

Россия: демографические итоги 2013 года (часть II)

Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

В 2013 году число умерших продолжало снижаться, составив 1878 тысяч человек, или 13,1 в расчете на 1000 человек

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата), в 2013 году число умерших в России продолжало снижаться, составив по данным за январь-декабрь 1878,3 тысячи человек. По сравнению с аналогичными данными помесечной регистрации за январь-декабрь 2012 года (1898,8 тысячи человек)¹, это меньше на 20,5 тысячи человек, или на 1,1%. Общий коэффициент смертности снизился до 13,1 умерших в расчете на 1000 человек постоянного населения против 13,3‰ в 2012 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 ним последовал спад 1995-1998 годов, а затем возобновление роста. Наибольшее число умерших зарегистрировано в 2003 году² - 2366 тысяч человек, или 16,4‰. Затем преобладающим стало снижение этих показателей, перемежавшееся незначительным повышением в 2005 и 2010 годах. В 2013 году число умерших снизилось, по сравнению с 2003 годом, почти на 488 тысяч человек (на 20,6%). Общий коэффициент снизился на 3,3 пункта промилле, или на 20,1%.

Сокращение числа умерших в 2013, как и в предыдущем 2012 году, было умеренным – примерно на 1%, - в отличие от ряда предшествующих лет. Так, в 2006 году снижение числа умерших по сравнению с 2005 годом составило 6,0%, а в 2011 году – 5,1% по сравнению с 2010 годом. В то же время необходимо отметить, что сокращение общего числа умерших происходило несмотря на расширение критериев живорождения³, которое в 2012 году привело к росту числа умерших в возрасте до 1 года (подробнее об этом будет сказано ниже, в соответствующем разделе).

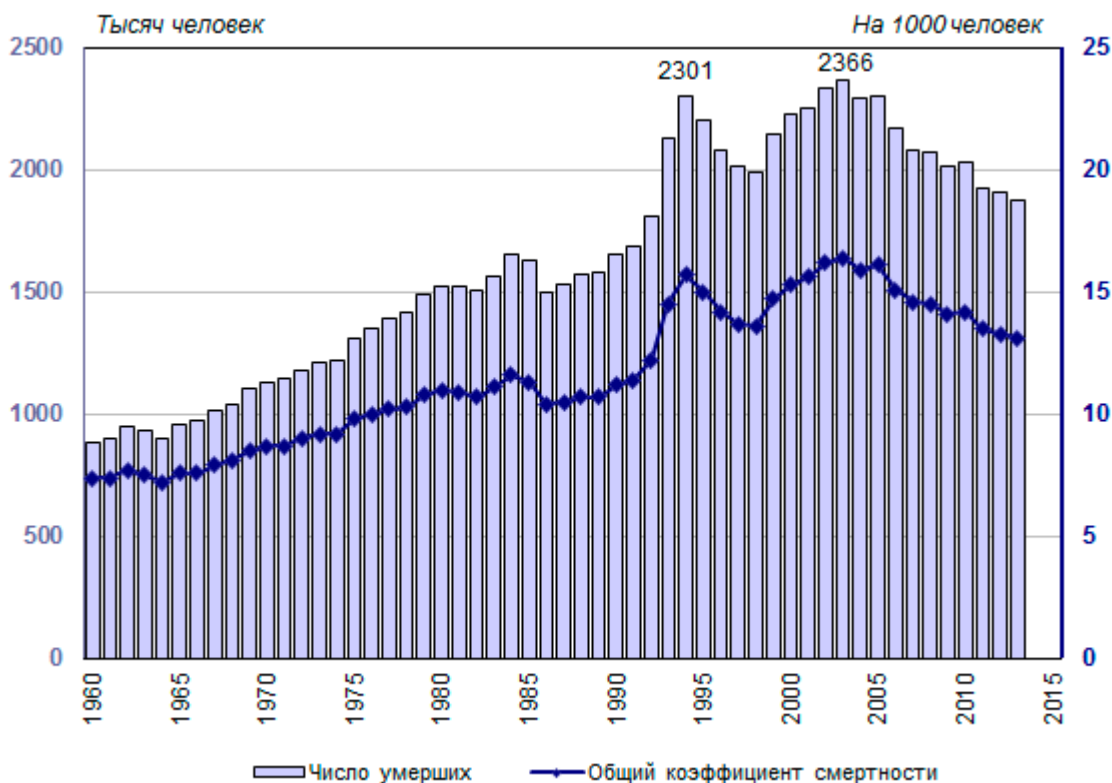


Рисунок 1. Число умерших (тысяч человек) и общий коэффициент смертности (на 1000 человек постоянного населения), 1960-2013* годы

* здесь и далее 2013 год – по данным месячной регистрации за январь-декабрь

Данные месячной отчетности свидетельствуют о том, что наибольшее число смертей обычно приходится на зимне-весенние месяцы, чаще всего, на январь, а наименьшее - на летне-осенние месяцы. Исключением стал 2010 год, в котором наибольшее число умерших было зарегистрировано в июле и августе – по 187 тысяч человек (примерно на четверть больше, чем в те же месяцы предшествующего 2009 года), что было связано с экстремальными природно-климатическими условиями и широким распространением пожаров на многих территориях России. Между тем, обычно именно на август приходится, как правило, наименьшее число умерших (рис. 2).

В 2013 году меньше всего смертей, по данным месячной регистрации, отмечено в июне (143 тысячи), а больше всего в январе (181 тысяча). Снижение числа умерших, по сравнению с аналогичными данными месячной регистрации в 2012 году, отмечалось во все месяцы 2013 года, кроме января (на 9% больше⁴), апреля (на 5%), июля, сентября и октября (менее чем на 1%).

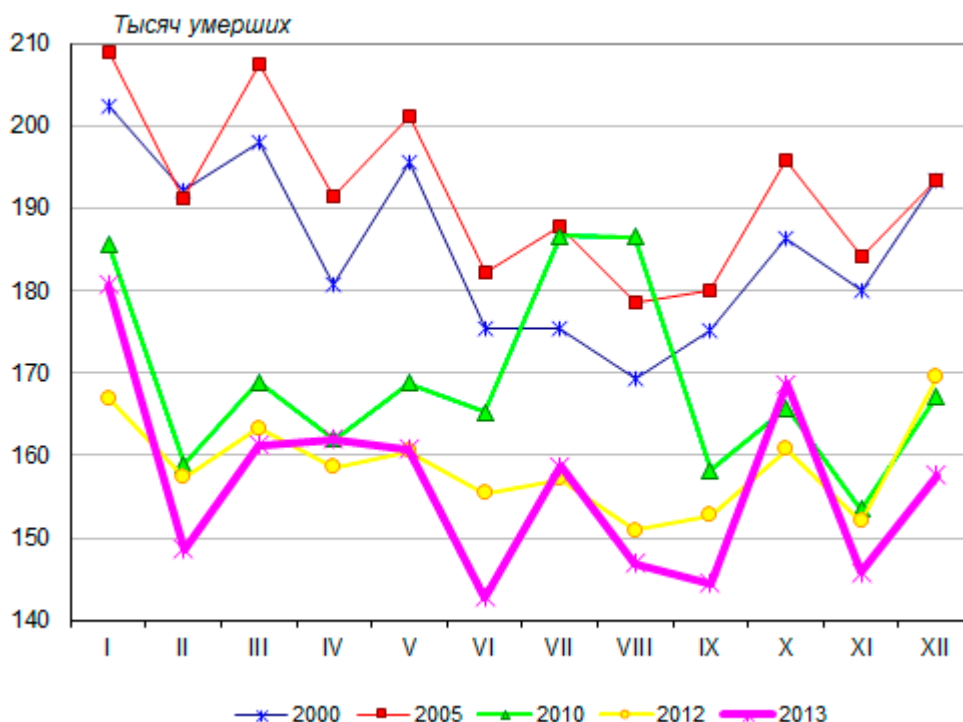


Рисунок 2. Число умерших, по месяцам 2009- 2013 годов, тысяч человек

Сезонные отклонения помесечных 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 2013 году наибольшее превышение среднегодовых значений, по данным помесечной регистрации, отмечалось в январе, что вполне соответствует многолетним сезонным трендам. Наибольшие отклонения от среднегодовых значений в меньшую сторону отмечались в августе, что также соответствует обычной сезонности. Менее выраженные отклонения в апреле и октябре в сторону повышения, с одной стороны, и в июне и ноябре в сторону снижения, вероятно, будут еще меньше по уточненным данным годовой разработки.

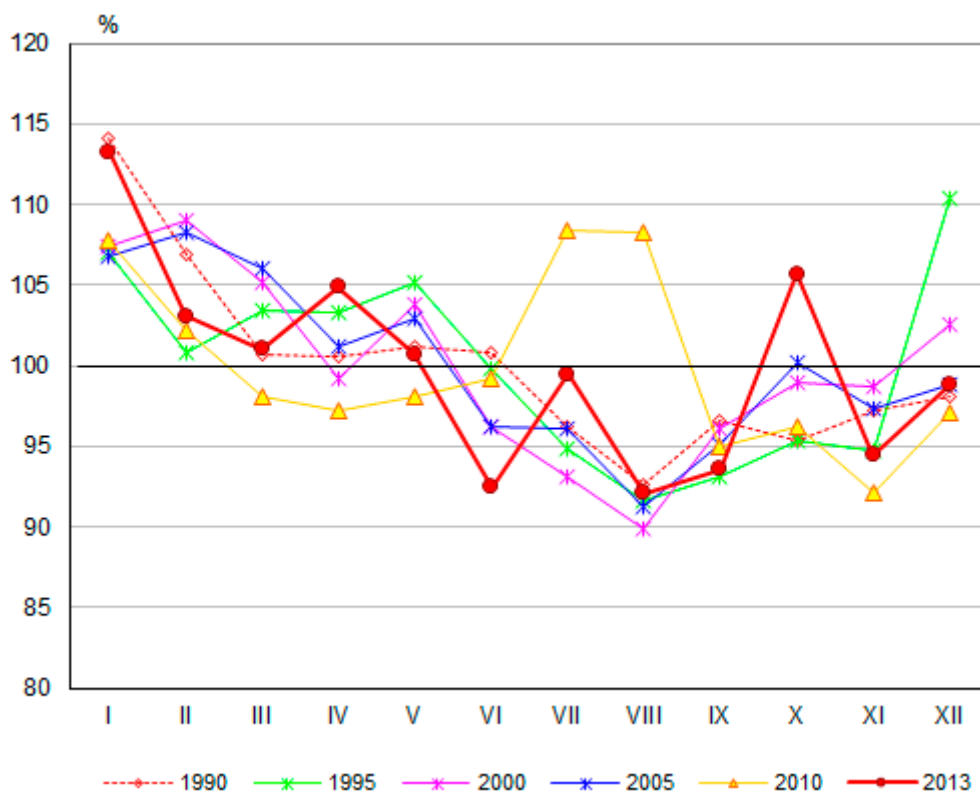


Рисунок 3. Сезонные отклонения помесечных чисел умерших от среднегодовых значений, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 и 2013 годы, %

Снижение числа умерших в 2013 году, по сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2012 года, отмечалось во всех федеральных округах, кроме Приволжского федерального округа, и в 64 из 83 субъектов федерации. В 19 регионах-субъектах федерации число умерших увеличилось. Наиболее значительно увеличилось число умерших в Ненецком автономном округе - на 5,7% (на 25 человек). Заметный прирост числа умерших наблюдался также в Самарской области (на 3,5%), Республике Мордовии (2,2%), Ульяновской (1,4%) и Саратовской (1,0%) областях.

Наиболее значительное сокращение числа умерших за январь-декабрь 2013 года произошло в Чукотском автономном округе (на 9,2%), а также в Магаданской и Амурской областях и Республике Саха (Якутия) – более чем на 6,0%.

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).

Значение общего коэффициента смертности, по данным помесечной регистрации, варьировалось в январе-декабре 2013 года в более узких пределах, чем в 2012 году, - от 3,5‰ в Республике Ингушетии до 18,6‰ в Псковской области (от 3,7‰ до 19,5‰ в тех же регионах в 2012 году).

Медианное значение снизилось с 13,8‰ до 13,6‰. В центральной половине регионе (между нижним и верхним квартилем, если отсечь по 25% снизу и сверху в ряду регионов, упорядоченному по рассматриваемому признаку), значение общего коэффициента смертности находилось в сравнительно узком диапазоне от 11,9‰ до 15,0‰ (в 2012 году - от 12,2‰ до 15,2‰). В двух регионах значение общего коэффициента смертности в 2013 году превысило 18‰, еще в 10 регионах Северо-Западного и Центрального федеральных округов составляло от 16 до 18‰. В 30 регионах общий коэффициент смертности был ниже среднего уровня по России в целом (13,1‰), причем в пяти из них (в республиках Ингушетия, Чечня, Дагестан, Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономном округе Югра) - более чем вдвое.

По сравнению с 2012 годом, общий коэффициент смертности снизился в 59 регионах-субъектах федерации, в 11 остался на том же уровне, в 13 незначительно увеличился. Наиболее значительное снижение зафиксировано в Чукотском автономном округе, Псковской и Амурской области (примерно на пункт промилле), в остальных регионах оно не превышало 0,7 пункта промилле. Наибольшее увеличение общего коэффициента смертности – на 0,5 пункта промилле – отмечалось в Ненецком автономном округе и Самарской области.

