69,8			
Республика Ингушетия	76,3	Республика Тыва	61,4
Москва	75,8	Чукотский автономный округ	61,6
Республика Дагестан	74,3	Еврейская автономная область	63,4
Санкт-Петербург	73,1	Амурская область	64,8
Карачаево-Черкесская Республика	72,9	Республика Алтай	65,4
Республика Северная Осетия-Алания	72,6	Сахалинская область	65,7
Кабардино-Балкарская Республика	72,4	Забайкальский край	65,8
Чеченская Республика	72,1	Иркутская область	65,9
Белгородская область	71,7	Магаданская область	66,0
Ставропольский край	71,6	Хабаровский край	66,0

Региональные различия по продолжительности жизни мужчин более значительны, чем по продолжительности жизни женщин. В 2011 году они составили 16,1 года у мужчин и 13,5 года у женщин, в 2005 году – соответственно, 19,3 и 15,5 года (рис. 19).

В 2011 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении варьировалась от 56,3 года в Республике Тыве до 72,4 года в Республике Ингушетии при медианном значении 63,0 года. Прирост по сравнению с 2005 годом отмечался во всех 83 регионах. Наибольшим он был в Калининградской области (на 9,5 года), наименьшим – в Чеченской Республике (на 1,1 года).

Ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении варьировалась от 66,4 года в Чукотском автономном округе до 79,8 года в Москве и 79,7 года в Республике Ингушетии при медианном значении 75,2 года. Прирост по сравнению с 2005 годом отмечался во всех регионах, кроме Чеченской Республики, в которой она сократилась на год (75,6 года в 2011 году против 75,6 года в 2005 году). Наибольший прирост отмечался в той же Калининградской области (на 5,9 года).

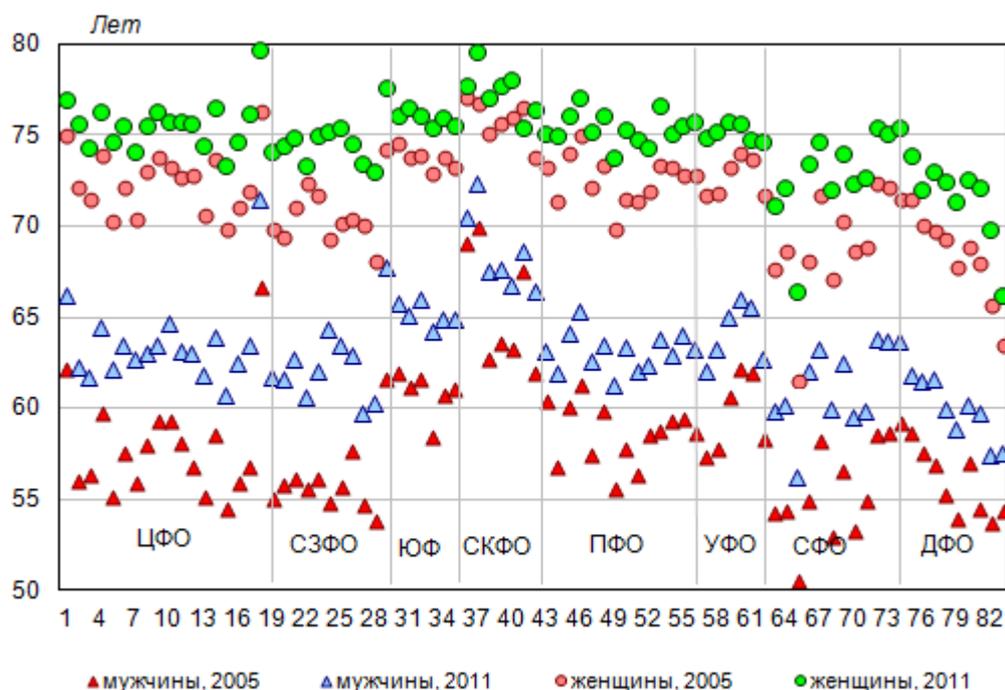


Рисунок 19. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин по регионам-субъектам Российской Федерации, 2005 и 2011 годы, лет

По оценке Росстата, ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении в 2011 году превышала 70 лет лишь в трех регионах – Ингушетии, Москве и Дагестане (рис. 20). В 14 регионах она составляла от 65 до 69 лет, в 27 – от 63 до 65 лет, в 29 – от 60 до 63 лет. В 10 регионах ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении не достигала 60 лет (в республиках Тыва и Алтай, Чукотском автономном округе, Еврейской автономной области, Забайкальском крае, Амурской, Иркутской, Кемеровской, Новгородской, Сахалинской областях).

