

Россия: демографические итоги I полугодия 2017 года (часть II)

Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

В 2017 году число умерших и общий коэффициент смертности продолжают снижаться

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстата), число умерших и общий коэффициент смертности в 2017 году продолжают снижаться. Согласно результатам помесечной регистрации, число умерших в России за январь-июнь 2017 года сократилось по сравнению с тем же периодом 2016 года на 2,3%, составив 940,4 против 960,6 тысячи человек за тот же период 2016 года. Общий коэффициент смертности в пересчете на год составил 12,9 умерших в расчете на 1000 человек постоянного населения против 13,2‰ за тот же период прошлого года.

На протяжении ряда десятилетий в России преобладала тенденция роста числа умерших и общего коэффициента смертности, что было обусловлено как старением населения, так и повышением в отдельные периоды интенсивности смертности (рис. 1). Особенно быстрый рост отмечался в 1992-1994 годах, за которым последовали спад 1995-1998 годов, а затем возобновление роста. Наибольшее число умерших зарегистрировано в 2003 году^[1] - 2366 тысяч человек, или 16,4‰. После 2003 года преобладала тенденция снижения, нарушавшаяся незначительным повышением в 2005, 2010 и 2014 годах. Сокращение числа умерших в 2012 и 2013 годах было умеренным – менее чем на 2%, – однако следует отметить, что оно происходило при расширении критериев живорождения, которое в 2012 году привело к росту числа умерших в возрасте до 1 года (подробнее об этом будет сказано ниже, в соответствующем разделе). По уточненным данным годовой разработки за 2016 год, число умерших в России без учета Крыма^[2] составило 1856 тысяч человек, что на 0,9% меньше, чем в предшествующем 2015 году, и на 22% меньше, чем в 2003 году. В целом по России (с учетом Крыма) число умерших за 2016 год составило 1891 тысячу человек (так же на 0,9% меньше, чем за 2015 год). Общий коэффициент смертности снизился до 12,9‰ (с учетом и без учета Крыма).

Умеренное снижение числа умерших продолжалось и в 2017 году. По данным за январь-август оно снизилось на 2,5% по сравнению с аналогичным периодом 2016 года (1236 тысяч человек в целом по России, в том числе 1213 тысяч человек без учета Крыма). Общий коэффициент смертности снизился до 12,7‰ против 13,0‰ за январь-август 2016 года.

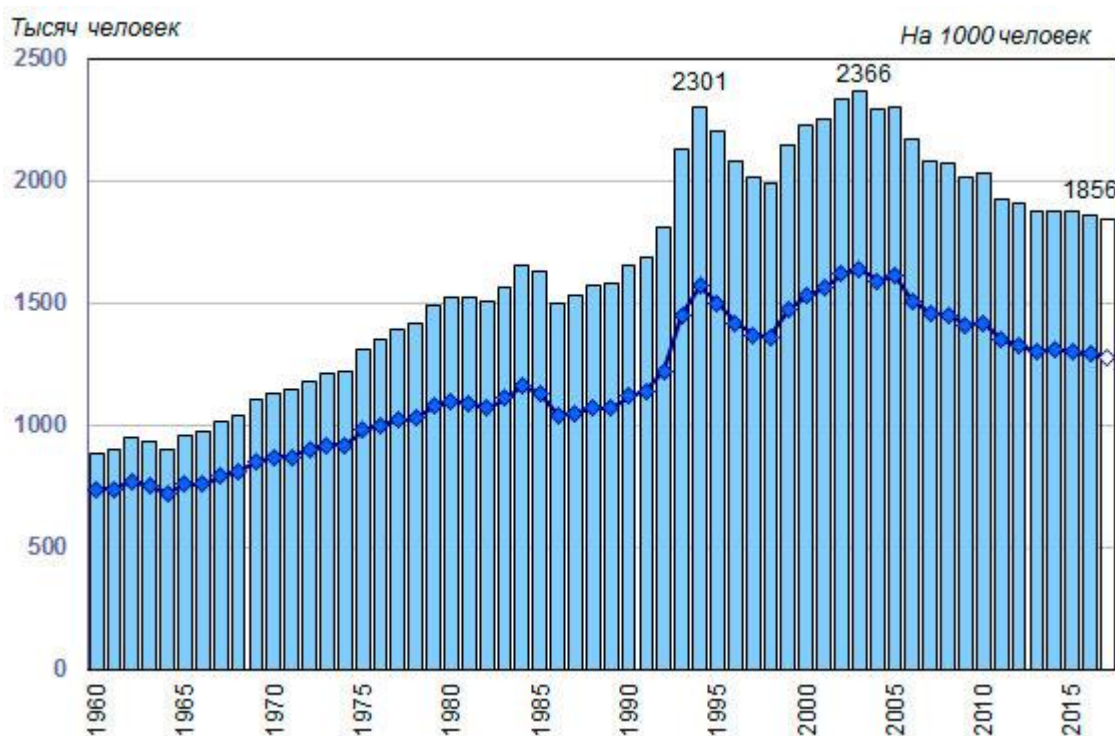


Рисунок 1. Число умерших (тысяч человек) и общий коэффициент смертности (умерших на 1000 человек постоянного населения), 1960-2017* годы без учета Крыма

** 2017 год – оценка по данным помесечной регистрации за январь-июнь в пересчете на год (не заштриховано)*

Данные помесечной 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 течение которого наибольшее число умерших было зарегистрировано в июле и августе – по 187 тысяч человек (на 13% и 20% 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 2016 году меньше всего смертей, по данным помесечной регистрации, учтено в июле (144 тысячи), а больше всего в январе (167 тысяч).

За первые восемь месяцев 2017 года больше всего смертей зарегистрировано также в январе – 176 тысяч, а меньше всего – 141 тысяча – в июле. Превышение показателей прошлого года отмечалось только в январе (на 5,6%) и мае (на 0,3%), в остальные месяцы текущего года число умерших было меньше, чем в те же месяцы прошлого года.

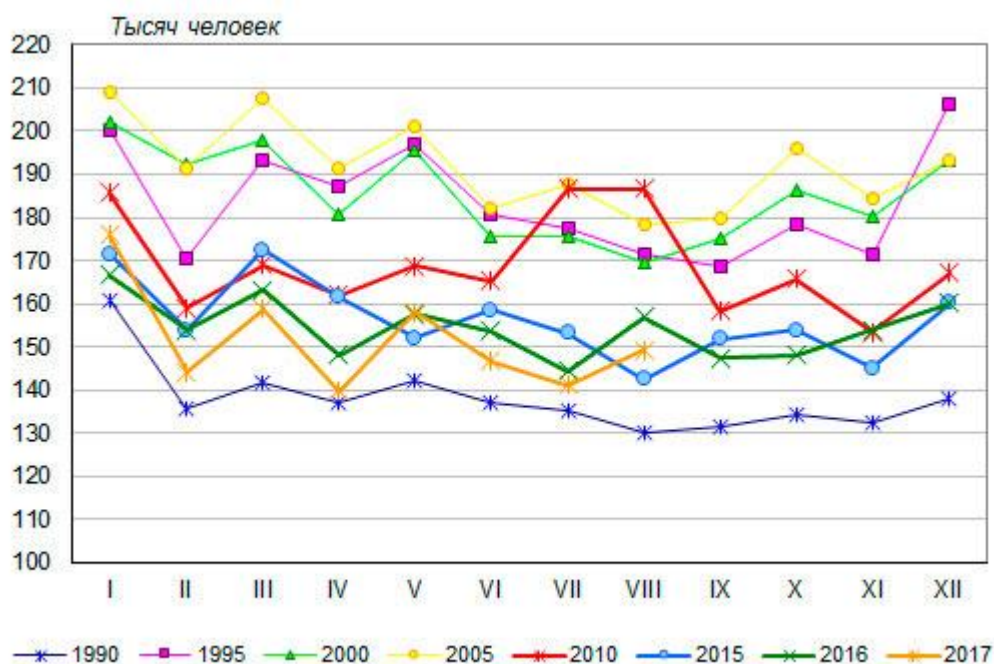


Рисунок 2. Число умерших по месяцам 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2016 и 2017 годов*, тысяч человек без учета Крыма

* все годы, кроме 2015-2017 – данные уточненной годовой разработки, 2015-2017 годы – данные оперативного помесечного учета

Значение общего коэффициента смертности заметно различается по регионам России. Отчасти это связано с различиями в интенсивности 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 с высокой долей населения 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 детей и молодежи выше (рис. 3).