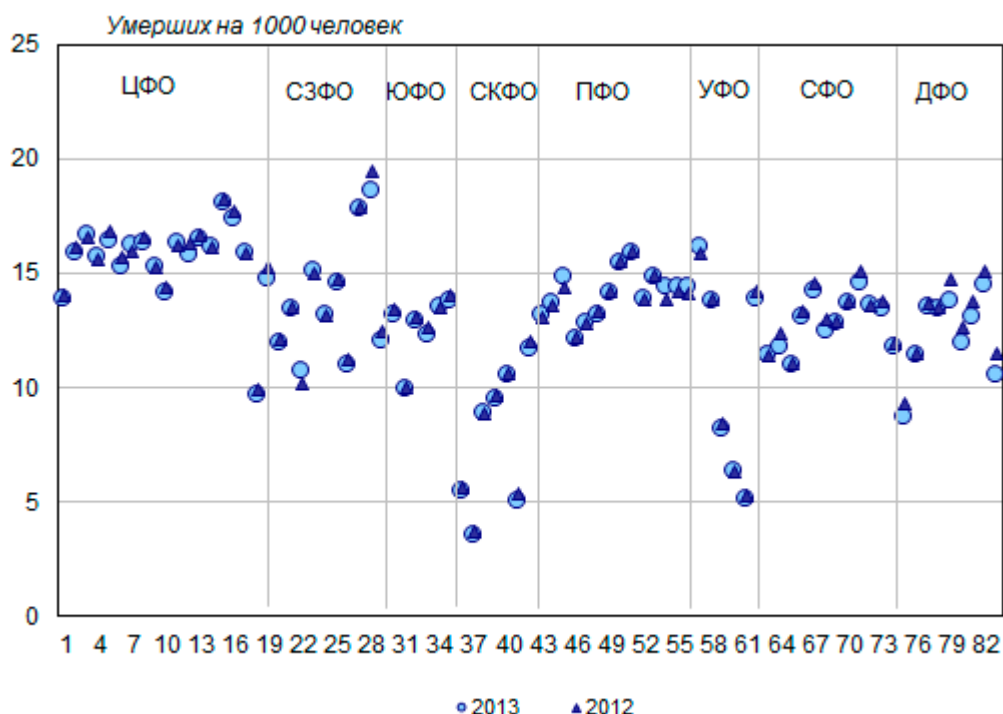


Рисунок 4. Общий коэффициент смертности по регионам-субъектам Российской Федерации, 2012 и 2013 годы (по данным месячного учета за январь-декабрь), ‰

Общий коэффициент смертности позволяет оперативно, но лишь достаточно грубо оценить тенденции смертности. В качестве более адекватной интегральной характеристики смертности обычно используется ожидаемая продолжительность жизни при рождении, которая рассчитывается на основе данных уточненной годовой разработки⁵.

Ожидаемая продолжительность жизни, по предварительным оценкам, возросла до 70,7 года

Согласно последним из опубликованных Росстатом данным, ожидаемая продолжительность жизни при рождении для обоих полов вместе превысила 70 лет, составив в 2012 году 70,24 года. Приближение к этому рубежу происходит в России уже в третий раз⁶, а превышен он во второй раз (по данным за 1986-1987 годы ожидаемая продолжительность жизни составила 70,1 года). По предварительной оценке, в 2013 году значение показателя возросло до 70,7 года⁷. Рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении продолжается уже десятый год – по сравнению с 2003 годом она увеличилась на 5,9 года, но по сравнению с лучшим показателем, зарегистрированным в 1986-1987 годах, - всего на 0,6 года (рис. 5).

В отличие от большинства развитых стран, в которых ожидаемая продолжительность жизни в последние десятилетия устойчиво и довольно быстро повышалась, в России наблюдались периоды значительного снижения. 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. Но отставание остается значительным - например, по сравнению с Европейским союзом, оно составляет около 10 лет⁸.

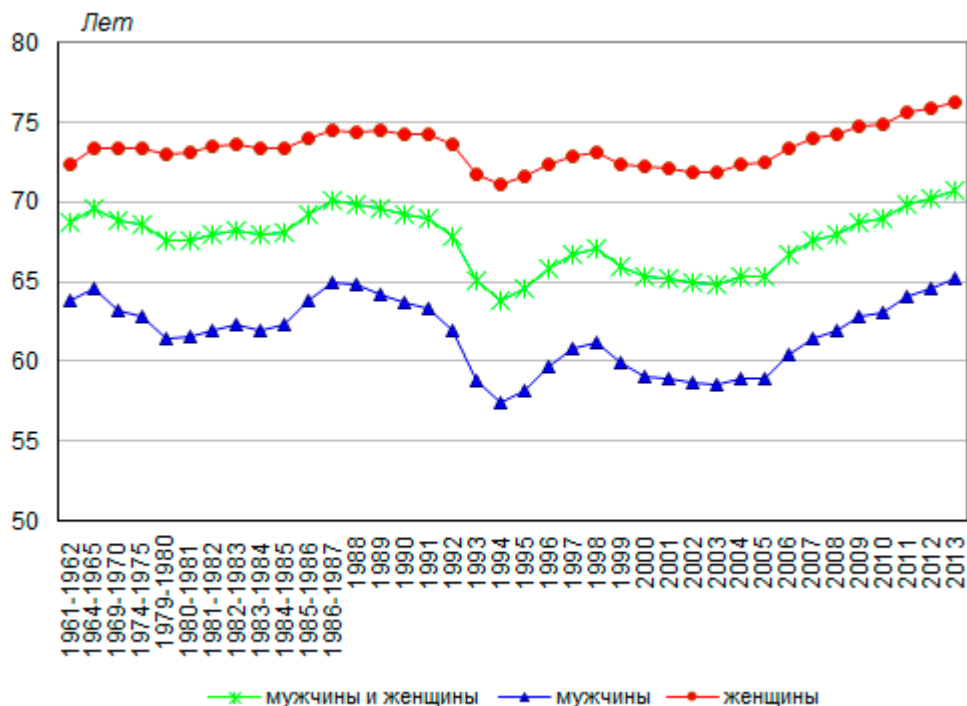


Рисунок 5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 1961-1962, 1964-1965, 1969-1970, 1974-1975, 1979-2013 годы, лет

Помимо этого для России характерны значительные различия в продолжительности жизни мужчин и женщин. По предварительной оценке за 2013 год, ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении составила 65,2 года, а женщин – 76,2 года. По сравнению с 2003 годом ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении увеличилась более существенно (на 6,7 года), чем у женщин (на 4,4 года). В результате сверхвысокий разрыв в продолжительности жизни женщин и

мужчин, характерный для России на протяжении последних десятилетий, сократился в 2013 году до 11,0 года против 13 лет и более в предшествующие годы⁹. Однако в конце 1980-х годов этот разрыв был меньше (9,6 года). В Европейском союзе он почти вдвое ниже (5,6 года в 2012 году¹⁰).

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. В 2012 году различия между наименьшим и наибольшим значением ожидаемой продолжительности жизни составили 17,0 года, в 2005 году – 17,6 года, в 2000 году – 16,8 года (рис. 6).

В 2012 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении варьировалась от 60,8 года в Чукотском автономном округе до 77,8 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 68,2 до 70,7 года при медианном значении 69,5 года. Рубеж в 70 лет был превышен в 31 регионе, тогда как в 2005 году – только в 4, а в 2000 году – только в 2 регионах-субъектах федерации.

Наиболее значительный прирост ожидаемой продолжительности жизни при рождении за 2005-2012 годы отмечался в Калининградской (на 8,6 года), а также в Ленинградской (на 7,3 года) и Ивановской (на 7,1 года) областях. В половине регионов прирост превышал 5 лет. Только в Чеченской Республике отмечалось небольшое сокращение (на 0,2 года). В республиках Дагестан и Башкортостан, Чукотском автономном округе прирост ожидаемой продолжительности жизни был самым низким - от 1,8 до 3 лет, в остальных – более 3 лет.

Первые три региона с наилучшими показателями ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2012 году – Республика Ингушетия (77,8 года), Москва (75,7), Республика Дагестан (74,9) - существенно отличаются от основной массы российских регионов (на 1,5 года). В определенной степени это может быть связано с завышением численности населения, учтенного в ходе Всероссийской переписи 2010 года¹¹.

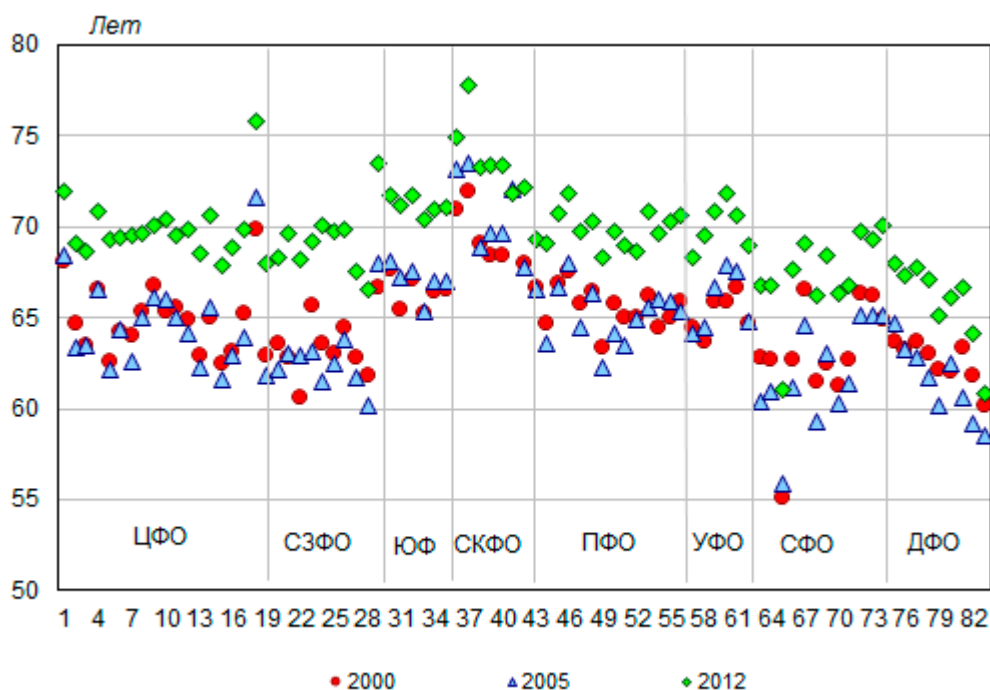


Рисунок 6. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины и женщины, по регионам-субъектам Российской Федерации, 2000, 2005 и 2012 годы, лет

Региональные различия между крайними значениями по продолжительности жизни мужчин более значительны, чем по продолжительности жизни женщин. В 2012 году они составили 18,9 года у мужчин и 15,9 года у женщин, в 2005 году – соответственно, 19,3 и 15,5 года (рис. 7).

В 2012 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении варьировалась от 55,5 года в Республике Тыве до 74,4 года в Республике Ингушетии при медианном значении 63,5 года. Значение показателя превышало 70 лет лишь в трех регионах (Ингушетии, Москве и Дагестане), в 16 регионах составляло от 65 до 69 лет, в 32 регионах – от 63 до 65 лет, в 27 регионах – от 60 до 63 лет. В 5 регионах ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении не достигала 60 лет (в Республике Тыве, Чукотском автономном округе, Еврейской автономной, Амурской и Иркутской областях). Прирост по сравнению с 2005 годом отмечался во всех 83 регионах. Наибольшим он был в Калининградской области (на 10,0 года), наименьшим – в Чеченской Республике (на 1,5 года).

Ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении варьировалась от 64,9 года в Чукотском автономном округе до 80,7 года в Республике Ингушетии при медианном значении 75,5 года. Только в двух регионах она не достигала 70 лет: в Чукотском автономном округе и Республике Тыве (66,9). В 10 регионах ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении составляет 77 лет и более (в республиках Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Дагестан, Карачаево-Черкессия, Кабардино-Балкария, Татарстан и Адыгея, в Белгородской области, Москве и Санкт-Петербурге). Прирост по сравнению с 2005 годом отмечался во всех регионах, кроме Чеченской Республики, в которой она сократилась на 1,9 года. Наибольший прирост отмечался в той же Калининградской области (на 5,8 года).