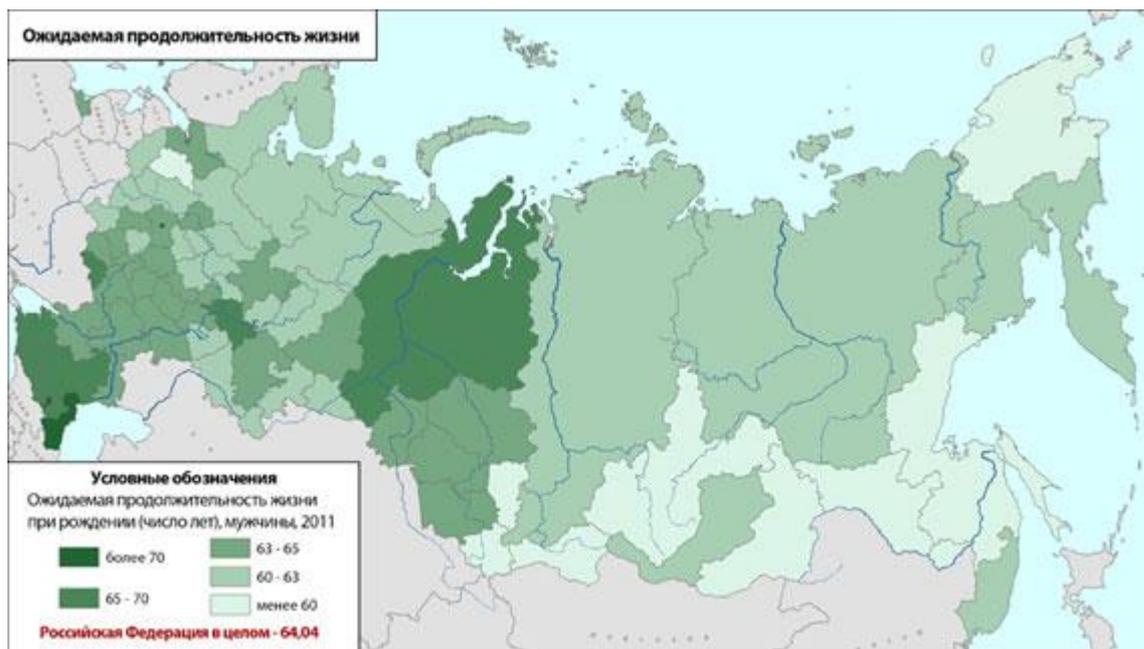


Рисунок 20. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин по регионам-субъектам Российской Федерации, 2011 год, лет

Карта составлена М. Уколовой

Ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении в 2011 году в большинстве регионов была выше, чем у мужчин, на 10 лет и более. Лишь в 9 регионах это превышение не достигает 10 лет (от 7,0 в Чеченской Республике до 9,9 года в Санкт-Петербурге). С другой стороны, в 7 регионах оно составляет 13 лет и более (максимум - 13,9 года в Новгородской области).

Только в трех регионах ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении не достигала 70 лет (рис. 21): в Чукотском автономном округе (66,4 года), Республике Тыве (66,6) и Еврейской автономной области (69,6). В 9 регионах она превышает 77 лет (в республиках Татарстан, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкессия, Дагестан, Северная Осетия – Алания, Ингушетия, в Белгородской области, Москве и Санкт-Петербурге).