По данным помесечной регистрации в пересчете на год, значение общего коэффициента смертности в январе-июне 2017 года составляло от 3,1‰ в Республике Ингушетии до 18,5‰ в Псковской области. В центральной половине регионе (если отсечь по 25% снизу и сверху в ряду регионов, упорядоченном по рассматриваемому признаку) его значение варьировалось в сравнительно узком диапазоне от 11,8‰ до 15,1‰ при медианном значении 13,7‰. Помимо Псковской области высокое значение общего коэффициента смертности характерно на протяжении уже многих лет для Новгородской, Тверской и Тульской областей (более 17‰ в январе-июне 2017 года), а также для ряда других регионов Центрального федерального округа. В то же время в 5 регионах его значение не превышало 6,4‰, то есть было вдвое ниже, чем в среднем по России (в республиках Ингушетии, Чечне, Дагестане, Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономном округе – Югре).

По сравнению с январем-июнем 2016 года, общий коэффициент смертности снизился в 62 регионах-субъектах федерации, в 12 остался на том же уровне, а в 11 регионах несколько увеличился.

Наиболее значительное снижение зафиксировано в Республике Тыве (на 11%), Сахалинской (на 9%) и Еврейской автономной области (на 8%). Наибольший рост отмечен в Ненецком автономном округе (на 10%) и республике Калмыкии (на 9%).

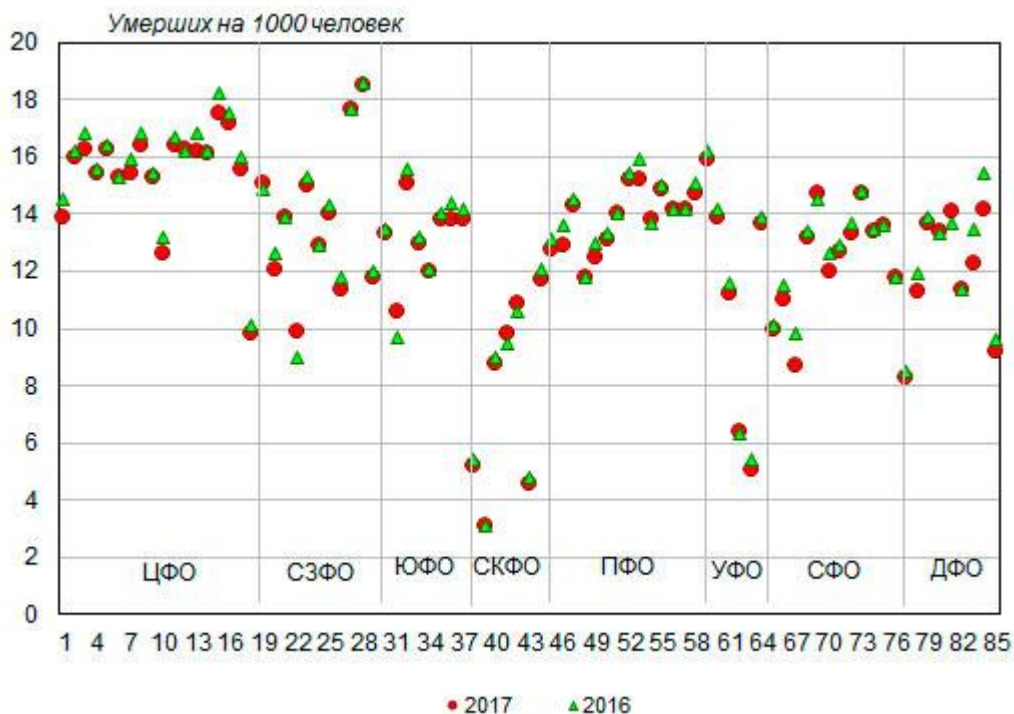


Рисунок 3. Общий коэффициент смертности по регионам-субъектам Российской Федерации[3], январь-июнь 2016 и 2017 годов (по данным месячного учета в пересчете на год), ‰

Минздрав РФ сообщил о повышении продолжительности жизни россиян до 72,5 года по данным за январь-июль 2017 года

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[4] (которую нередко называют средней продолжительностью жизни), хотя и этот показатель имеет определенные недостатки, характеризующие в первую очередь влияние конъюнктурных факторов.

Согласно последним из опубликованных Росстатом данным, ожидаемая продолжительность жизни при рождении повысилась в России до 71,87 года в 2016 году[5]. А Минздрав РФ сообщил о повышении продолжительности жизни россиян до 72,5 года по данным за январь-июль 2017 года[6], что означает достижение нового исторического максимума для России.

Конечно, для 2017 года это может быть только самая предварительная или даже прогнозируемая оценка, ведь год еще не закончился. Однако важнее отметить то, что знаковый рубеж в 70 лет превышен в России уже во второй раз. Уже в середине 1960-х годов ожидаемая продолжительность жизни в России приближалась к нему, но он не был преодолен (69,6 года по оценкам за 1964-1965 годы), а продолжительность жизни начала снижаться. Тенденция роста сформировалась только в

1980-е годы, и по данным за 1986-1987 годы ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила 70,1 года. Однако дальнейшего роста не последовало, напротив, возобновилось снижение, сначала умеренное, а затем более резкое - до 64,5 года в 1995 году. Последовавший за этим непродолжительный период роста вновь сменился спадом, и только с 2004 года сформировалась более устойчивая тенденция роста. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по сравнению с 2003 годом она увеличилась на 7,0 года (с 64,9 до 71,9 в 2016 году), но по сравнению с лучшим показателем, который был зарегистрирован в 1986-1987 годах, - всего на 1,7 года.

В большинстве развитых стран ожидаемая продолжительность жизни в последние десятилетия устойчиво и довольно быстро повышалась. Отставание от них, несмотря на устойчивый рост последних лет, остается значительным - по сравнению, например, с Европейским союзом оно превышает 8 лет[7].

Помимо этого, для России характерны значительные различия в продолжительности жизни мужчин и женщин. По оценкам Росстата за 2016 год, ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении составила 66,5 года, а женщин – 77,1 года. По сравнению с 2003 годом ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении увеличилась более существенно (почти на 8 лет), чем у женщин (на 5,2 года). В результате сверхвысокий разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин, характерный для России на протяжении последних десятилетий, сократился в 2016 году до 10,6 года против 13 лет и более в некоторые из предшествующих лет[8]. В конце 1980-х годов этот разрыв был меньше (9,6 года). По оценкам, обнародованным Минздравом РФ, в 2017 году разрыв в продолжительности жизни женщин и мужчин сократился до 9,9 года (77,4 против 67,5 года). Однако в Европейском союзе он почти вдвое ниже (5,4 года в 2015 году[9]).

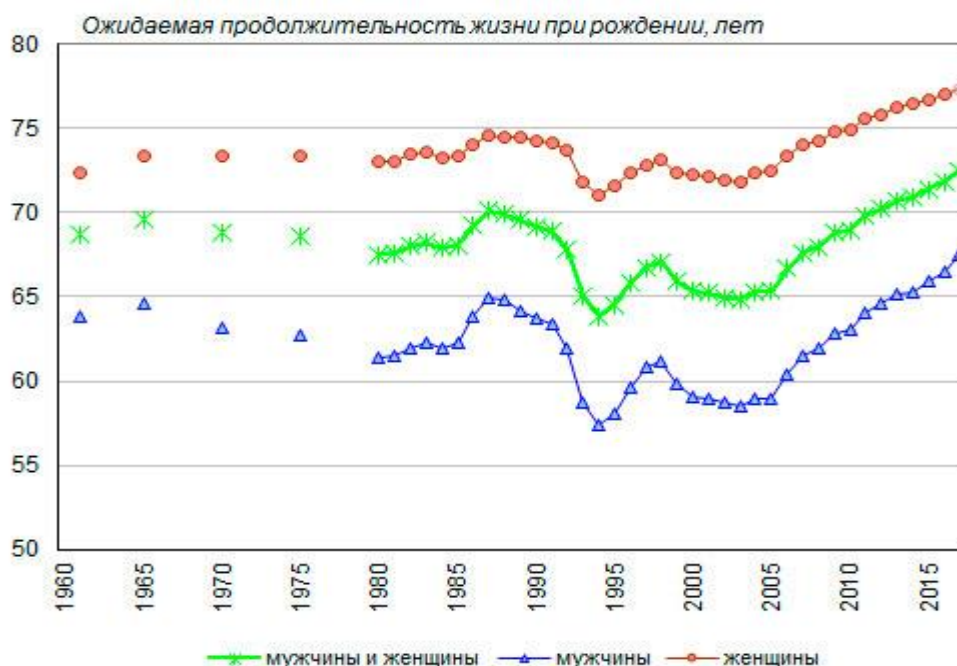


Рисунок 4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, 1961-2017* годы, лет