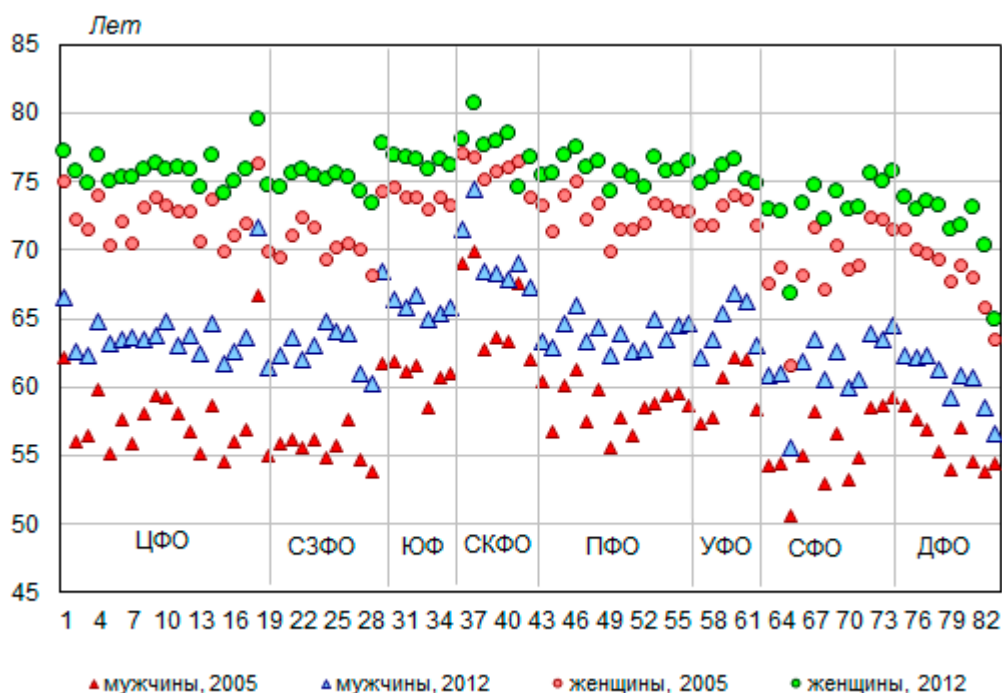


Рисунок 7. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении мужчин и женщин по регионам-субъектам Российской Федерации, 2005 и 2012 годы, лет

Ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении в 2012 году в большинстве регионов-субъектов федерации была выше, чем у мужчин, на 10 лет и более. Лишь в 11 регионах это превышение не достигало 10 лет (от 5,7 года в Чеченской Республике до 9,8 года в Ханты-Мансийском автономном округе Югре). С другой стороны, в 7 регионах оно составляет 13 лет и более (до 13,9 года в Ненецком автономном округе).

Продолжала снижаться смертность от болезней системы кровообращения и внешних причин, но смертность от болезней органов дыхания выросла

По данным оперативного учета за январь-декабрь 2013 года (без учета диагнозов окончательных медицинских свидетельств), продолжала снижаться смертность от болезней системы кровообращения и внешних причин. При достаточно умеренном снижении общего числа умерших (на 1,1% по сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2012 года) число умерших от болезней системы кровообращения и внешних причин сократилось более существенно (на 4,3% и 4,0%, соответственно). Более умеренное снижение отмечалось по группе некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (на 0,9%). Одновременно заметно увеличилось число умерших от болезней органов дыхания (на 4,9%) и незначительно – от болезней органов пищеварения и новообразований (на 0,3% по обоим классам¹²). Существенно увеличилось число умерших от прочих болезней (на 13,4%).

Структура смертности по причинам смерти меняется со временем. Это обусловлено как прогрессом (или регрессом) в области медицины, здравоохранения и качества жизни в целом, так и изменениями в половозрастном составе населения. Определенную роль играют и особенности классификации причин смерти¹³.

В России, начиная с середины 1970-х годов, более половины смертей обусловлены болезнями системы кровообращения (рис. 8). В отдельные годы (2007-2008) доля умерших от этого класса причин смерти достигала 57%. В 2013 году она составила, по данным оперативного месячного учета, 53,2%, что несколько ниже, чем по аналогичным данным за январь-декабрь 2012 года (54,9%). Среди болезней системы кровообращения выделяется, прежде всего, ишемическая болезнь, которая является причиной смерти более половины умерших от болезней системы кровообращения (28,0% от общего числа умерших в январе-декабре 2013 года). Причиной смерти почти каждого третьего умершего от болезней системы кровообращения являются цереброваскулярные заболевания (16,5% от общего числа умерших).

Второе место среди причин смерти по распространенности занимают новообразования (в основном, злокачественные), хотя иногда они отодвигались на третье место внешними причинами смерти. В 2013 году новообразования стали причиной смерти 15,4% умерших в России (в том числе злокачественные новообразования – для 15,2%). В последние годы преобладала тенденция роста доли умерших от новообразований, что вполне согласуется с тенденцией старения населения, однако пока она не достигла значений показателя в начале 1990-х и второй половине 1960-х годов.

Третье место среди причин смерти населения России прочно удерживают внешние причины. В отдельные годы – 1980, 1993-1996 и 1999-2005 годы – они выходили на второе место среди основных классов причин смерти, обуславливая до 15% и более от общего числа смертей. С началом XXI века доля умерших от внешних причин устойчиво сокращалась. В 2008 году она опустилась ниже уровня 1990 года (11,8% против 12%), в 2012 году - до 10,2%, а в январе-декабре 2013 года – до 9,1% (9,4% по данным оперативного учета за январь-декабрь 2012 года). Такая тенденция, безусловно, благоприятна, но, тем не менее, потери населения России от внешних причин, нередко вполне устранимых, до сих пор остаются слишком высокими.

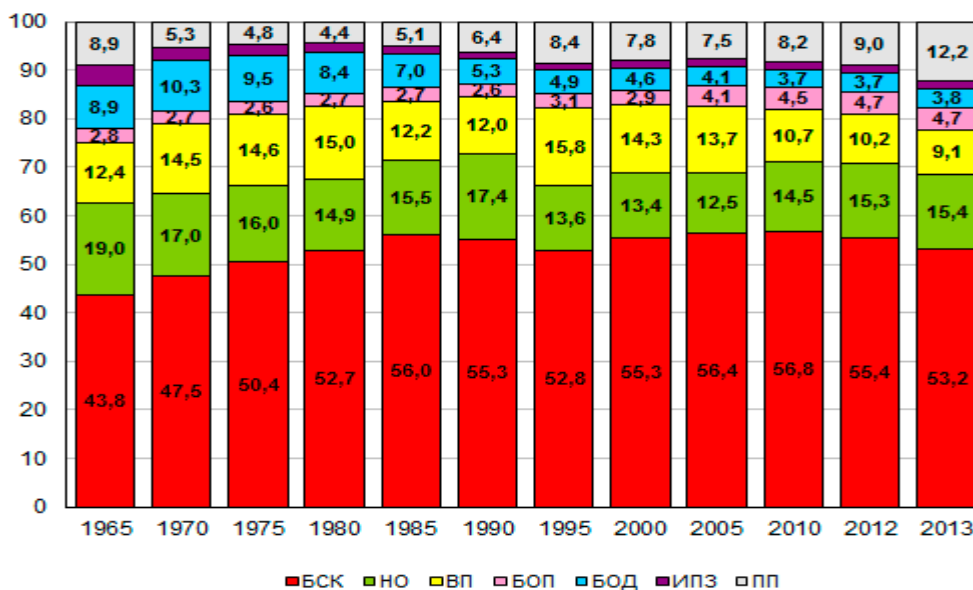


Рисунок 8. Распределение умерших в России по основным классам причин смерти, отдельные годы периода 1965- 2013 годов, %

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

В целом, эти три класса причин смерти обуславливают около 80% смертей в России. 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 органов дыхания стала ниже, чем от болезней органов пищеварения и, с некоторыми колебаниями, опустилась ниже уровня 4%. По данным за январь-декабрь 2013 года, доля умерших от болезней органов дыхания оказалась больше, чем по аналогичным данным за январь-декабрь 2012 года (3,8% против 3,6%).

Ведущую роль в смертности населения от болезней органов дыхания в последние годы играют пневмонии, которые стали причиной смерти примерно половины умерших от болезней органов дыхания в 2008-2013 годах против 35% в 2000 году и 27% в 1995 году. Вклад хронических заболеваний нижних дыхательных путей несколько снизился (до 41% умерших от болезней органов дыхания в 2011-2012 годах против 56% в 2000 году). Доля умерших от гриппа и острых респираторных заболеваний составляет около 1% умерших от болезней органов дыхания. В 2013 году увеличение смертности отмечалось по всем трем группам заболеваний органов дыхания.

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 стала превышать 4%, поднявшись до 4,7% в 2012 году. В январе-декабре 2013 года доля умерших от болезней органов пищеварения также составила 4,7%, немного увеличившись по сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2012 года (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 (до 55% в 2007-2012 годах против 45% в 2000 году). Немаловажную роль в этом играет алкогольная болезнь печени: в 2005-2012 годах она послужила причиной смерти примерно каждого седьмого умершего от болезней органов пищеварения (15% в 2010 году, 13% в 2012 году) против 4% в 1995 году и 8% в 2000 году. Относительно стабильна доля умерших от болезней поджелудочной железы (около 12% умерших от болезней органов пищеварения), несколько снизилась доля умерших от язвенной болезни (около 10% в 2010-2012 годы против 13% в 1995 и 2000 годах), от желчекаменной болезни и холецистита (2,8% в 2012 году против 5,9% в 1995 году).

Среди класса инфекционных и паразитарных болезней, обуславливающих около 1,7% смертей в России, 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 56% в 2012 году и 52% в январе-декабре 2013 года. Одновременно с этим быстро увеличивается доля умерших от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека. Она возросла от 0 в 1995 году и 0,6% в 2000 году до 28% умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в 2012 году (8975 человек). Кроме того, возросла доля умерших от вирусных гепатитов, которая в середине 1990-х не достигала 2% от числа умерших от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (1,8% в 1995 году), а в последние годы удвоилась (4,0% в 2012 году). Доля умерших от кишечных инфекций, напротив, заметно сократилась – от 6,9% умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в 1995 году до 1,0% в 2009 году. Однако в 2010-2011 отмечался небольшой рост (до 1,2%). В январе-декабре 2013 года она вновь опустилась до 1,0%.

Следует также отметить рост доли умерших от симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях. В середине 1990-х годов она лишь немного превышала 4% (4,3% в 1995 году), а в последние годы превышает 5% (почти 108 тысяч умерших, или 5,7% от общего числа умерших в 2012 году). Более половины смертей от этого класса причин обусловлены старостью (3,5% от общего числа умерших в 2012 году). Довольно значительное число смертей происходит по неустановленным причинам (40,7 тысячи, или 2,1% от общего числа смертей в 2012 году).

Распределение умерших по причинам смерти заметно различается по половозрастным группам. В частности, мужчины значительно реже, чем женщины, умирают от болезней системы кровообращения, но гораздо чаще от внешних причин смерти (рис. 9 и 10). Внешние причины до 2010 года удерживали второе место среди причин смерти мужчин. Только в 2011-2012 годы (а ранее в 1990 году) новообразования вызывали больше смертей мужчин, чем внешние причины. В структуре смертности женщин внешние причины до середины 1980-х годов занимали четвертое место, а третье – болезни органов дыхания. Со снижением вклада болезней органов дыхания в смертность женщин внешние причины переместились на третье место, которое и удерживают до сих пор, хотя и со значительным отрывом от двух первых основных причин – болезней системы кровообращения и новообразований. В последние годы болезни органов дыхания отодвинулись на пятое место среди причин смерти женщин, уступив четвертое место болезням органов пищеварения. В смертности мужчин болезни органов дыхания оставались на четвертом месте до 2011 года, а в 2012 году уступив его болезням органов пищеварения, отодвинулись на пятое место.

Тенденция роста доли умерших от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний более характерна для мужчин. К 1990 году она снизилась до 1,7% от общего числа умерших мужчин против 5,8% в 1965 году, а затем стала расти, поднявшись до 2,7% в 1999 году и оставаясь на уровне около 2,5% в последующие годы. Доля женщин, умерших от этого класса причин, в общем числе умерших снизилась к 1990 году до 0,5% против 2,9% в 1965 году. В середине 1990-х годов наметилась тенденция умеренного роста. В 2010-2012 годах доля женщин, умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней, составляла 0,9%.