Рисунок 21. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении женщин по регионам-субъектам Российской Федерации, 2011 год, лет

Карта составлена М. Уколовой

Наряду с показателем ожидаемой продолжительности жизни при рождении опубликованы возрастные коэффициенты смертности. Значения за 2003-2010 годы уточнены с использованием численности населения, пересчитанной по итогам переписи 2010 года. Сравнение показателей за 2005 и 2011 годы свидетельствует о снижении смертности по всем возрастно-половым группам (рис. 22). В абсолютном выражении оно наиболее значительно в старших возрастных группах, особенно у мужчин – на 11 пунктов промилле у мужчин 60-64 лет (35,3 на 100 тысяч человек в 2011 году против 46,3 в 2005 году), на 12,9 пунктов промилле у мужчин 65-69 лет (45,2 против 58,1). В относительном выражении наибольшее снижение отмечалось у мужчин в возрастных группах 5-9, 20-29, 40-54 года (на 36-40%), у женщин – в возрастных группах до 15 лет (на треть), 15-24 и 50-54 года (на 29-31%)

Значение коэффициентов смертности в возрасте до 5 лет превышает значения смертности в последующих пятилетних возрастных группах – у мужчин до 20 лет, у женщин до 30 лет. Смертность устойчиво увеличивается с возрастом у мужчин начиная с возрастной группы 10-14 лет (0,3 умерших на 1000 человек в возрасте 5-9 лет, 0,4 в возрасте 10-14 лет), у женщин – начиная с возрастной группы 15-19 лет (по 0,2 умерших на 1000 человек в группах 5-9 и 10-14 лет, 0,5 в возрасте 15-19 лет).

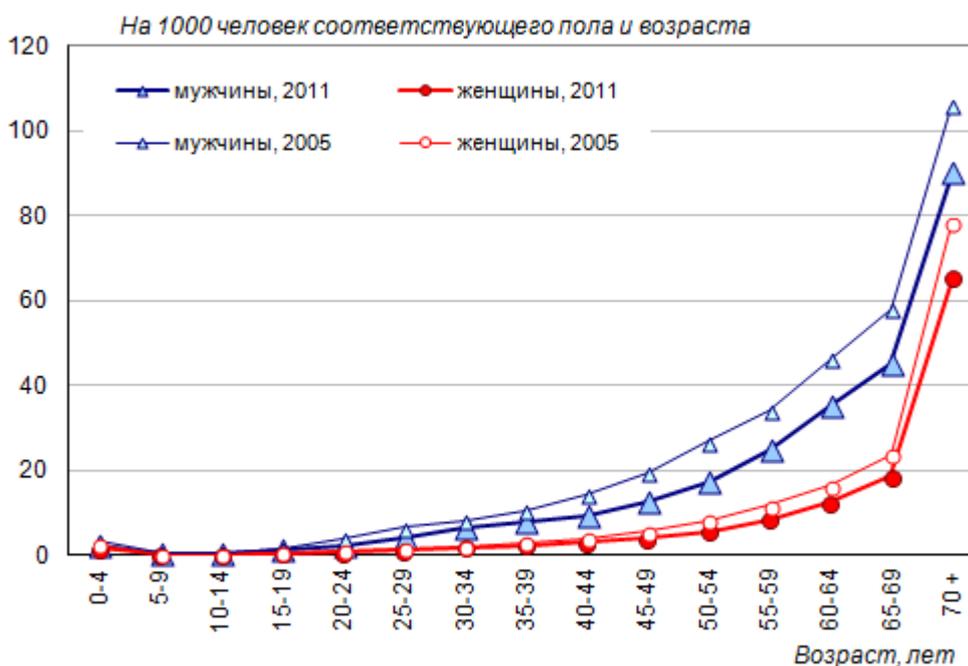


Рисунок 22. Возрастные коэффициенты смертности мужчин и женщин в России, 2005 и 2011 годы, умерших на 1000 человек соответствующего пола и возраста

В связи с изменением критериев живорождения младенческая смертность в 2012 году увеличилась до 8,7‰

Важным показателем смертности и одновременно качества жизни является коэффициент младенческой смертности - число умерших в возрасте до 1 года в расчете на 1000 родившихся живыми. Информация о числе умерших в возрасте до года и оценки коэффициента младенческой смертности публикуются Росстатом не только по данным годовой разработки, но и по данным оперативного учета ежемесячно.