* до 1988 года - на основе данных за два смежных года; 2017 год – оценка на основе данных за январь-июль

По ожидаемой продолжительности жизни при рождении Россия отстает не только от более развитых стран, но и от мира в целом. По последним прогнозным оценкам Отдела населения ООН («Перспективы мирового населения пересмотра 2017 года»), ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России составит в 2017 году 71,2 года, а в целом по миру – 71,9 года (рис. 5). Более низкая, чем у Росстата, оценка ООН обусловлена определенными корректировками национальных данных по России в соответствии с уточненными оценками возрастной смертности специализированной базы данных о смертности (Human Mortality Database).

В отличие от России, средняя продолжительность жизни населения мира устойчиво растет, увеличившись с 47 лет в середине прошлого века до 71 года к 2015 году (исходной точке расчетов ООН пересмотра 2017 года). В нашей стране средняя продолжительность жизни населения в середине прошлого века, несмотря на многие потери и тяготы, заметно превышала среднемировой уровень, в начале 1960-х годов она, как уже отмечалось, была близка к уровню 70 лет. Но затем рост прекратился на несколько десятилетий, а в 1990-е и в начале 2000-х годов наблюдалось ее значительное снижение. В результате наметилось заметное отставание от мирового уровня (более чем на 2 года), которое удалось сократить, но не преодолеть только в последние годы.

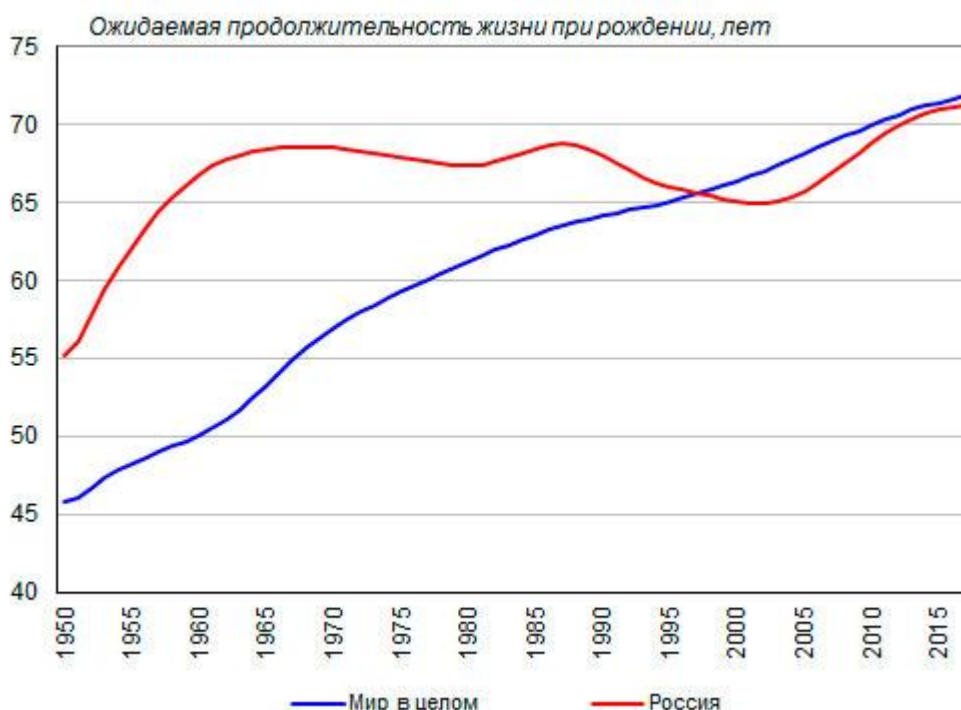


Рисунок 5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России и мире по оценкам и среднему прогнозу ООН, 1950-2017 годы, лет

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition. POP/DB/WPP/Rev.2017/INT/F01.

По оценкам ООН 2017 года, Россия занимает 125-е место в ряду стран, ранжированном по убыванию средней продолжительности жизни (201 страна с численностью населения 90 тысяч человек и более в 2015 году, по которым велись расчеты). В настоящее время 58% населения мира проживает в странах со средней продолжительностью жизни 70 лет и более, в том числе 9% - в 32 странах со средней продолжительностью жизни 80 лет и более. Несмотря на достаточно устойчивую

тенденцию роста продолжительности жизни, различия между странами остаются крайне высокими. В ряде стран она уже превысила 82 года (в Австралии, Гонконге и Макао, отдельных автономных регионах Китая, Исландии, Испании, Италии, Сингапуре, Швейцарии и Японии), а в некоторых не достигает и 55 лет (в Кот-д'Ивуаре, Лесото, Нигерии, Свазиленде, Сьерра-Леоне, Сомали, Чаде, Центрально-Африканской Республике).

Значительное снижение ожидаемой продолжительности жизни при рождении наблюдалось в 1990-е годы не только в России, но в ряде других стран Восточной Европы, входивших в социалистический лагерь. Сейчас она в основном восстановилась, но остается относительно низкой по сравнению с остальной Европой. Самые низкие значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Европе отмечаются в Молдавии, России и на Украине (около 70-71 года, а в целом по Европе – 77,2 года).

Всего после 1990 года снижение средней продолжительности жизни хотя бы один раз между двумя последовательными пятилетними периодами времени, по которым ведутся расчеты ООН (показатели для одногодичных интервалов получают посредством интерполирования, в результате чего они оказываются более сглаженными, чем фактические), отмечалось хотя бы раз в 61 стране. В эту группу входят страны, в значительной степени пораженные ВИЧ-инфекцией (прежде всего в Южной Африке), затронутые вооруженными конфликтами и кризисными явлениями после распада государств (в первую очередь, Советского Союза).

Отставание России от среднемирового уровня ожидаемой продолжительности жизни обусловлено более низкой продолжительностью жизни мужчин, у них оно наметилось в начале 1990-х годов и сохраняется до сих пор (рис. 6). Наибольшей величины оно достигло в середине 2000-х годов (до 6,5 года), в последние годы снизилось до 4 лет.

Ожидаемая продолжительность жизни россиян превышает среднемировой уровень, но если в конце 1950 – начале 1960-х годов это превышение достигало 18 лет и более, то в настоящее время не достигает и 3 лет.

В целом по миру превышение средней продолжительности жизни женщин над средней продолжительностью жизни мужчин составляло в середине прошлого века около 3 лет, в настоящее время превышает 4,5 года, что в 2,2 раза ниже, чем в России.