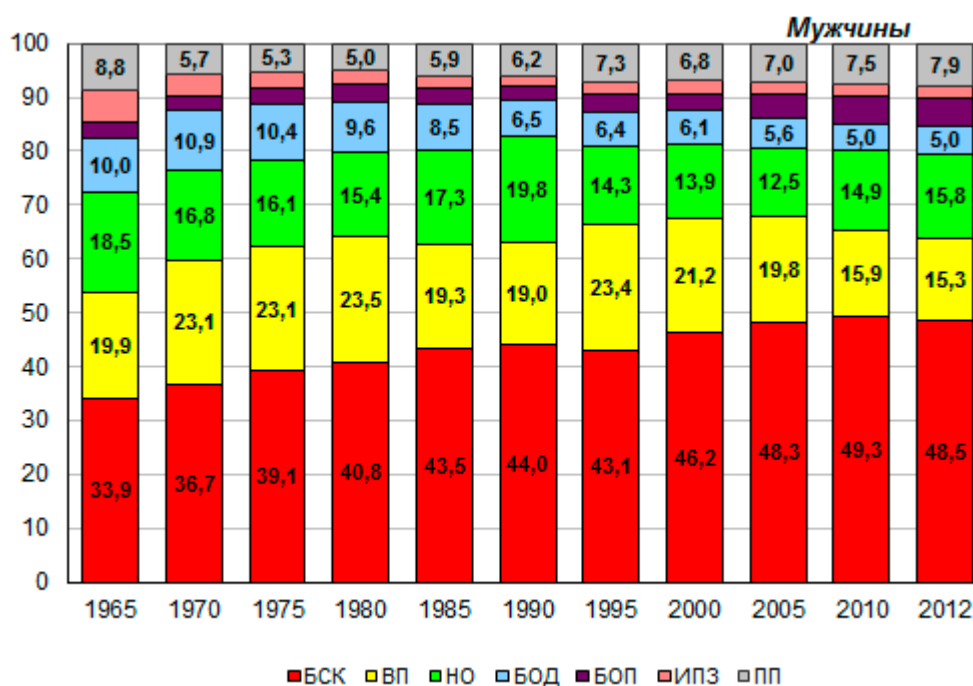


Рисунок 9. Распределение умерших мужчин по основным классам причин смерти, Россия, отдельные годы периода 1965- 2012 годов, %

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

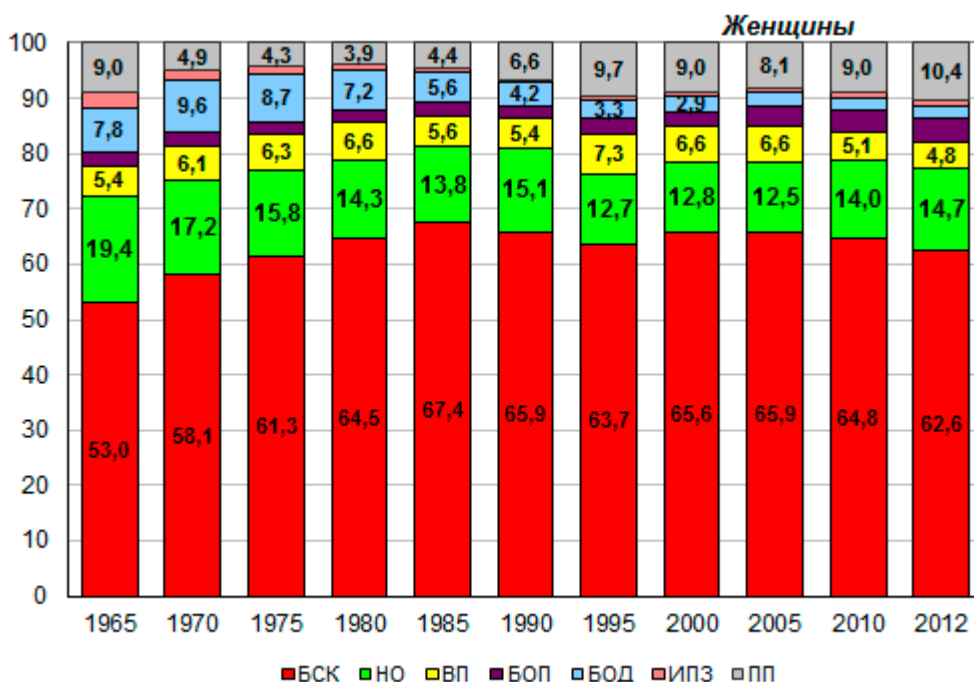


Рисунок 10. Распределение умерших женщин по основным классам причин смерти, Россия, отдельные годы периода 1965- 2012 годов, %

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

Для характеристики тенденций смертности используются различные коэффициенты и вероятности, соотносящие числа умерших и живущих. В первую очередь оперативно поступает информация об общих коэффициентах смертности в целом и по отдельным основным классам причин смерти. По данным оперативной отчетности, в 2013 году продолжали снижаться общие коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин и немного снизились коэффициенты смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (рис. 11).

В наибольшей степени снизился коэффициент смертность от болезней системы кровообращения – на 4,5% (общий коэффициент смертности от всех причин снизился всего на 1,3%), составив в январе-декабре 2013 года 697 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения против 729 в январе-декабре 2012 года (737 по данным годовой разработки). Самое высокое значение смертности от этого класса причин смерти за период наблюдения отмечалось в 2003 году – 928 на 100 тысяч человек.

Общий коэффициент смертности от внешних причин сократился на 4,2%, составив 120 умерших на 100 тысяч человек против 125 в 2012 году. Устойчивое снижение коэффициента смертности от этого класса причин смерти наблюдается с 2003 года (235 на 100 тысяч человек в 2002 году), но особенно заметным оно стало в последние годы.

Коэффициент смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней снизился на 0,9%, составив 21,2 на 100 тысяч человек. Снижение в 2013 году произошло в основном за счет сокращения смертности от туберкулеза (на 9,8%). Относительно невысокий коэффициент

смертности от кишечных инфекций остался неизменным, от других инфекционных и паразитарных заболеваний, включая вызванные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), возрос на 11,1%.

Увеличился коэффициент смертности от болезней органов дыхания (на 4,6%), составив в январе-декабре 2013 года 50,3 против 48,1 на 100 тысяч человек в январе-декабре 2012 года.

Незначительно увеличился коэффициент смертности от болезней органов пищеварения (на 0,2%, 61,0 против 60,9 на 100 тысяч человек) и от новообразований (на 0,1%, 201,5 против 201,2 на 100 тысяч человек). Уровень смертности от новообразований остается относительно стабильным с 1990-х годов.

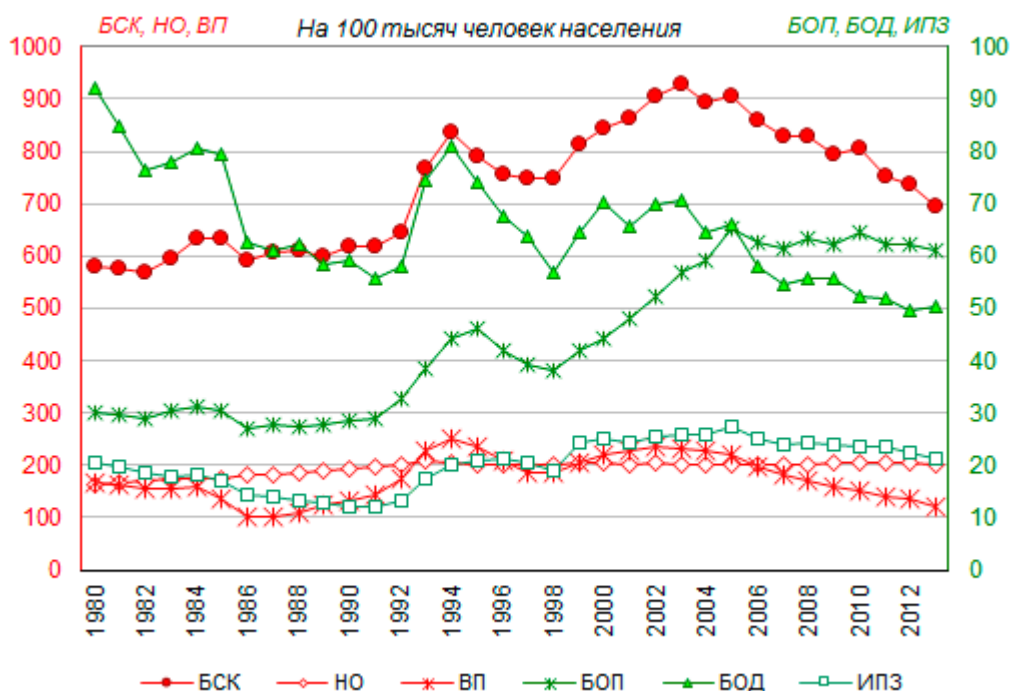


Рисунок 11. Коэффициент смертности в России по основным классам причин смерти, 1980-2013 годы, умерших от данных причин на 100 тысяч человек постоянного населения

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 выраженная сезонная зависимость – больше всего умерших от этих причин регистрируется, как правило, в январе-марте, меньше всего – в июле-сентябре (рис. 12). Исключением стал 2010 год из-за чрезвычайно неблагоприятных природно-климатических условий в летние месяцы. Больше всего умерших от болезней органов дыхания было зарегистрировано в январе, марте и августе (по 6,6 тысячи человек), а от болезней системы кровообращения - в августе (108,2 тысячи человек). В 2013 году пиковые значения умерших от болезней органов дыхания наблюдались в январе и марте (более 7 тысяч человек в месяц), а наибольшее число умерших от болезней системы кровообращения было зарегистрировано в январе (101,5 тысячи человек). Наименьшее число

умерших от болезней органов дыхания зарегистрировано в июне (5,0), а от болезней системы кровообращения – в ноябре (73,5 тысячи человек).

Сезонные колебания отмечаются и в смертности по другим причинам.

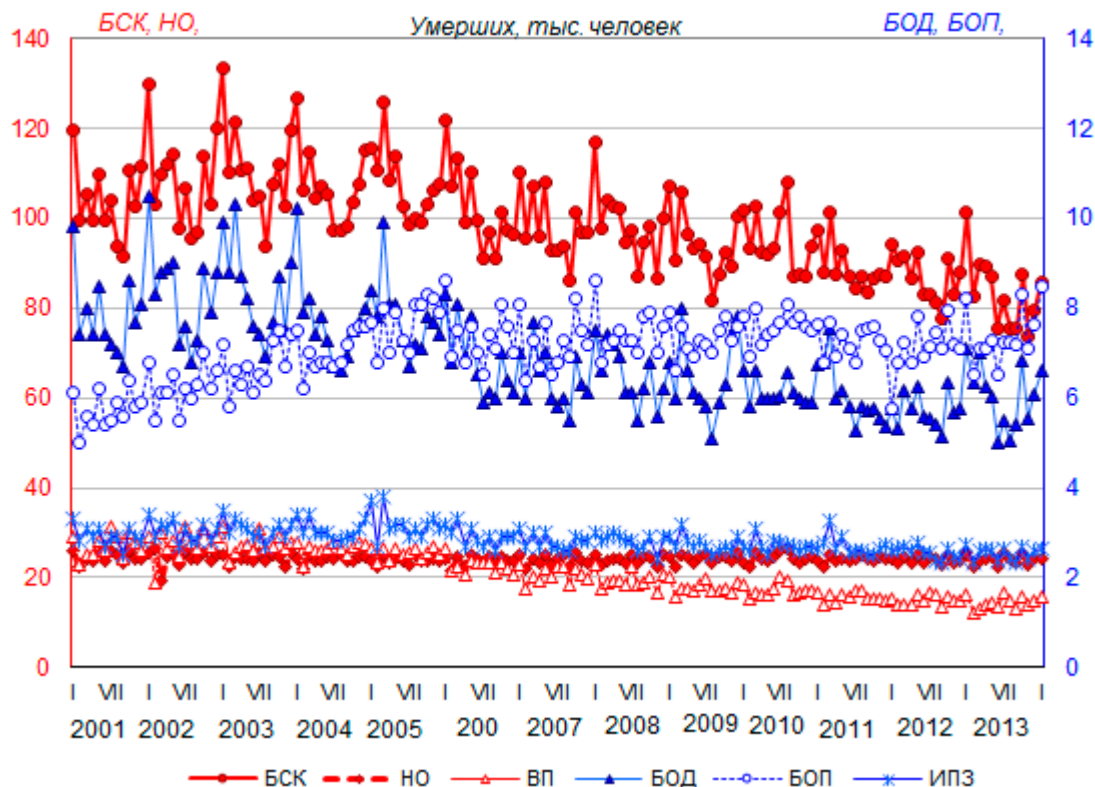


Рисунок 12. Число умерших от основных причин смерти по месяцам 2001-2013 годов, тысяч человек

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 помесячных чисел умерших от среднегодовых значений умерших по основным причинам смерти в 2013 году свидетельствуют о пике смертности от болезней органов дыхания в январе-марте и значительном спаде в июне-сентябре (рис. 13). Январский пик отмечался в смертности от болезней системы кровообращения. Смертность от внешних причин была выше, как и в другие годы, в январе и июле, а также в октябре, от болезней органов пищеварения – в октябре.