В отличие от общего коэффициента смертности, то поднимавшегося, то снижавшегося на протяжении двух последних десятилетий, коэффициент младенческой смертности неуклонно снижался после увеличения в 1993 году (на 11%), связанного с частичным переходом на международный стандарт в определении живорождения¹⁰, а также в 1999 году (на 2%). Ранее повышение младенческой смертности в России отмечалось также в 1968, 1972-1976, 1984 и 1987 годах (рис. 23). В 2012 году, в связи с расширением критериев живорождения¹¹, о котором уже говорилось выше, младенческая смертность вновь увеличилась.

Число детей, умерших в возрасте до 1 года, быстро снижалось в 1960-е годы за счет сокращения и рождаемости, и смертности, но в 1972-1976 годах стало возрастать из-за повышения младенческой смертности. Начиная с 1988 года, число умерших в возрасте до 1 года неуклонно сокращалось вплоть до 2011 года, снизившись с 48,5 тысячи человек в 1988 году до 13,2 тысячи человек в 2011 году. В 2012 году оно составило, по данным оперативного учета за январь-декабрь, 16,3 тысячи человек, увеличившись на 3,2 тысячи человека, или на 24%. Значение коэффициента младенческой смертности составило 8,7‰ против 7,3‰ за 2011 год, увеличившись на 18,3%¹².

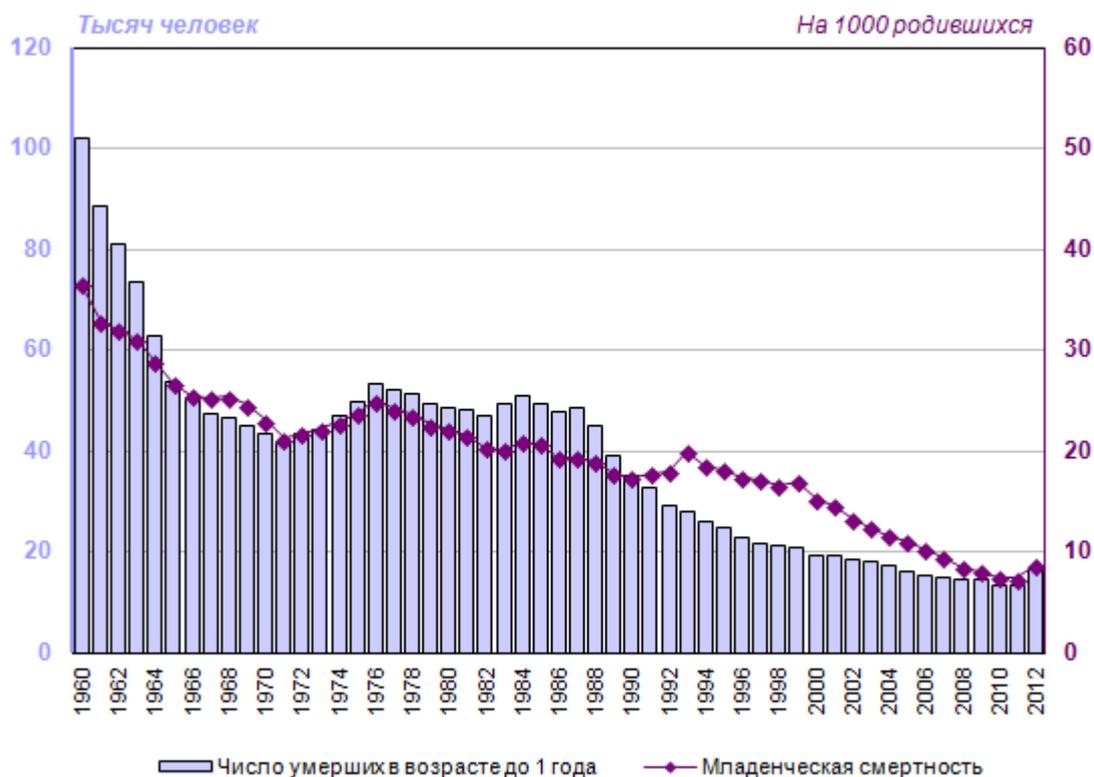


Рисунок 23. Число умерших в возрасте до 1 года (тысяч человек) и коэффициент младенческой смертности (умерших в возрасте до 1 года на 1 родившихся живыми), 1960-2012* годы

* 2012 год – текущие данные за январь-декабрь.