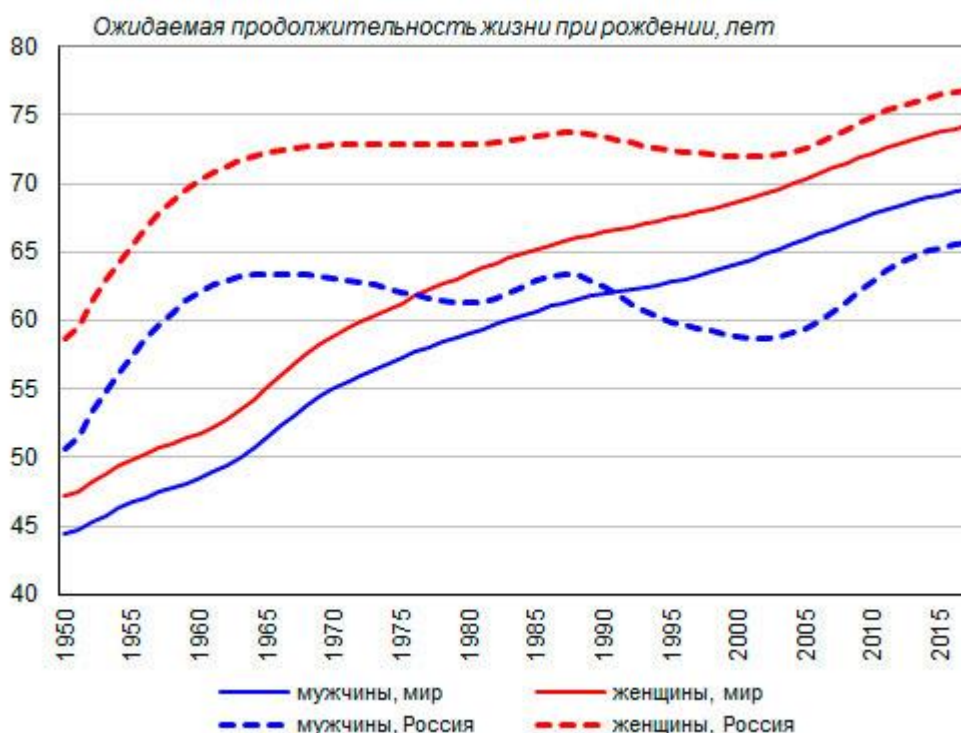


Рисунок 6. Ожидаемая при рождении продолжительность жизни мужчин и женщин в России и мире по оценкам и среднему прогнозу ООН, 1950-2017 годы, лет

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, DVD Edition. POP/DB/WPP/Rev.2017/INT/F01.

В России сохраняются значительные различия в продолжительности жизни городского и сельского населения. У городского населения, составляющего примерно три четверти населения России, ожидаемая продолжительность жизни заметно выше, чем на селе, где она только в 2016 году превысила рубеж в 70 лет. В среднем ожидаемая продолжительность жизни горожан примерно на два года выше, чем у сельских жителей, хотя в период повышения смертности это превышение сокращалось до года и менее (в 1994-1995 годы), в период снижения смертности - повышались (почти до 3 лет в 2008-2009 годы). В 2016 году оно составило 1,8 года (72,35 против 70,50 года).

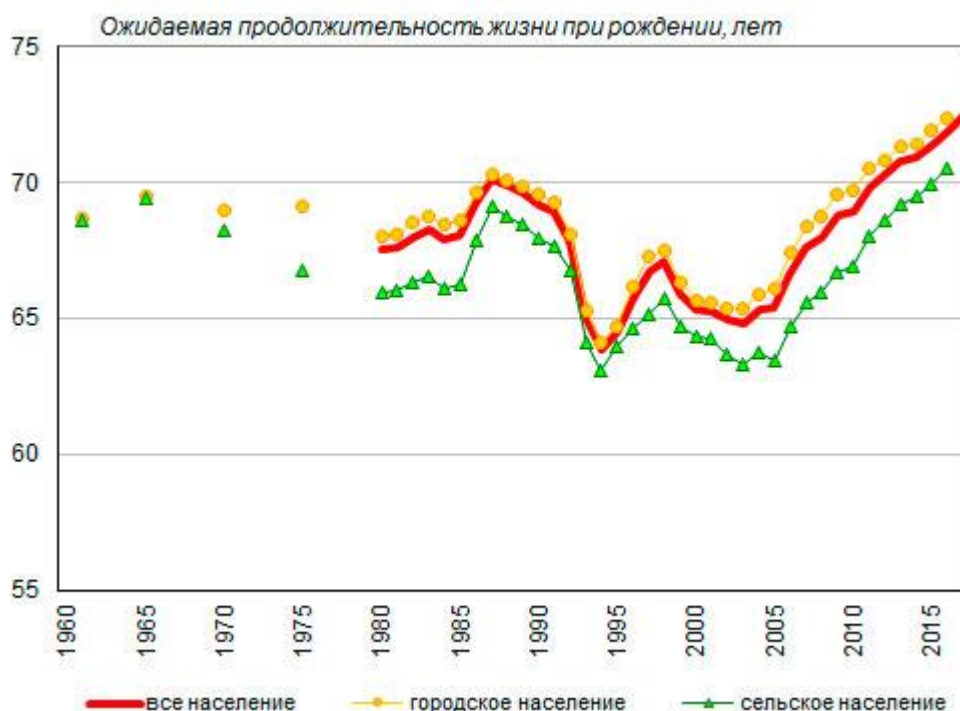


Рисунок 7. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, 1961-2017* годы, лет

* до 1988 года - на основе данных за два смежных года

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. В Дальневосточном и Сибирском федеральных округах ожидаемая продолжительность жизни при рождении и в 2016 году не достигала 70 лет, составляя, соответственно, 69,2 и 69,2 года, тогда как в Северо-Кавказском федеральном округе она, по оценкам Росстата, превысила 75 лет (75,1 года).

Различия между регионами-субъектами федерации нередко достигали почти 20 лет. В последние годы они несколько сократились. В 2016 году различия между наименьшим и наибольшим значением ожидаемой продолжительности жизни в регионах-субъектах федерации составили 16,6 года против 17,2 года в 2010 и 17,6 года в 2005 году (рис. 8).

По оценкам Росстата за 2016 год, значение показателя варьировалось от 64,2 года в Республике Тыве до 80,8 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 70,0 до 72,2 года при медианном значении 70,9 года. Рубеж в 70 лет был превышен в 63 регионах, тогда как в 2010 году – только в 14, а в 2005 году – только в 4 регионах-субъектах федерации.

Наиболее значительный прирост ожидаемой продолжительности жизни при рождении за 2005-2016 годы отмечался в Калининградской области (на 10,4 года). В Ленинградской, Псковской и Ивановской областях, в республиках Алтай и Бурятия и Забайкальском крае прирост составил от 8,6 до 9,7 года. В 36 регионах прирост превысил 7 лет. Наименьший прирост – на 2,1 года -

отмечался в Чеченской Республике. В республиках Дагестан, Башкортостан и Адыгея, Белгородской области прирост ожидаемой продолжительности жизни составил от 4,1 до 4,5 года.

Первые три региона с наилучшими показателями ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2016 году – Республика Ингушетия (80,8 года), Республика Дагестан (77,2) и Москва (77,1) – существенно отличаются от основной массы российских регионов, где она в основном не достигает 75 лет. В определенной степени это может быть связано с завышением численности населения, учтенного в ходе Всероссийской переписи 2010 года[10].

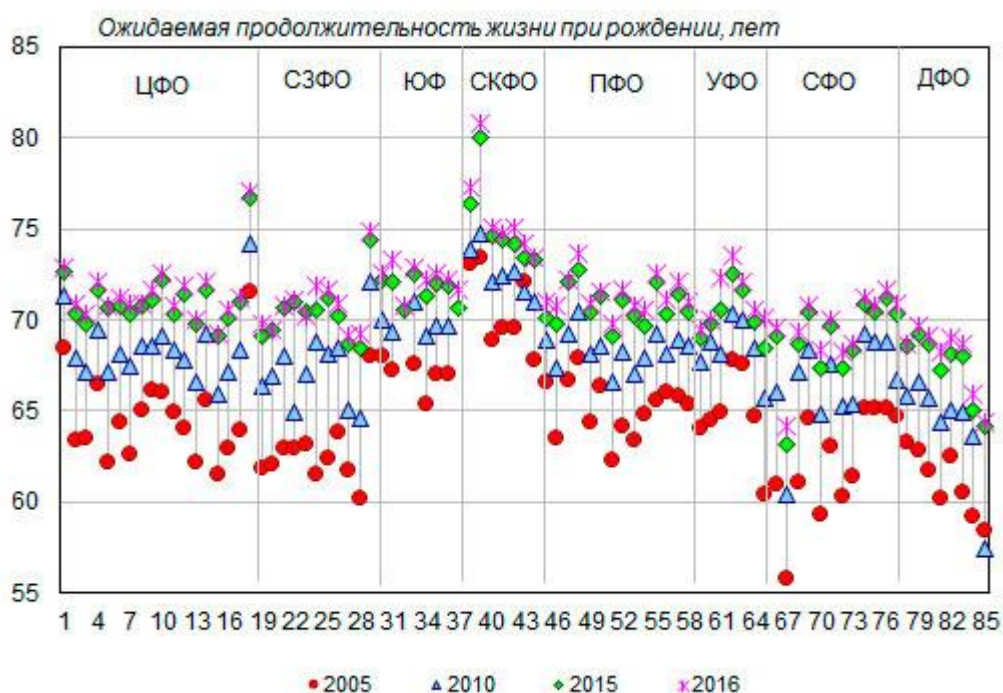


Рисунок 8. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины и женщины, по регионам-субъектам Российской Федерации, 2000, 2005, 2015 и 2016 годы, лет