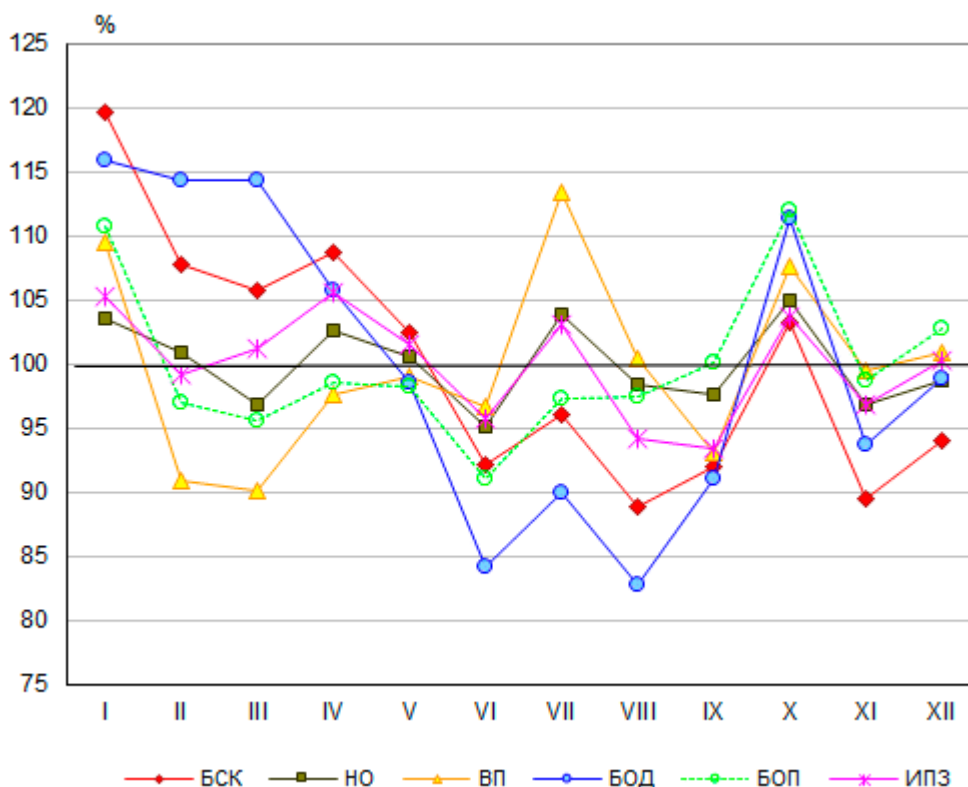


Рисунок 13. Сезонные отклонения месячных чисел умерших от среднегодовых значений умерших по основным причинам смерти, 2013 год, %

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

Коэффициенты смертности от отдельных причин смерти заметно различаются 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 коэффициента смертности от болезней системы кровообращения и новообразований характерны для Северо-Западного и Центрального федерального округа, в населении которых велика доля населения старших возрастов. Коэффициент смертности 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 оперативного учета за январь-декабрь 2013 года, варьировалось от 185 умерших на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 1157 в Тверской области (рис. 14). В центральной половине регионов (без 25% регионов с самыми высокими и самыми низкими значениями) он составлял от 570 до 793 на 100 тысяч человек при медианном значении 707 на 100 тысяч человек.

Значение коэффициента смертности от новообразований варьировалось от 48 в Республике Ингушетии до 272 в Курганской области; в центральной половине регионов – от 174 до 227 при

медианном значении 206 умерших на 100 тысяч человек. Помимо Ингушетии низкими показателями смертности от новообразований отличаются Дагестан (73), Ямало-Ненецкий автономный округ (76), Чечня (77), а также другие регионы с молодым составом населения, хотя во всех из них коэффициент смертности от новообразований превышает 110 на 100 тысяч человек.

Значение коэффициента смертности от внешних причин составило в январе-декабре 2013 года от 25 на 100 тысяч человек в республиках Чечне и Ингушетии до 278 в Республике Тыве; в центральной половине регионов – от 110 до 162 при медианном значении 135 на 100 тысяч человек.

Смертность от болезней органов пищеварения в январе-декабре 2013 года составила от 6 умерших на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 113 в Ивановской области. В центральной половине регионов значение показателя варьировалось в довольно узком интервале от 52 до 78 при медианном значении 63 умерших в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения.

Значение коэффициента смертности от болезней органов дыхания варьировалось от 8 в Республике Ингушетии до 105 умерших на 100 тысяч человек в Республике Марий Эл; в центральной половине регионов значение показателя варьировалось от 41 до 64 при медианном значении 53 умерших на 100 тысяч человек.

Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в январе-декабре 2013 года варьировалась от 4 умерших в расчете на 100 тысяч человек в Белгородской области до 65 в Республике Тыве. В центральной половине регионов она варьировалась от 12 до 26 при медианном значении 16 умерших на 100 тысяч человек. При этом значение коэффициента смертности от туберкулеза (всех форм) составляло от 1,7 до 59 в тех же регионах, в центральной половине регионов – от 6 до 14 при медианном значении 10 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения.

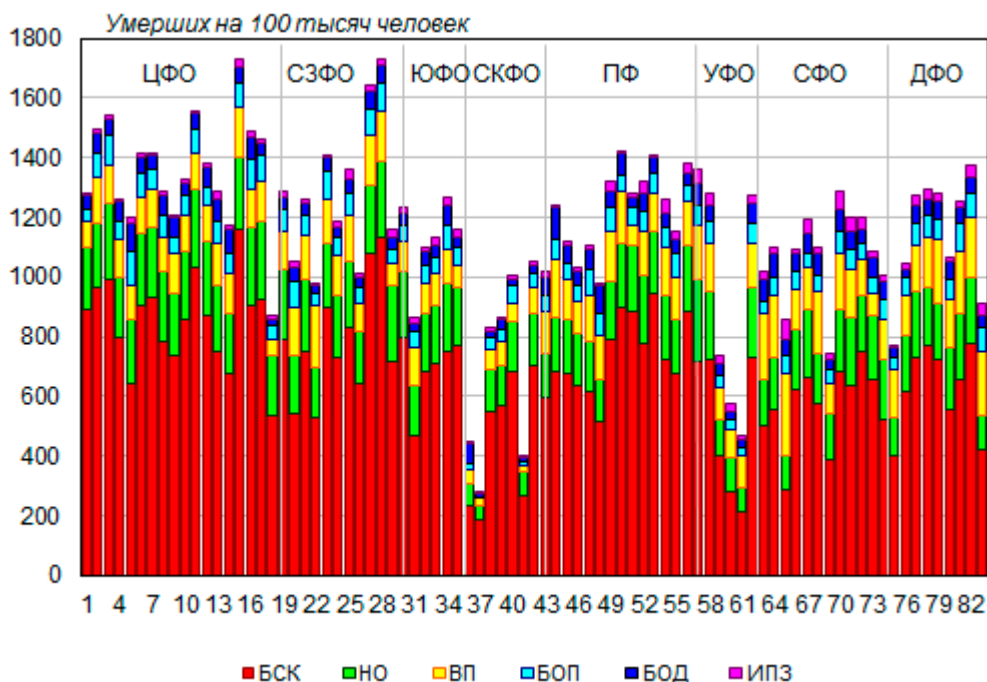


Рисунок 14. Общий коэффициент смертности от основных причин смерти по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-декабрь 2013 года, на 100 тысяч человек

Соответственно, различается и структура смертности по основным причинам (рис. 15). По данным помесячной регистрации, доля умерших от болезней системы кровообращения в январе-декабре 2013 года варьировалась от 26% в Республике Тыве до 65% в Республике Северная Осетия - Алания; от новообразований – от 10% в Республике Тыве до 21% в Санкт-Петербурге и Москве; от внешних причин – от 4% в Нижегородской области до 25% в Республике Тыве (кроме того, внешними причинами была обусловлена каждая пятая смерть в Ямало-Ненецком и Чукотском автономных округах, чуть меньше – от 16% до 19% - в республиках Алтай, Саха (Якутия), Бурятия, Ненецком автономном округе, Забайкальском крае).

Доля умерших от болезней органов пищеварения составила в январе-декабре 2013 года от 1,7% в Республике Ингушетии до 8,1% в Чукотском автономном округе; от болезней органов дыхания – от 2,0% в Республике Северной Осетии Алании до 11,2% в Республике Дагестан; от некоторых инфекционных и паразитарных болезней – от 0,3% в Белгородской области до 5,9% в Республике Тыве, в которой очень высок уровень заболеваемости туберкулезом. Доля умерших от всех других причин, не входящих в перечисленные основные классы причин смерти, варьируется от 3,4% в Хабаровском крае до 41,7% в Красноярском крае. Довольно высока доля умерших от других причин смерти также в Тамбовской и Ивановской областях, Чувашской Республике (до 27%). Уточнение данных при годовой разработке приведет к снижению значения этого показателя¹⁴.

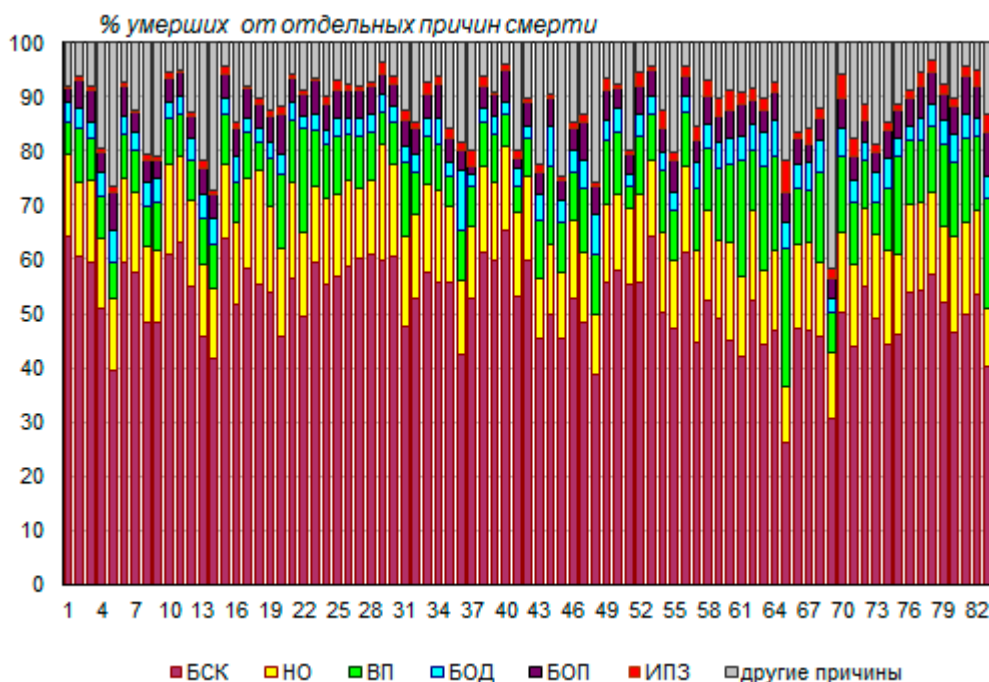


Рисунок 15. Распределение умерших по основным причинам смерти по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-декабрь 2013 года, %

Более тонкие инструменты для оценки тенденций смертности дают показатели таблиц смертности. В «Демографических ежегодниках России» представлены основные показатели смертности мужчин и женщин по причинам смерти – ожидаемая вероятность и средний возраст смерти от отдельных причин. По расчетам Росстата, в 2012 году ожидаемая вероятность смерти от болезней системы кровообращения была самой высокой (среди основных классов причин смерти) и для мужчин, и для женщин (рис. 16). Для женщин она была выше на 13 процентных пунктов (511 и 645 на 1000

новорожденных соответствующего пола), а средний возраст смерти от этой причины – на 9 лет больше.

В условиях смертности 2012 года второй по значимости и для мужчин, и для женщин причиной смерти были новообразования. Вероятность умереть от этого класса причин смерти в несколько раз ниже, чем от болезней системы кровообращения, и для мужчин она выше, чем для женщин (соответственно, 158 и 135 на 1000 новорожденных). Средний возраст смерти от новообразований у мужчин всего на 2 года ниже, чем у женщин (67,3 и 69,4 года).

Третий по значимости и для мужчин, и для женщин класс причин смерти – внешние причины. Для мужчин вероятность умереть от внешних причин, по условиям смертности 2012 года, почти столь же высока, как и от новообразований (132 на 1000 новорожденных). Для женщин она втрое ниже (42) и лишь немного превышает вероятность смерти от болезней органов пищеварения (38 на 1000 новорожденных). Средний возраст смерти от внешних причин у мужчин почти на 7 лет ниже (45,6 и 52,4 года соответственно).

Вероятность умереть от болезней органов дыхания для мужчин вдвое выше (50 и 22 на 1000 новорожденных), средний возраст смерти ниже на 5,6 года (64,7 и 70,3 года соответственно).

Вероятность умереть от болезней органов пищеварения также выше для мужчин (47 и 37 на 1000 новорожденных), средний возраст смерти ниже на 8,2 года (58,3 и 66,5 года соответственно).

Выше для мужчин и вероятность смерти от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (21 и 8 на 1000 новорожденных), но средний возраст смерти для женщин даже немного ниже (44,0 и 43,8 года).

Для женщин несколько выше вероятность умереть от болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (4 и 8 на 1000 новорожденных), но средний возраст смерти выше на 7,1 года (63,1 и 70,2 года соответственно).

Вероятность умереть от болезней мочеполовой системы практически одинакова для мужчин и женщин (6 на 1000 новорожденных), но средний возраст смерти для мужчин ниже на 1,9 года (68,2 и 70,1 года соответственно).

Вероятность умереть от прочих причин выше для женщин (67 и 95 на 1000 новорожденных), но средний возраст смерти от них для женщин существенно выше (57,9 года для мужчин и 75,6 года для женщин).