Однако повышение коэффициента младенческой смертности отмечалось не во всех регионах России. В 10 регионах-субъектах Федерации младенческая смертность в 2012 году, несмотря на расширение критериев живорождения, оказалась ниже, чем в 2011 году (в республиках Бурятия и Ингушетии, Ненецком, Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономном округе Югре, Ивановской, Мурманской, Курганской, Ульяновской и Брянской областях), в Курской области осталась на том же уровне. Еще в 10 регионах младенческая смертность увеличилась менее чем на 10%, в 19 регионах прирост составил от 10% до 20%, в 36 регионах – от 20% до 50%. В 7 регионах значение коэффициента младенческой смертности увеличилось в 1,5 раза и более (в республиках Марий Эл, Мордовия, Саха (Якутия), Чувашия, в Чукотском автономном округе, в Псковской и Калужской областях).

По данным за январь-декабрь 2012 года, значение коэффициента младенческой смертности варьировалось от 2,9 умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми в Ненецком автономном округе до 22,3 в Чукотском автономном округе (рис. 24 и табл.3). В центральной половине регионов его значение составляло от 7,2‰ до 9,9‰ при медианном значении 8,4‰.

В 2011 году значение коэффициента младенческой смертности составляло от 3,5‰ в Чувашской республике до 17,5‰ в Чеченской Республике при медианном значении 7,1‰.

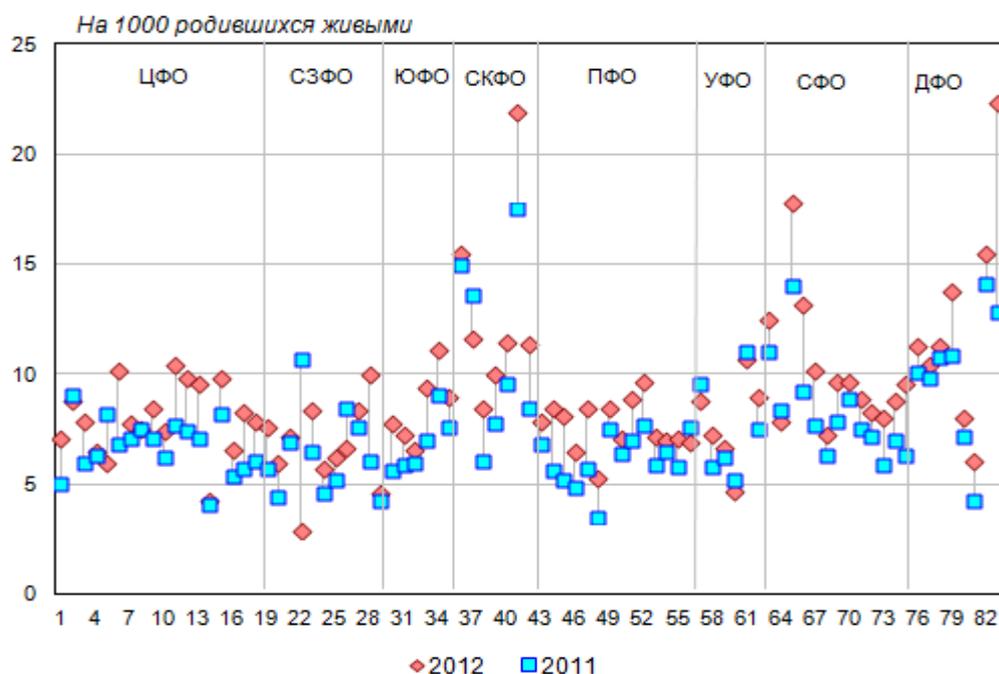


Рисунок 24. Младенческая смертность по регионам-субъектам федерации, январь-декабрь 2012 и 2011 годов, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми

На отдельных территориях страны показатели младенческой смертности вполне соответствуют низкому европейскому уровню. Вместе с тем, в 36 регионах уровень младенческой смертности превышает средний уровень по России, причем в некоторых из них вдвое и более (табл. 2).