В январе-июне 2017 года смертность снизилась от всех основных классов причин, кроме некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний

По данным оперативного учета за январь-июнь 2017 года, снижение числа умерших в России отмечалось по всем основным классам причин смерти, кроме некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний. В наибольшей степени сократилось число умерших от внешних причин смерти (на 10,1%), в меньшей степени - от болезней органов дыхания (на 8,8%), пищеварения (на 4,6%), системы кровообращения (на 3,4%) и новообразований (на 3,2%). Число умерших от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний немного увеличилось (на 0,8%). В то же время продолжало увеличиваться число умерших от всех остальных причин смерти, включая неустановленные и неизвестные причины смерти (в январе-июне 2017 года на 7,9% больше, чем в тот же период 2016 года, когда оно было почти на 11% больше, чем в январе-июне 2015 года).

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 смерти^[11].

В России, начиная с середины 1970-х годов и до 2014 года включительно, более половины смертей были обусловлены болезнями системы кровообращения (рис. 9). В отдельные годы (2007-2008) доля умерших от этого класса причин смерти достигала 57%. В последние семь лет наметилась тенденция сокращения доли умерших от этого класса причин смерти, усилившаяся в 2013-2017 годах. Начиная с 2015 года, доля умерших от болезней системы кровообращения составляет менее половины всех умерших и продолжает снижаться, составив в 2016 году 47,8%. По данным за январь-июнь 2017 года (без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти), умершие от болезней системы кровообращения составили 47,6%.

Второе место среди причин смерти по распространенности занимают новообразования (в основном, злокачественные), хотя ранее они иногда «уступали» его внешним причинам, отодвигаясь на третье место. В 2016 году новообразования стали причиной смерти 15,8% умерших в России, в январе-июне 2017 года - 15,3%.

Третье место среди причин смерти населения России прочно удерживают внешние причины. В отдельные периоды – 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 смертей от внешних причин устойчиво сокращается. В 2008 году она опустилась ниже уровня 1990 года (11,8% против 12%), а в 2016 году - до 8,9%. По данным за январь-июнь 2017 года она продолжала снижаться, составив 7,4% против 8,1% в январе-июне 2016 года. Тенденция сокращения доли смертей от внешних причин, нередко вполне устранимых, безусловно, благоприятна, но, тем не менее, потери от них остаются слишком высокими. Кроме того, как показывают специальные исследования, часть смертей от внешних причин классифицируется по другим классам причин – «Болезни системы кровообращения» и «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках».

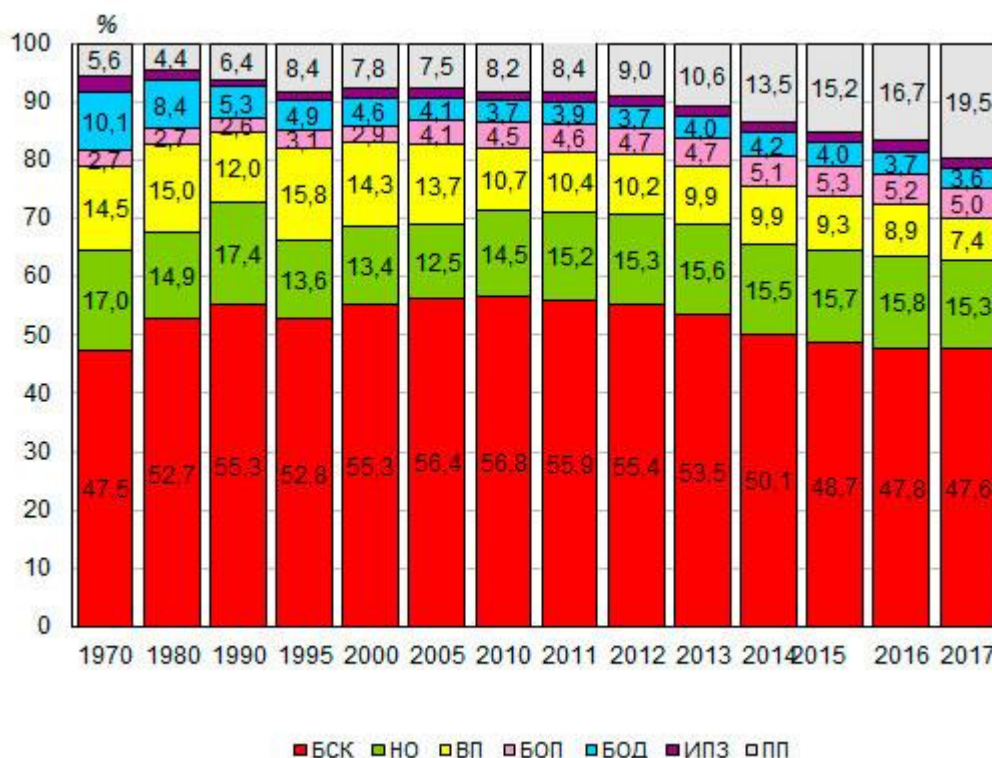


Рисунок 9. Распределение умерших в России по основным классам причин смерти, 1970, 1980, 1990, 1995, 2000, 2005 и 2010-2017* годы (без учета Крыма), %

* 2017 год – по данным месячной регистрации за январь-июнь

(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, перечисленные три основных класса причин смерти – болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины – обуславливали более 80% смертей в России, начиная с 1980-х годов по 2012 год. В 2000-е годы их вклад в общую смертность начал снижаться. В 2016 году по данным уточненной годовой разработки на них пришлось 72,5% смертных случаев, в январе-июне 2017 года – 70,2%. До 2014 года на другие основные классы причин смерти, по которым представлялись данные месячного учета – болезни органов дыхания, пищеварения и некоторые инфекционные и паразитарные заболевания, - приходилось 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, хотя и с некоторыми колебаниями. Начиная с 2006 года, доля умерших от болезней органов дыхания не раз опускалась ниже уровня 4%. В 2016 году она составила 3,7%, а по данным оперативной отчетности за январь-июнь 2017 года – 3,6% против 3,9% за аналогичный период прошлого года.

Доля умерших от болезней органов пищеварения постепенно повышается. Если до 1990-х годов она не достигала 3% от общего числа умерших, то в 2000-е годы превысила 4%, поднявшись до 5,3% в 2015 году. В 2016 году она несколько снизилась (до 5,2%), а в январе-июне 2017 года составила 5,0% против 5,1% за тот же период 2016 года.

Доля умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в последние десятилетия составляла менее 2%, но в последние годы появились признаки ее увеличения. В 2012-2014 годах она насчитывала 1,7%, в 2015 году – 1,8%, в 2016 году – 1,9%, в январе-июне 2017 года – 1,8% против 1,7% в январе-июне 2016 года.

Следует отметить рост доли умерших от симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках. В середине 1990-х годов она лишь немного превышала 4% (4,3% в 1995 году), в 2010-2011 годах составляла около 5%, а затем увеличилась до 7,9% смертей, зарегистрированных в 2014 году, 7,8% в 2015 году и 7,6% в 2016 году. Более половины смертей от этого класса причин обусловлены старостью (4,4% от общего числа умерших в 2013 году, 5,6% в 2014 году, 5,8% в 2016 году). Довольно значительное число смертей происходит по неустановленным причинам (2,2% от общего числа смертей в 2013 году, 1,8% в 2016 году).

Для характеристики тенденций смертности используются различные коэффициенты и вероятности, соотносящие численности умерших и живущих. В первую очередь оперативно поступает информация об общих коэффициентах смертности в целом и по отдельным основным классам причин смерти. По данным оперативного текущего учета за январь-июнь 2017 года смертность снизилась по сравнению с аналогичными данными за январь-июнь 2016 года от всех основных классов причин смерти, кроме некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, как это показывали и данные о числе умерших.