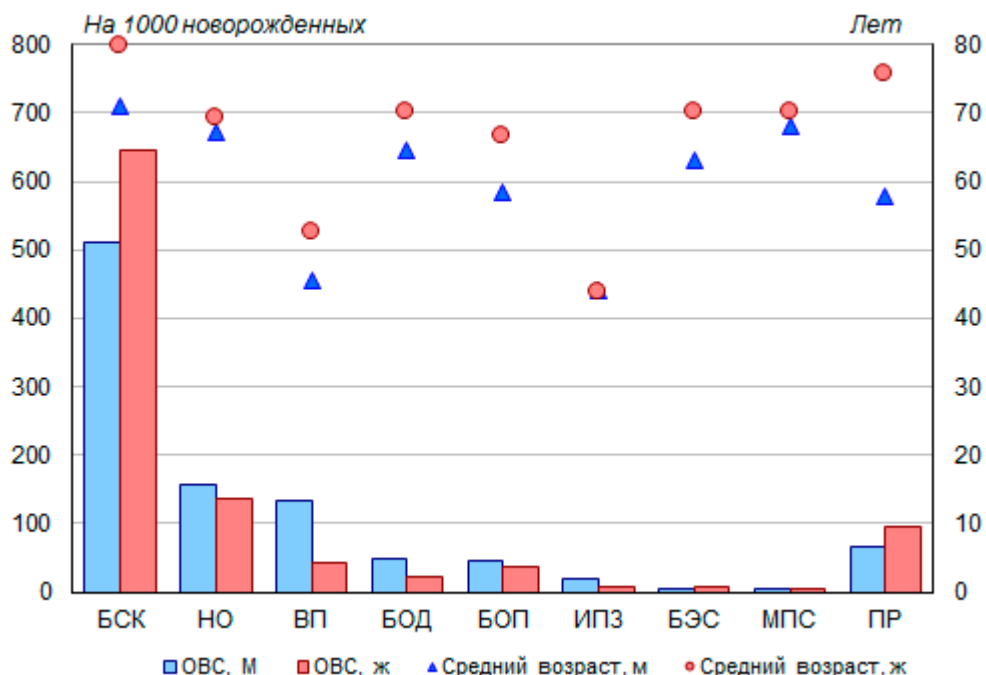


Рисунок 16. Ожидаемая вероятность смерти (ОВС, на 1000 новорожденных) и средний возраст смерти (лет) от основных причин смерти мужчин (м) и женщин (ж), 2012 год

БСК - болезни системы кровообращения, НО - новообразования, ВП – внешние причины, БОД - болезни органов дыхания, БОП - болезни органов пищеварения, ИПЗ – некоторые инфекционные и паразитарные болезни, БЭС - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, МПС - болезни мочеполовой системы, ПР - прочие болезни

Смертность от всех внешних причин снизилась на 4,2%, смертность от ДТП - лишь на 0,7%

Несмотря на заметное снижение смертности от внешних причин, ее высокий уровень – как по сравнению с развитыми странами, так по сравнению с отдельными предшествующими периодами российской истории - продолжает вызывать особую озабоченность общества. В 2013 году, по данным оперативной отчетности, от этих причин умерло 171,7 тысячи человек, или 9,1% от общего числа умерших. В предыдущие годы число умерших от внешних причин было еще больше - 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» приводятся показатели смертности от следующих групп внешних причин:

- от случайных отравлений алкоголем (12,5% умерших от внешних причин в 1995 году, 7,9% в 2012 году);
- от всех видов транспортных несчастных случаев (11,1% и 15,6%), в том числе от дорожно-транспортных происшествий (10,7% в 2012 году, данные за 1995 год отсутствуют);

- от самоубийств (17,5% умерших от внешних причин в 1995 году, 15,3% в 2012 году);
- от убийств (13,0% и 8,0%);
- от повреждений с неопределенными намерениями (14,4% и 20,5%);
- от случайных падений (2,7% и 4,5%);
- от случайных утоплений (5,9% и 4,2%);
- от случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени (2,5% и 3,8%).

Приведенные данные свидетельствуют об изменении структуры смертности от внешних причин. Среди умерших от этого класса причин смерти стало меньше, по сравнению с серединой 1990-х годов, умерших в результате самоубийств, убийств, случайных отравлений алкоголем и случайных утоплений. При этом увеличилась доля умерших от транспортных несчастных случаев, повреждений с неопределенными намерениями, случайных падений, случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени.

Данные помесечной регистрации смертей регулярно публикуются Росстатом 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 2010-2013 годах Росстат ежемесячно публиковал также данные об умерших от случайных утоплений и прочих отравлений (помимо случайных отравлений алкоголем).

По данным помесечной регистрации, в январе-декабре 2013 года в результате транспортных несчастных случаев погибли 28,4 тысячи человек (в январе-декабре 2012 года – 29,3 тысячи человек, а в отдельные годы потери превышали 40 тысяч человек). В результате самоубийств ушли из жизни 28,1 тысячи человек (в январе-декабре 2012 года – 28,9 тысячи человек, а наибольшим оно было в 1994 году – 61,9 тысячи человек). Убийства унесли жизни 13,9 тысячи человек (в 2012 году – 14,9, а наибольшее число умерших по этой причине было зарегистрировано в 1994 году – 47,9 тысячи человек). От случайных отравлений алкоголем в 2013 году умерли 9,7 тысячи человек (в 2012 году – 10,1 тысячи человек, а больше всего в 1994 году – 55,5 тысячи человек), от прочих отравлений – 10,7 тысячи человек (в январе-декабре 2012 года почти 11 тысяч человек). Случайные утопления стали причиной смерти 7,1 тысячи человек (7,8), прочие внешние причины – 73,8 тысячи человек (76,9).

Снижение смертности, по сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2012 года, продолжалось по всем основным группам внешних причин смерти (рис. 17). Снижение смертности от самоубийств, убийств и случайных отравлений алкоголем стало устойчивой тенденцией в последние годы. Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев также снижается, но не так устойчиво. В январе-декабре 2013 года более всего снизилась смертность в результате убийств (на 6,7%), в меньшей степени – от случайных отравлений алкоголем (на 2,9%), самоубийств (на 3,0%) и всех видов транспортных несчастных случаев (на 3,4%). Меньше всего – лишь на 0,7% - снизилась смертность от дорожно-транспортных происшествий (ДТП).

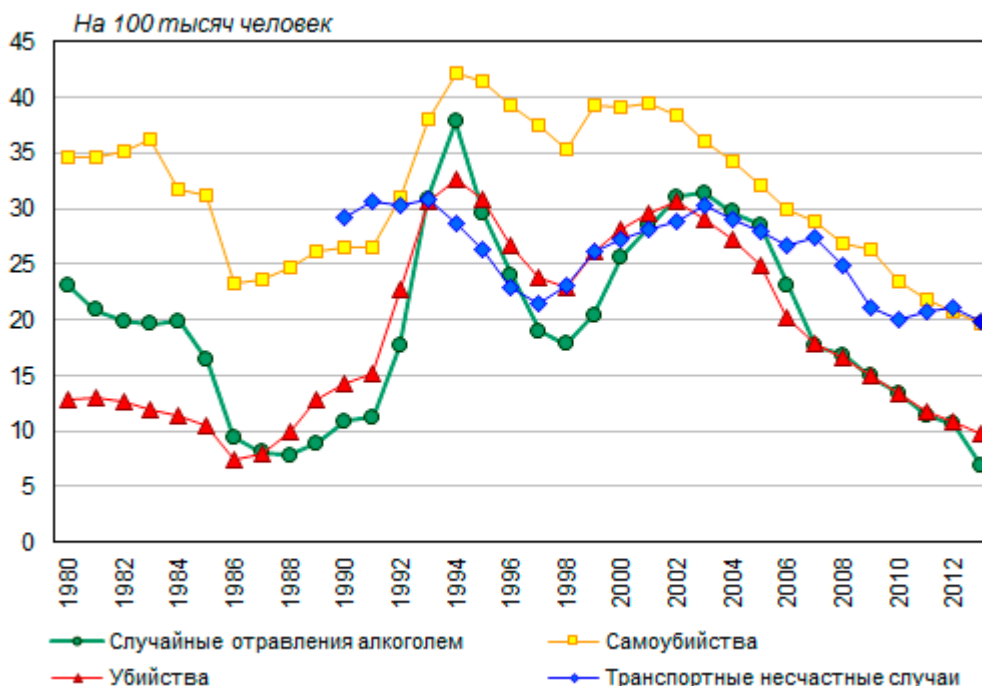


Рисунок. 17. Смертность от некоторых внешних причин, 1980-2013 годы, число умерших от указанных причин на 100 тысяч человек постоянного населения

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 и отпусков). Однако на август-октябрь обычно приходится пик смертности от транспортных травм (рис. 18).

В январе-декабре 2013 года наибольшее число погибших в результате самоубийств зарегистрировано в июле (2,9 тысячи человек), несколько меньше в мае (2,8). В июле же наблюдалось наибольшее число погибших от транспортных несчастных случаев (3,1 тысячи человек), в августе и октябре оно было чуть меньше (по 3,0 тысячи человек). Число умерших в результате случайных отравлений алкоголем в январе составило около 1,2 тысячи человек, а в июне-сентябре оно снизилось вдвое.

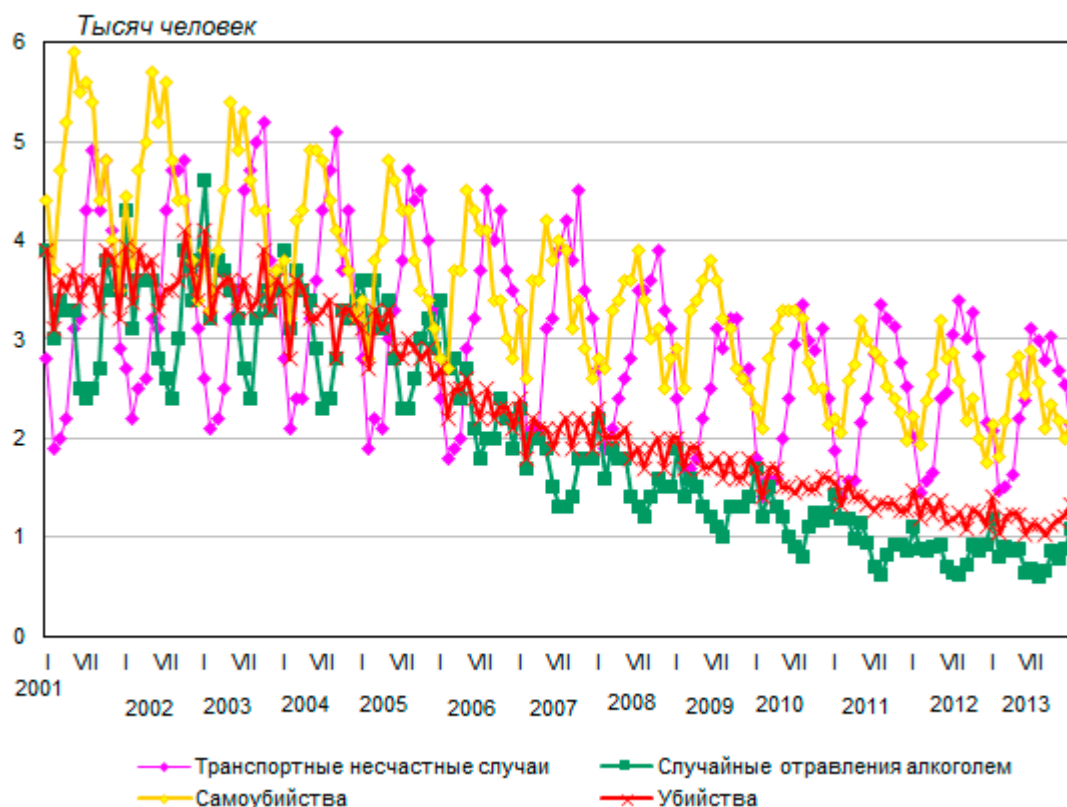


Рисунок 18. Число умерших от некоторых внешних причин по месяцам 2001-2013 годов, тысяч человек

Сезонные отклонения помесечных чисел умерших от среднегодовых значений умерших от некоторых внешних причин смерти в 2013 году более наглядно подтверждают эти многолетние закономерности (рис. 19). Смертность из-за несчастных транспортных случаев была выше среднегодового уровня в второй половине года, особенно в июле и октябре. Смертность в результате самоубийств была выше в апреле-августе с выраженными пиками в июле и мае. Смертность из-за случайных отравлений алкоголем была особенно высока в январе, а летом и в начале осени была самой низкой. Смертность от убийств в меньшей степени подвержена сезонным колебаниям.