Таблица 3. Десять регионов России с наиболее высокими и наиболее низкими коэффициентами младенческой смертности, январь-декабрь 2012 года, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми

Регионы с наиболее низкими показателями младенческой смертности		Регионы с наиболее высокими показателями младенческой смертности	
Российская Федерация – 8,7			
Ненецкий автономный округ	2,9	Чукотский автономный округ	22,3
Тамбовская область	4,3	Чеченская Республика	21,9
Санкт-Петербург	4,6	Республика Тыва	17,8
Ханты-Мансийский автономный округ Югра	4,7	Республика Дагестан	15,5
Чувашская Республика	5,3	Еврейская автономная область	15,5
Калининградская область	5,7	Амурская область	13,8
Ивановская область	6,0	Республика Хакасия	13,2
Республика Коми	6,0	Республика Алтай	12,5
Сахалинская область	6,1	Республика Ингушетия	11,6
Ленинградская область	6,2	Республика Северная Осетия-Алания	11,5

В 80-90-е годы прошлого века снижение уровня младенческой смертности происходило в основном за счет уменьшения смертности детей в возрасте до 1 года от болезней органов дыхания и некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний. В последние годы все большее значение приобретало снижение смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальный период¹³, а также от врожденных пороков развития (рис. 25). В то же время оставалась сравнительно высокой смертность от таких внешних воздействий, которые могут быть устранены или смягчены при надлежащем современном уходе за новорожденными. Именно смертность от преимущественно внешних воздействий (включая внешние причины, инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания и пищеварения) обуславливает, в первую очередь, значительные региональные различия по уровню смертности детей в возрасте до 1 года.

Рост младенческой смертности в 2012 году был связан, прежде всего, как и ожидалось с ростом смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальный период, – почти на 40% (48,4 умерших в возрасте до 1 года на 10 тысяч родившихся живыми против 34,7 в 2011 году). Кроме того, увеличилась смертность от врожденных аномалий – на 3,4% (18,3 против 17,7 умерших в возрасте до 1 года на 10 тысяч родившихся живыми), - а также от некоторых инфекционных и паразитарных болезней – на 4,3% (2,4 против 2,3), в том числе от сепсиса – на 25% (0,5 против 0,4). Младенческая смертность от болезней органов пищеварения осталась на том же уровне, что и в 2011 году (0,5 умерших на 10 тысяч родившихся), снизилась на 14% смертность от болезней органов дыхания (3,7 против 4,3) и на 14,3% от внешних причин (3,6 против 4,3 умерших на 10 тысяч родившихся живыми).

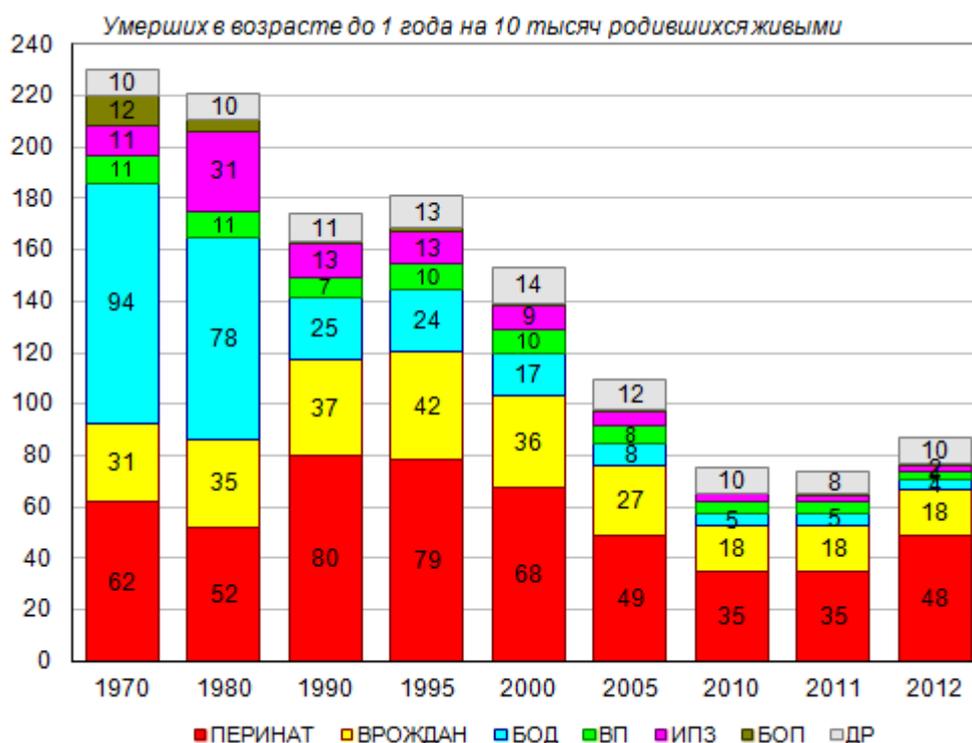


Рисунок 25. Младенческая смертность по основным классам причин смерти, умерших в возрасте до 1 года на 10 000 родившихся живыми