Смертность от болезней системы кровообращения снизилась на 3,3%, составив 615 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения в пересчете на год против 636 за тот же период 2016 года. Самое высокое значение смертности от этого класса причин смерти за период наблюдения отмечалось в 2003 году – 928 на 100 тысяч человек (рис. 10). С 2006 года смертность от болезней системы кровообращения устойчиво снижалась, исключение составил только 2010 год.

Смертность от новообразований снизилась на 3,0%, составив 197 против 203 умерших на 100 тысяч человек в январе-июне 2016 года. Уровень смертности от этого класса причин остается относительно стабильным с 1990-х годов

Смертность от внешних причин сократилась на 10,0%, составив 95 умерших на 100 тысяч человек против 106 в январе-июне 2016 года. Устойчивое снижение смертности от этого класса причин смерти наблюдается, начиная с 2003 года. По сравнению с 2002 годом (235 на 100 тысяч человек) она снизилась более чем вдвое.

Смертность от болезней органов пищеварения снизилась на 4,3%, составив за январь-июнь 2017 года 64 против 67 на 100 тысяч человек за тот же период 2016 года. Возможно, это свидетельствует о прекращении тенденции роста смертности от болезней органов пищеварения, преобладавшей на протяжении последних десятилетий, когда ее значение более чем удвоилось по сравнению с началом 1990-х годов (около 30 умерших на 100 тысяч человек).

Продолжает снижаться смертность от болезней органов дыхания. В январе-июне 2017 года она снизилась на 8,7% по сравнению с тем же периодом 2016 года, составив 46 против 51 на 100 тысяч человек.

Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней, напротив, увеличилась на 0,9%, составив 22,8 против 22,6 на 100 тысяч человек в январе-июне 2016 года.

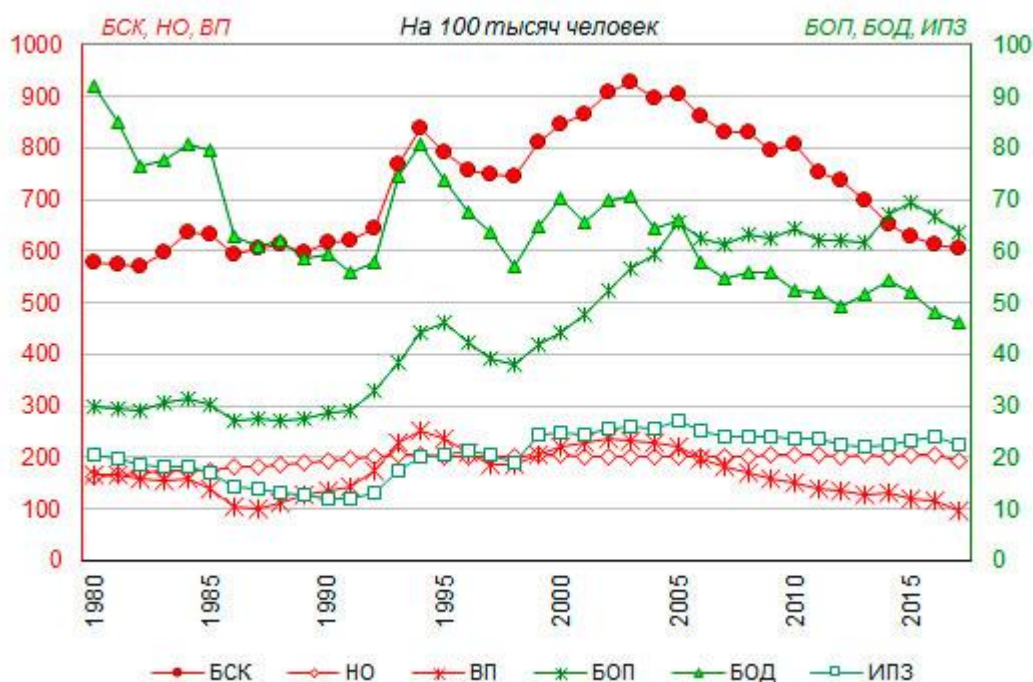


Рисунок 10. Смертность в России по основным классам причин смерти, 1980-2017* годы, умерших от данных причин на 100 тысяч человек постоянного населения (без учета Крыма)

* 2017 год - по данным ежемесячной регистрации за январь-июнь в пересчете на год

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

По данным за январь-август 2017 года, снижение смертности от основных рассмотренных классов причин смерти продолжалось при сохранении неизменным уровня смертности от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний и росте смертности от прочих причин (рис. 11).

Смертность от болезней системы кровообращения сократилась на 3,7% по сравнению с январем-августом 2016 года, от новообразований – на 3,0%, от внешних причин – на 10,6%, от болезней органов пищеварения – на 4,5%, от болезней органов дыхания - на 10,0%.

Смертность от совокупности всех остальных причин смерти возросла на 7,0%, превысив смертность от новообразований и более чем вдвое – от внешних причин.



Рисунок 11. Смертность от основных классов причин смерти в России, январь-август 2016 и 2017 годов, умерших от данных причин на 100 тысяч человек постоянного населения

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. В январе-августе 2017 года больше всего умерших в результате болезней системы кровообращения зарегистрировано в январе (85,1 тысячи человек без учета Крыма), от болезней органов дыхания – также в январе (7,4). Наименьшее число умерших от этих причин смерти зарегистрировано в июле – соответственно, 64,8 и 4,3 тысячи человек.

Сезонные колебания отмечаются и в смертности от других причин, в том числе внешних, о чем подробнее будет сказано ниже.

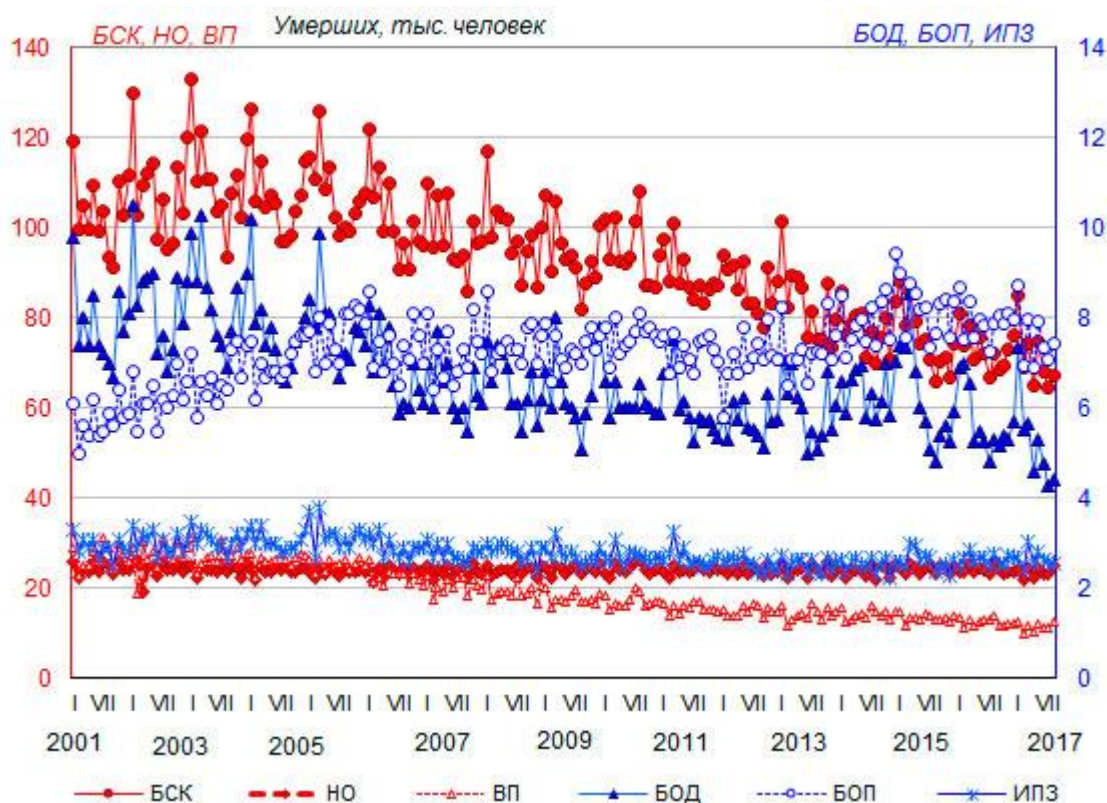


Рисунок 12. Число умерших от основных причин смерти по месяцам 2001-2017 годов, тысяч человек (без учета Крыма)

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

Смертность от отдельных причин смерти заметно отличается 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 Северо-Западного и Центрального 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 – в Сибирском федеральном округе, от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний – в Сибирском и Уральском федеральных округах.