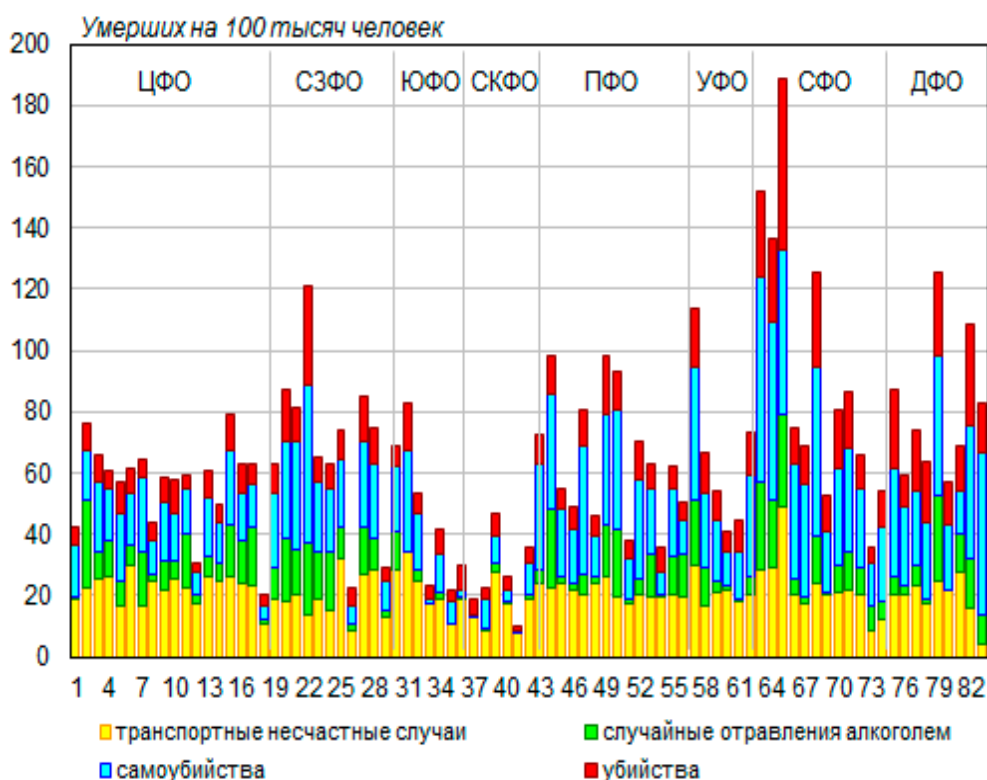


Рисунок 19. Сезонные отклонения помесечных чисел умерших от среднегодовых значений умерших от некоторых внешних причин, январь-декабрь 2013 год, %

Значение коэффициентов смертности от отдельных внешних причин заметно различаются по российским регионам. По данным помесечной регистрации, в январе-декабре 2013 года число умерших от случайных отравлений алкоголем в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения варьировалось от 0 в Калмыкии и Магаданской области до 29,7 в Тыве (рис. 20). 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 2,2 до 14,7 при медианном значении 6,9 на 100 тысяч человек постоянного населения. Высокие значения смертности от случайных отравлений алкоголем – от 26 до 29 умерших на 100 тысяч человек – зарегистрированы не только в Тыве, но и в республиках Алтай и Марий Эл, Брянской и Амурской областях.

Значение коэффициента смертности от транспортных несчастных случаев составило от 3,9 умерших на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе до 49,2 в Республике Тыве; в центральной половине регионов оно варьировалось в узком диапазоне от 17,7 до 24,5 при медианном значении 20,3 на 100 тысяч человек. Помимо Республики Тывы высокие значения показателя зафиксированы в Республике Калмыкии, Ленинградской и Курганской областях (от 30 до 34 на 100 тысяч человек).

Значение коэффициента смертности в результате убийств в январе-декабре 2013 года варьировалась от 1,4 умерших на 100 тысяч человек в Чеченской Республике до 56,3 в Республике Тыве. В центральной половине регионов оно составляло от 6,3 до 13,5 при медианном значении 9,7 на 100 тысяч человек. Высокие значения показателя, хотя и заметно ниже, чем в Тыве,

зарегистрированы в Ненецком автономном округе, Еврейской автономной области, Забайкальском крае (от 31 до 33 на 100 тысяч человек).

Смертность в результате самоубийств составила в январе-декабре 2013 года от 0,4 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения в Республике Ингушетии до 66,7 в Республике Алтай. В центральной половине регионов значение коэффициента варьировалось от 13,3 до 32,7 при медианном значении 21,7 на 100 тысяч человек. Кроме Республики Алтай, крайне высокие значения смертности от самоубийств зарегистрированы в республиках Бурятия и Тыва, Чукотском автономном округе и Забайкальском крае (от 55 до 58 на 100 тысяч человек).

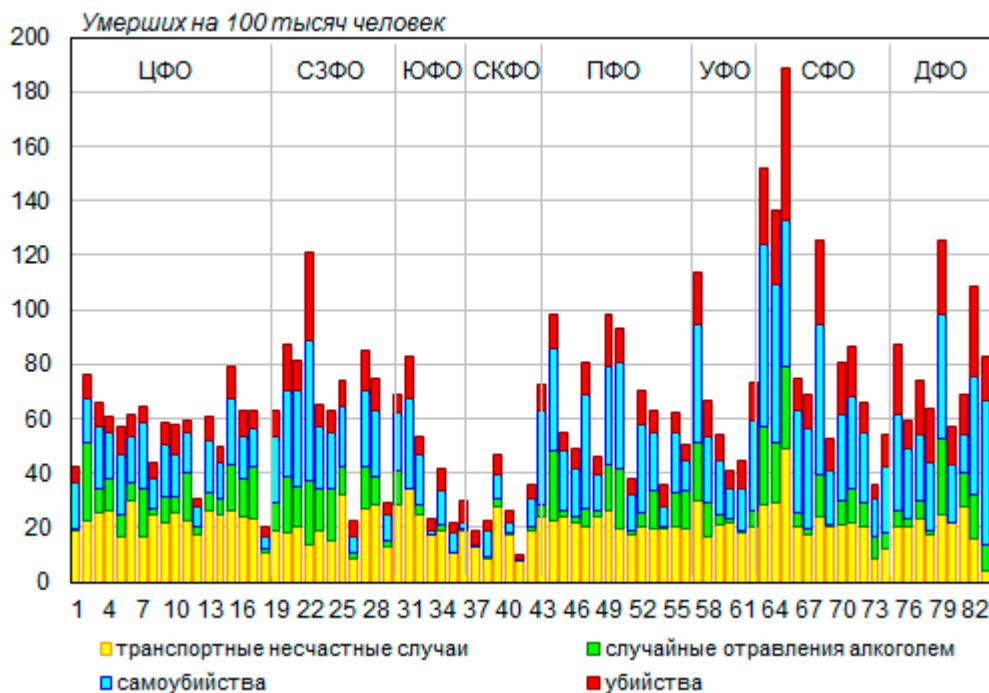


Рисунок 20. Смертность от некоторых внешних причин по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-декабрь 2013 года, умерших от данных причин на 100 тысяч человек

Различается и структура смертности от внешних причин.

Доля умерших от транспортных несчастных случаев среди всех умерших от внешних причин составила в январе-декабре 2013 года от 1,9% в Чукотском автономном округе до 50,4% в Республике Ингушетии; доля умерших от случайных отравлений алкоголем – от 0 в Калмыкии и Магаданской области до 18,4% умерших от внешних причин в Брянской области (рис. 21).

Доля самоубийц среди всех умерших от внешних причин составила от 26 до 30% в республиках Алтай, Хакасия, Бурятия и Удмуртия, в Алтайском и Забайкальском краях. В то же время она незначительна в Астраханской области (1,2%), в республиках Ингушетии (1,2%) и Чечне (3,3%).

Доля погибших в результате убийств среди умерших от внешних причин варьировалась в от 2,7% в Рязанской области до 21,2% в Республике Ингушетии. Лишь немного ниже она в Республике Тыве (20,3% от числа умерших от внешних причин).

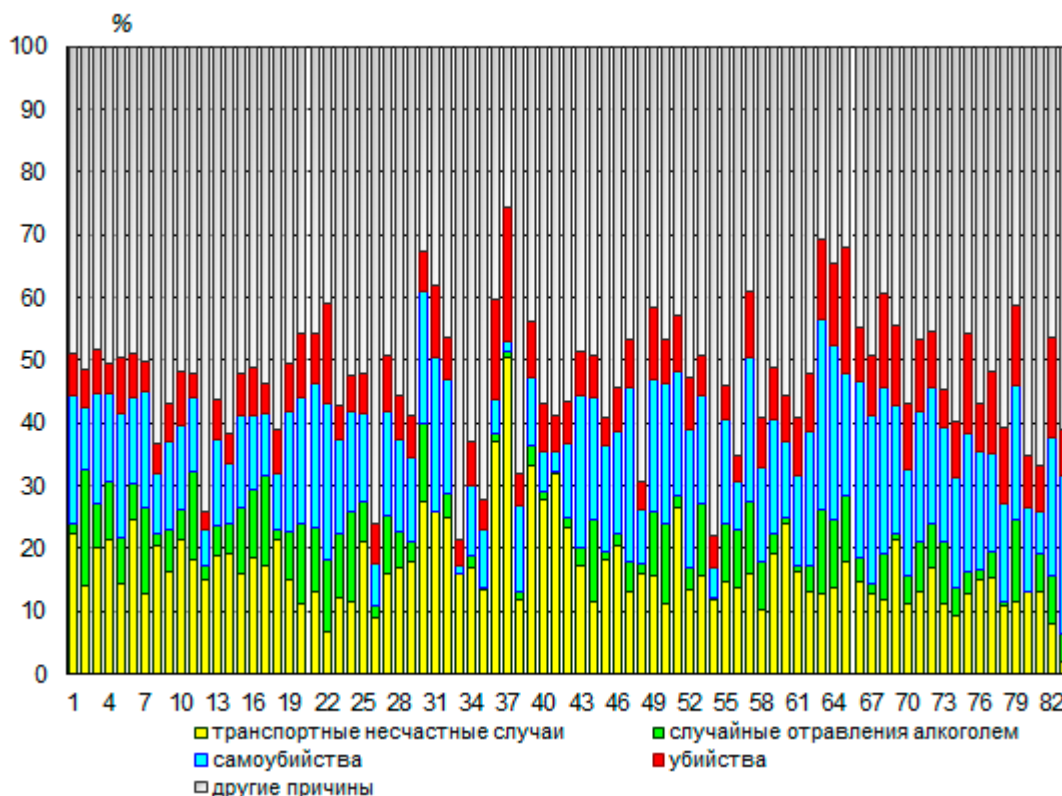


Рисунок 21. Распределение умерших от внешних причин по отдельным причинам смерти в регионах-субъектах Российской Федерации, январь-декабрь 2013 года, % от числа умерших от внешних причин

После повышения в 2012 году младенческая смертность снова снизилась и составила 8,2‰

Важным показателем смертности и одновременно качества жизни является коэффициент младенческой смертности - число умерших в возрасте до 1 года в расчете на 1000 родившихся живыми. В отличие от общего коэффициента смертности, то поднимавшегося, то снижавшегося на протяжении двух последних десятилетий, он неуклонно снижался после увеличения в 1993 году (на 11%), связанного с переходом на международный стандарт в определении живорождения¹⁵, а также в 1999 году (на 2%). Ранее повышение младенческой смертности в России отмечалось также в 1968, 1972-1976, 1984 и 1987 годах (рис. 22). В 2012 году повышение младенческой смертности было связано с расширением критериев живорождения, о котором уже говорилось выше. Дополнительное расширение критериев живорождения в 2013 году не привело к повышению показателей младенческой смертности.

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 оно возрастало. Начиная с 1985 года число умерших в возрасте до 1 года неуклонно сокращалось до 2011 года, снизившись с 50,7 тысячи до 13,2 тысячи человек. В 2012 году число зарегистрированных смертей в возрасте до 1 года возросло до 16,3 тысячи человек, что на 23,8% больше, чем за 2011 год. Значение коэффициента младенческой смертности возросло до 8,6‰ против 7,4‰ за 2011 год.

В январе-декабре 2013 года число детей, умерших в возрасте до 1 года, снизилось до 15,5 тысячи человек, что на 763 человека меньше, чем за январь-декабрь 2012 года. Коэффициент младенческой смертности снизился до 8,2‰, что на 0,5 пункта промилле меньше, чем за январь-декабрь 2012 года (8,7‰).

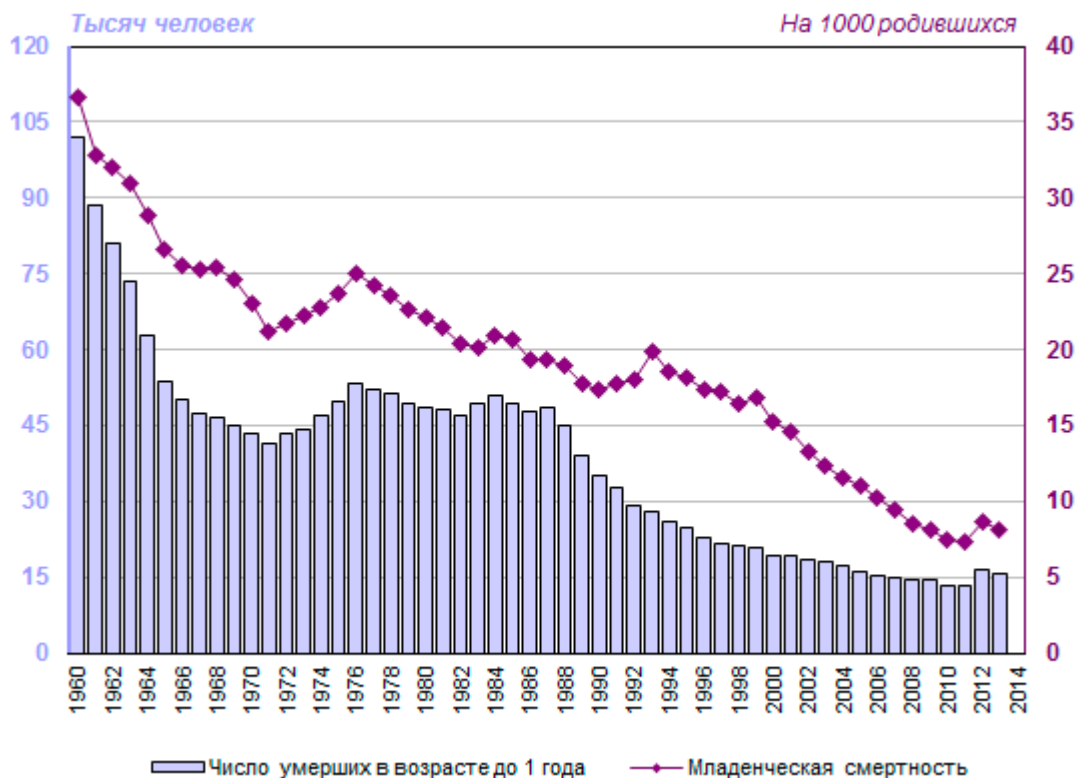


Рисунок 22. Число умерших в возрасте до 1 года (тысяч человек) и коэффициент младенческой смертности (умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми), 1960-2013 годы

Изменения младенческой смертности в регионах России были разнонаправленными.