(ПЕРИНАТ - от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде; ВРОЖДАН - от врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений; БОД - от

болезней органов дыхания; ВП - от внешних причин смерти; ИПЗ - от некоторых инфекционных и паразитарных болезней; БОП - от болезней органов пищеварения; ДР - от прочих болезней)

Источники:

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) – www.gks.ru

Социально-экономическое положение России. 2012 год и предыдущие выпуски ежемесячного доклада - www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140086922125;

Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации за январь-декабрь 2012 года - http://www.gks.ru/free_doc/2012/demo/edn12-12.htm;

Российский статистический ежегодник. 2012;

Регионы России. Социально-экономические показатели. 2012;

Демографический ежегодник России. 2010.

Федеральные округа и входящие в них субъекты Российской Федерации на 1 января 2010 года

Центральный федеральный округ

1. Белгородская область
2. Брянская область
3. Владимирская область
4. Воронежская область
5. Ивановская область
6. Калужская область
7. Костромская область
8. Курская область
9. Липецкая область
10. Московская область
11. Орловская область
12. Рязанская область
13. Смоленская область
14. Тамбовская область
15. Тверская область
16. Тульская область
17. Ярославская область
18. г. Москва

Северо-Западный федеральный округ

19. Республика Карелия

Приволжский федеральный округ

43. Республика Башкортостан
44. Республика Марий Эл
45. Республика Мордовия
46. Республика Татарстан
47. Удмуртская Республика
48. Чувашская Республика
49. Пермский край
50. Кировская область
51. Нижегородская область
52. Оренбургская область
53. Пензенская область
54. Самарская область
55. Саратовская область
56. Ульяновская область

Уральский федеральный округ

57. Курганская область
58. Свердловская область
59. Тюменская область
60. Ханты-Мансийский автономный округ
61. Ямало-Ненецкий автономный округ

20. Республика Коми
21. Архангельская область
22. Ненецкий автономный округ
23. Вологодская область
24. Калининградская область
25. Ленинградская область
26. Мурманская область
27. Новгородская область
28. Псковская область
29. г. Санкт-Петербург

Южный федеральный округ

30. Республика Адыгея
31. Республика Калмыкия
32. Краснодарский край
33. Астраханская область
34. Волгоградская область
35. Ростовская область

Северо-Кавказский федеральный округ

36. Республика Дагестан
37. Республика Ингушетия
38. Кабардино-Балкарская Республика
39. Карачаево-Черкесская Республика
40. Республика Северная Осетия-Алания
41. Чеченская Республика
42. Ставропольский край

62. Челябинская область

Сибирский федеральный округ

63. Республика Алтай
64. Республика Бурятия
65. Республика Тыва
66. Республика Хакасия
67. Алтайский край
68. Забайкальский край
69. Красноярский край
70. Иркутская область
71. Кемеровская область
72. Новосибирская область
73. Омская область
74. Томская область

Дальневосточный федеральный округ

75. Республика Саха (Якутия)
76. Камчатский край
77. Приморский край.
78. Хабаровский край
79. Амурская область
80. Магаданская область
81. Сахалинская область
82. Еврейская автономная область
83. Чукотский автономный округ

¹ Начиная с 2003 года в общем числе умерших в Российской Федерации учитываются умершие в Чеченской Республике (за предшествующее десятилетие сведения отсутствуют). Вклад республики в общую смертность населения страны невелик, составляя примерно по 6-7 тысяч человек в год (7,2 тысячи человек в 2003 году, 6,3 в 2004 году, по 5,9 в 2005 и 2006 году, 5,6 в 2007 году, 5,4 в 2008 году, 6,6 в 2009 году, 7,0 в 2010 году, 6,8 тысячи человек в 2011 году, 7,1 тысячи человек в 2012 году).