Среди регионов-субъектов Российской Федерации значение коэффициента смертности от болезней системы кровообращения в январе-августе 2017 года варьировалось от 137 умерших на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 1110 в Псковской области (рис. 13). В центральной половине регионов (без 25% регионов с самыми высокими и самыми низкими значениями) оно составляло от 508 до 695 на 100 тысяч человек при медианном значении 608 на 100 тысяч человек.

Значение коэффициента смертности от новообразований варьировалось от 53 в Республике Ингушетии до 257 в Тульской области; в центральной половине регионов – от 174 до 227 при медиане, равной 198 на 100 тысяч человек. Помимо Ингушетии низкими показателями смертности

от новообразований отличаются Дагестан (78), Чечня (82), Ямало-Ненецкий автономный округ (83), а также другие регионы с молодым составом населения, хотя и в этих регионах коэффициент смертности от новообразований по данным за январь-август 2017 года в пересчете на год превышал 110 умерших на 100 тысяч человек.

Значение коэффициента смертности от внешних причин по данным за январь-август 2017 года варьировалось от 18 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 211 в Чукотском автономном округе; в центральной половине регионов – от 91 до 125 при медиане 103 умерших на 100 тысяч человек в пересчете на год. Помимо Чукотского автономного округа высокой смертностью от внешних причин отличаются Республика Тыва (209), Амурская (201) и Воронежская (188) области.

Смертность от болезней органов пищеварения в январе-августе 2017 года составила от 6 умерших на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 143 в Сахалинской области, в центральной половине регионов значение показателя варьировалось в довольно узком интервале от 56 до 78 при медиане, равной 68 на 100 тысяч человек. Помимо Сахалинской области более высокие показатели смертности от болезней органов пищеварения отмечались во Владимирской (116), Ивановской, Ярославской, Новгородской, Вологодской, Тверской и Тульской областях (от 89 до 99 на 100 тысяч человек).

Значение коэффициента смертности от болезней органов дыхания варьировалось от 5 умерших на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 83 в Курганской области; в центральной половине регионов - от 34 до 57 при медиане 44 умерших на 100 тысяч человек.

Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в январе-августе 2017 года варьировалась от 4 умерших в Белгородской области до 73 в расчете на 100 тысяч человек в Кемеровской области. В центральной половине регионов смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней варьировалась от 10 до 26 при медианном значении 16 умерших на 100 тысяч человек. Помимо Кемеровской области крайне высокими значениями смертности от данного класса причин смерти отличаются Иркутская область (66), Алтайский край (57), Республика Тыва (56), Новосибирская область (53), а также Свердловская, Курганская, Самарская области и Пермский край (от 42 до 48 умерших на 100 тысяч человек).

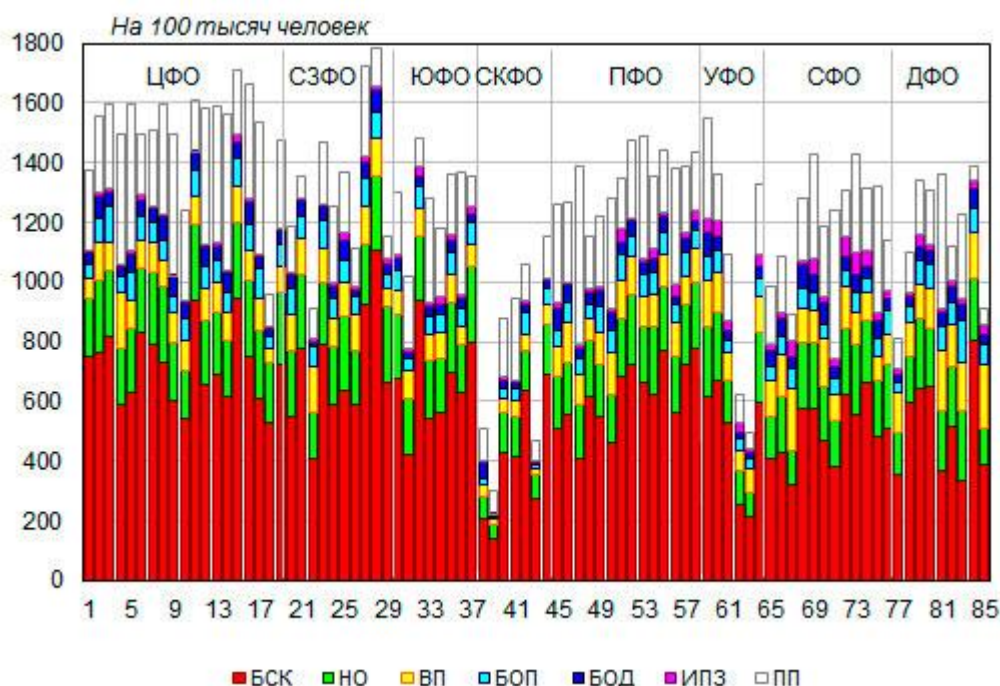


Рисунок 13. Число умерших от основных причин смерти по регионам-субъектам Российской Федерации, январь-август 2017 года (в пересчете на год), на 100 тысяч человек

Если говорить об отдельных заболеваниях, составляющих основные классы причин смерти, можно выделить те, которые наносят наибольший урон.

Среди болезней системы кровообращения выделяется, прежде всего, ишемическая болезнь сердца, которая является причиной смерти более половины умерших от болезней системы кровообращения (рис. 14). В январе-июле 2017 года она стала причиной смерти 25,2% всех умерших, в том числе 3,2% - от инфаркта миокарда. Причиной смерти почти каждого третьего умершего от болезней системы кровообращения являются цереброваскулярные заболевания (14,7% от общего числа умерших в январе-июле 2017 года). Доля умерших от гипертонической болезни постепенно снижается. В 2010 году она стала причиной смерти 2,6% от болезней системы кровообращения, а в последние годы - примерно 2%.

По данным за январь-июль 2017 года в большей степени сократилась смертность от гипертонической болезни (на 10,5%), в меньшей степени от цереброваскулярных заболеваний (3,4%), ишемической болезни (2,9%) и других болезней системы кровообращения (на 4,0%).

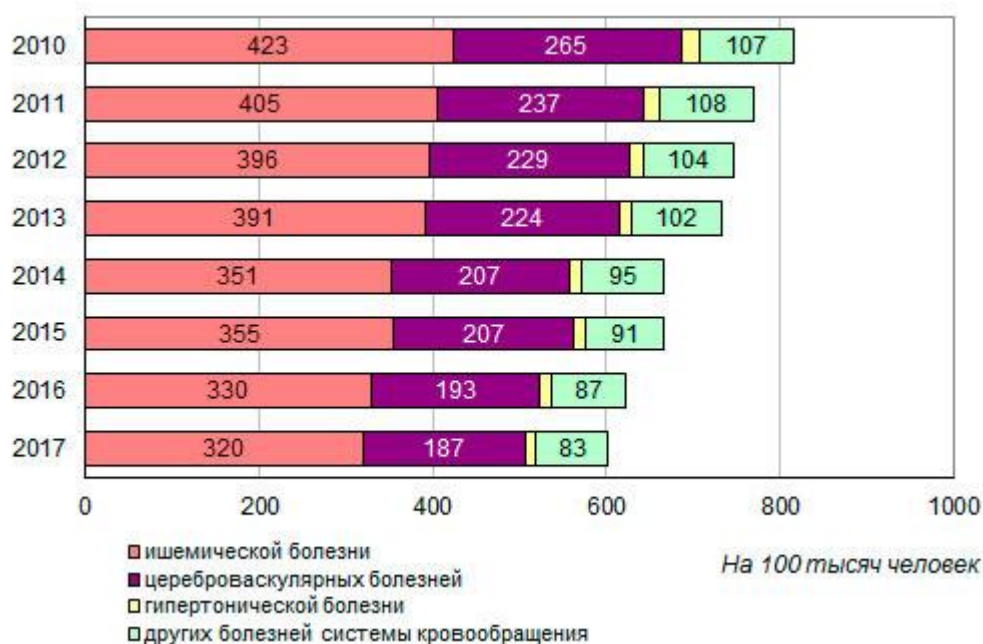


Рисунок 14. Число умерших от болезней системы кровообращения, в январе-июле 2010-2017 годов, в пересчете на год на 100 тысяч человек постоянного населения

Среди класса инфекционных и паразитарных болезней, обуславливающих около 1,8% смертей в России, особая роль принадлежит туберкулезу, на который до 2014 года приходилось более половины умерших от этого класса причин. В первой половине 2000-х годов доля умерших от туберкулеза среди всех умерших от инфекционных и паразитарных болезней превышала 80%. Затем она стала снижаться, опустившись до 32% в 2016 году и 30% в январе-июле 2016 года (рис. 15).