Среди регионов-субъектов федерации снижение коэффициента младенческой смертности в январе-декабре 2013 года по сравнению с аналогичными данными за январь-декабрь 2012 года наблюдалось в 51 регионе из 83, в одном регионе (Новгородской области) оно не изменилось, а в 31 его значение возросло (рис. 23).

Прирост составил от десятой пункта промилле до 4 пункта промилле в Ненецком автономном округе и 3,4 пункта промилле в Еврейской автономной области, в которых относительные демографические показатели подвержены значительным колебаниям из-за небольшой численности населения. В республике Ингушетии, Забайкальском крае, Вологодской и Ульяновской областях прирост составил от 1,5 до 2,2 пунктов промилле.

Снижение значения коэффициента младенческой смертности варьировалось также от нескольких десятых пункта промилле до 4,6 пункта промилле в Республике Чечне.

В январе-декабре 2013 года значение коэффициента младенческой смертности составляло от 4,4‰ в Санкт-Петербурге и 4,8‰ в Чувашской Республике до 23,7‰ в Чукотском автономном округе. В половине регионов его значение превышало 8,2‰ (медианное значение совпало со средним по России), а в центральной половине регионов (без 25% регионов с наиболее низкими и наиболее высокими значениями показателя) составляло от 7,0‰ до 9,6‰.

В 9 регионах значение коэффициента младенческой смертности было ниже 6‰, а в 15 регионах превышало 10‰.

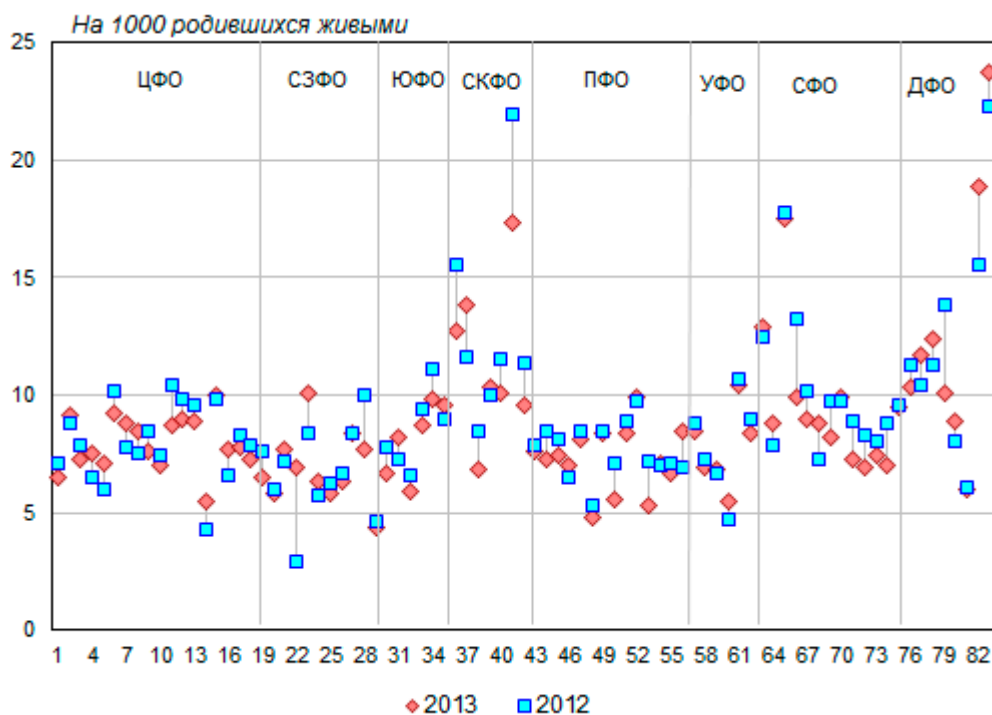


Рисунок 23. Младенческая смертность по регионам-субъектам федерации, 2012 и 2013 годы, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми

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 приобретает снижение смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальный период¹⁶, а также от врожденных пороков развития – смертность от обоих причин смерти, естественно, возросла в связи с расширением критериев живорождения (рис. 23). В то же время остается сравнительно высокой смертность от 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.

По данным месячной регистрации, в январе-декабре 2013 года при общем снижении младенческой смертности на (с 86,7 на 10 тысяч родившихся живыми в январе-декабре 2012 года до 81,7) более существенно сократилась смертность от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (с 48,4 до 44,4 на 10 тысяч родившихся живыми), от врожденных аномалий

(пороков развития) (с 18,3 до 17,2 умерших на 10 тысяч родившихся живыми) и болезней органов пищеварения (с 0,5 до 0,4 на 10 тысяч родившихся живыми).

В то же время возросла младенческая смертность от внешних причин (с 3,6 до 3,8 на 10 тысяч родившихся живыми), от болезней органов дыхания (с 3,7 до 3,8), в том числе от гриппа и ОРЗ с 0,7 до 0,8. Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней осталась на том же уровне (2,4 умерших в возрасте до 1 года на 10 тысяч родившихся живыми).

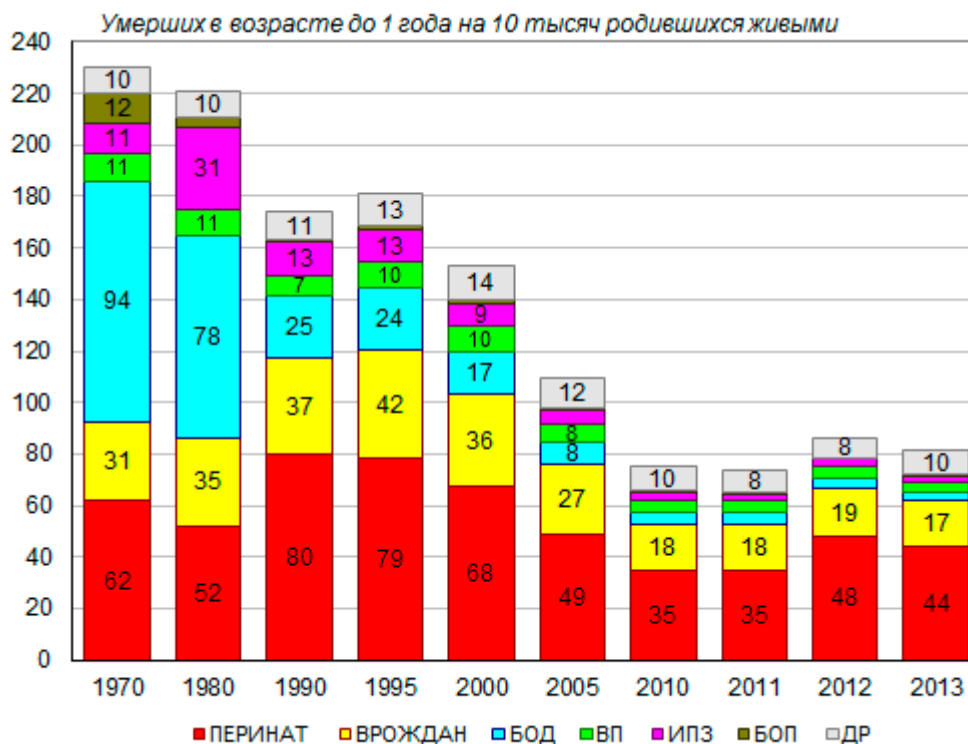


Рисунок 24. Младенческая смертность по основным классам причин смерти, умерших в возрасте до 1 года на 10 000 родившихся живыми

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

Источники:

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

Социально-экономическое положение России. Январь 2014 года и предыдущие выпуски ежемесячного доклада – http://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 2013 года - http://www.gks.ru/free_doc/2013/demo/edn012-13.htm;

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Россия: демографические итоги 2013 года (часть II) /Демоскоп Weekly. 2014. № 589-590. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2014/0589/barometer589.pdf>

Демографический ежегодник России. 2013 и предыдущие выпуски ежегодника –
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312 ;

Российский статистический ежегодник. 2013. и предыдущие выпуски ежегодника -
http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078

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
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

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
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

- 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

- 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 По данным уточненной годовой разработки число умерших в 2012 году составило 1906,3 тысячи человек, то есть на 7,5 тысячи человек, или на 0,4% больше, чем по данным ежемесячной регистрации.

² 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 (то есть не более 0,4% от общего числа умерших).

³ 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). Умершие в первую неделю жизни относились к группе мертворожденных, что приводило к снижению значений младенческой смертности..

С апреля 2013 года в связи с изменениями к тому же приказу Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 года № 1687н (приказ Минздрава от 16 января 2013 года №7н) подлежат регистрации в органах ЗАГС рождения и смерти новорожденных с экстремально низкой массой тела (менее 500 грамм), если они прожили более 168 часов после рождения (7 суток).

⁴ На 8,3% больше, чем по уточненным данным годовой разработки.

⁵ Ожидаемая продолжительность жизни при рождении - число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоторого гипотетического поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в годы, для которых вычислен показатель.

⁶ Эта тема 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>

⁷ Интервью Министра Вероники Скворцовой "Российской газете" 03 марта 2014. -

<http://www.rosminzdrav.ru/news/2014/03/03/intervyu-ministra-veroniki-skvortsovoy-rossiyskoy-gazete>

⁸ По оценке Евростата, в 2012 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении в ЕС-28

составила 80,3 года (от 74,1 года в Латвии и Литве до 82,5 года в Испании). - Life expectancy by age and sex [demo_mlexpec]. Last update 12.03.14. -

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>

⁹ Наибольшие различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин и женщин отмечались в 1994 году – 13,7 года (71,1 и 57,4 года, соответственно), а также в 2005 году - 13,6 года (72,5 и 58,9 года).

¹⁰ Ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила в 2012 году по ЕС-28 в целом 77,5 года для мужчин и 83,1 года для женщин. - Life expectancy by age and sex [demo_mlexpec]. Last update 12.03.14. - <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>

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

¹² Росстат ежемесячно публикует данные о числе умерших по перечисленным шести крупным классам причин смерти с выделением некоторых основных групп причин внутри них. В более полной и подробной разбивке данные о распределении умерших по причинам смерти публикуются в ежегодных изданиях, прежде всего, в «Демографическом ежегоднике России». Последний из опубликованных к настоящему момент времени сборников - «Демографический ежегодник России. 2013» - содержит данные по 2012 год включительно.

¹³ Источником информации о причинах смерти являются записи в медицинских свидетельствах о смерти, составляемых врачом относительно заболевания, несчастного случая, убийства, самоубийства и другого внешнего воздействия, послуживших причиной смерти. Такие записи служат основанием для указания причины смерти в записях актов о смерти. Причины смерти кодируются по Краткой номенклатуре причин смерти, в которую вносятся определенные изменения. С 2011 года. разработка производится согласно Краткой номенклатуре причин смерти 2010 года, основанной на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр Всемирной организации здравоохранения 1989 года).

¹⁴ В январе-декабре 2012 году доля умерших от других причин смерти (то есть не входящих в шесть основных классов) в Красноярском крае по данным помесячной отчетности также была высока – 40,6%, но по результатам уточненной годовой разработки снизилась до 8,9%. То же самое отмечалось и в 2009-2011 годах. Однако в ряде регионов доля умерших от других классов причин остается высокой – 20% и более – и после уточнений при годовой разработке (в 2012 году – в Ивановской и Тамбовской областях, республиках Башкортостан, Мордовия, Ингушетия и Чечня).

¹⁵ 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 грамм 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 грамм), 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 регистрация рождений производилась при весе плода от 1000 грамм, а также при меньшей массе тела в случае многоплодных родов. Все остальные родившиеся с массой тела от 500 до 999 г подлежали регистрации в органах ЗАГС в тех случаях, если они прожили после рождения более 168 часов (7 суток).

¹⁶ Перинатальная смертность - собирательное понятие, объединяющее смертность жизнеспособных плодов, начиная с 28-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.