² В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 года № 1687н "О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи" с апреля 2012 года регистрации в органах ЗАГС подлежат рождения и смерти новорожденных с экстремально низкой массой тела (от 500 до 1000 граммов). Ранее новорожденные с такой массой тела регистрировались в органах ЗАГС в случае, если они прожили после рождения более 168 часов (7 суток).

³ Росстат ежемесячно публикует данные о числе умерших по этим шести крупным классам причин смерти с выделением некоторых основных групп причин внутри них. В более полной и подробной разбивке данные о распределении числа умерших по причинам смерти публикуются в

периодическом издании «Демографический ежегодник России». Последний из опубликованных к настоящему моменту времени сборников - «Демографический ежегодник России. 2010» - содержит данные по 2009 год включительно.

⁴ Значения частных показателей смертности для населения с небольшой численностью подвержены значительным колебаниям от года к году. В том же Ненецком автономном округе смертность от того же класса причин в январе-декабре 2011 года была в 5 раз выше (11,7 на 100 тысяч человек). Для сглаживания подобных колебаний используют средние значения для более продолжительных периодов (нескольких лет).

⁵ В январе-декабре 2011 году доля умерших от других причин смерти (то есть не входящих в шесть перечисленных основных) в Красноярском крае по данным месячной отчетности также была высока – 40,6%, но по результатам уточненной годовой разработки снизилась до 9,1%. То же самое отмечалось и в 2009-2010 годах.

⁶ Российский статистический ежегодник.2012. С. 107 и Приложение.

⁷ О реализации демографической политики Российской Федерации и региональных программ модернизации здравоохранения // Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.А. Голикова г. Набережные Челны 15 февраля 2012 года - <http://www.minzdravsoc.ru/social/demography/30>

⁸ Эта тема уже рассматривалась подробно в Демоскопе Weekly: Е.Андреев. Ожидаемая продолжительность жизни 70 лет, или déjà vu отечественной демографии. <http://demoscope.ru/weekly/2011/0487/tema02.php>

⁹ Е.М.Андреев. О точности результатов российских переписей населения и степени доверия к разным источникам информации // Вопросы статистики № 11, 2012. С. 26-34.

¹⁰ До 1 января 1993 года рождением ребенка (живорождением) считалось полное выделение или извлечение из организма матери плода при сроке беременности 28 недель и больше (ростом 35 сантиметров и больше, массой 1000 граммов и больше), который после отделения от тела матери сделал самостоятельно хотя бы один вдох. Кроме того, к живорожденным относились родившиеся до 28 недель беременности (ростом менее 35 сантиметров и массой тела менее 1000 граммов), прожившие больше 7 дней (т.е. пережившие перинатальный период).

Согласно Государственной программе перехода Российской Федерации на принятую в международной практике систему учета и статистики с 1 января 1993 года было принято определение живорождения, рекомендованное Всемирной организацией здравоохранения: "Живорождением является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный". Однако действовавшая до 2012 года инструкция Минздрава России, утвержденная приказом от 4 декабря 1992 года № 318, не вполне соответствовала рекомендациям ВОЗ, поскольку регистрации подлежали рождения при весе плода от 1000 грамм, а также живорожденные с меньшей массой тела при многоплодных родах. Все остальные родившиеся с массой тела от 500 до 999 г подлежали регистрации в органах ЗАГС только в тех случаях, если они прожили после рождения более 168 часов (7 суток).

¹¹ В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 года № 1687н "О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи" регистрации в органах ЗАГС с апреля 2012 года подлежат рождения и смерти новорожденных с экстремально низкой массой тела (от 500 до 1000 граммов).

¹² Подробнее предварительные итоги нового счета младенческой смертности рассмотрены

Е.Андреевым и Е.Кваша в **предыдущем выпуске Демоскопа Weekly**

¹³ Перинатальная смертность - собирательное понятие, объединяющее смертность жизнеспособных плодов, начиная с 22-й недели беременности и до начала родовой деятельности у матери, а также во время родов и смертность детей в течение первых 168 часов (7 суток) жизни.