Наряду со снижением смертности от туберкулеза росла смертность и, соответственно, доля умерших от других инфекционных заболеваний. Доля умерших от болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, возросла от 0 в 1995 году и 0,6% в 2000 году до 53% умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в 2016 году (18,6 тысячи человек[12]). 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 более чем удвоилась (5,5% в 2016 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 2012-2014 годах она вновь составила 1,1%, а в 2016 году снизилась до 0,8%.

В январе-июле 2017 года смертность от туберкулеза (всех форм) снизилась на 15,2%, составив 6,7 на 100 тысяч человек в пересчете на год против 7,9 по аналогичным данным за 2016 год. Смертность от кишечных инфекций осталась на том же уровне (0,2 на 100 тысяч человек), а смертность от других инфекционных и паразитарных заболеваний увеличилась на 11,3% (15,7 против 14,1 на 100 тысяч человек). Напомним, что эти оценки получены Росстатом на основе оперативные данные месячной отчетности без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти.

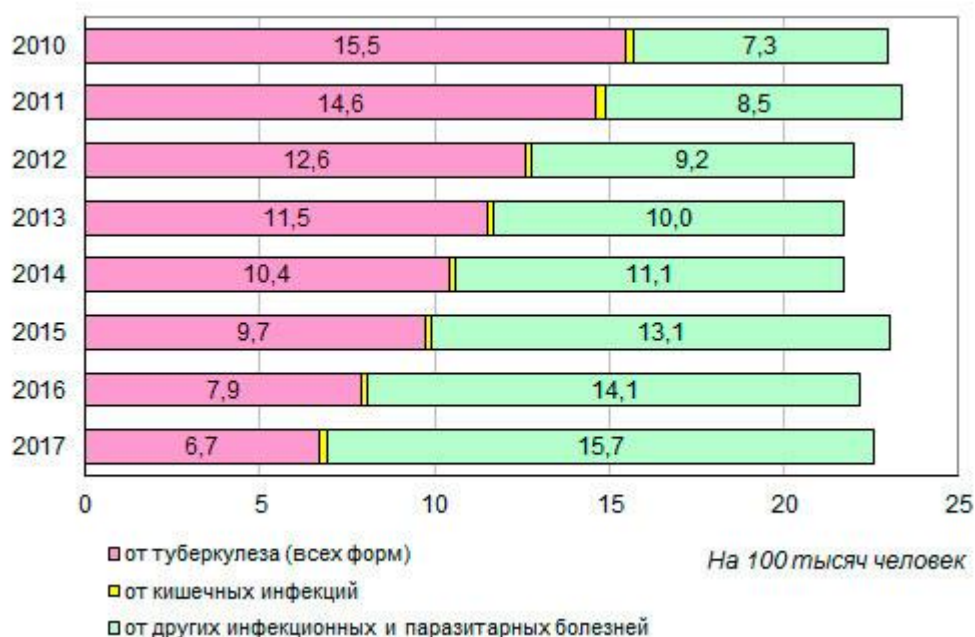


Рисунок 15. Число умерших от некоторых инфекционных и паразитарных болезней в январе-июле 2010-2017 годов, в пересчете на 100 тысяч человек постоянного населения

Если вернуться к региональным различиям в смертности от основных причин смерти, можно добавить, что уровень смертности от туберкулеза (всех форм) и ее вклад в смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней существенно различается по регионам.

Смертность от туберкулеза в январе-июне 2016 года варьировалась от 0,9 в Белгородской и Рязанской областях до 55 в Республике Тыве, в центральной половине регионов – от 3 до 8 при медианном значении 5 умерших на 100 тысяч человек постоянного населения.

Доля умерших от туберкулеза среди умерших от инфекционных и паразитарных заболеваний в 11 регионах не достигала и 20%. В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, Рязанской, Нижегородской, Самарской и Ивановской областях она составляла от 9% до 16%.

С другой стороны, в 17 регионах-субъектах федерации доля умерших от туберкулеза среди умерших от инфекционных и паразитарных заболеваний превышала половину. Особенно высока она в Республике Тыве (97%), Еврейской автономной области (81%) и Амурской области (77%).

По сравнению с первым полугодием 2016 года смертность от внешних причин снизилась на 10%

Несмотря на тенденцию снижения смертности от внешних причин, ее высокий по сравнению с развитыми странами уровень продолжает вызывать особую озабоченность общества. По уточненным данным годовой разработки, в 2016 году от этих причин умерло 167,5 тысячи человек (165,2 тысячи человек без учета Крыма), что на 5,7% меньше, чем в 2015 году (с учетом и без учета Крыма). Внешние причины обусловили 8,9% от общего числа смертей, учтенных в 2016 году.

Снижение числа умерших от внешних причин наблюдается с 2003 года, после того как в 2002 году было зарегистрировано 335 тысяч умерших от этого класса причин (15,0% от общего числа умерших). Более высокие значения показателей отмечались ранее в 1995 году – 349 тысяч человек, или 15,8% от общего числа умерших. Особенно быстро число умерших от внешних причин сокращалось в 2006-2009 и 2011 годах, а в 2012-2013 годы тенденция снижения несколько ослабела, а в 2014 году отмечался незначительный рост. В 2015-2017 годы тенденция снижения вновь стала набирать силу.

По данным за январь-июль 2017 года от внешних причин смерти умерло 80,5 тысячи человек (на 10,7% меньше, чем за тот же период 2016 года).

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

- от случайных отравлений алкоголем (12,5% умерших от внешних причин в 1995 году, 7,8% в 2013 году, 8,2% в 2014 году, 8,6% в 2015 году и 8,4% в 2016 году);
- от всех видов транспортных несчастных случаев (11,1%, 15,7%, 15,4%, 14,0% и 12,9%), в том числе от дорожно-транспортных происшествий (11,1% в 2013 году, 10,9% в 2014 году, 10,1% в 2015 году и 9,5% в 2016 году, данные за 1995 год отсутствуют);
- от самоубийств (17,5% умерших от внешних причин в 1995 году, 15,5% в 2013 году, 14,3% в 2014 и 2015 годах, 13,8% в 2016 году);
- от убийств (13,0%, 7,8%, 6,9%, 6,7% и 6,3%);
- от повреждений с неопределенными намерениями (14,4% в 1995 году и 25,8% в 2016 году);
- от случайных падений (2,7% и 5,1%);
- от случайных утоплений (5,9% и 3,9%);
- от случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени (2,5% и 2,8%).

Приведенные данные свидетельствуют об изменении структуры смертности от внешних причин. По сравнению с серединой 1990-х годов среди умерших от этого класса причин смерти стало меньше жертв самоубийств, убийств, случайных утоплений и случайных отравлений алкоголем (хотя в последние годы доля умерших в результате случайных отравлений алкоголем несколько возросла). В то же время возросла доля умерших в результате транспортных несчастных случаев, повреждений с неопределенными намерениями, случайных падений, случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени.

По итогам помесечной регистрации смертей (без учета диагнозов окончательных медицинских свидетельств о смерти) в январе-июле 2017 года снизилась смертность от всех указанных групп внешних причин смерти (рис. 16).

Наибольшее снижение числа умерших отмечалось по группе случайных утоплений – на 31,5% (2573 погибших против 3757 за январь-июль 2016), что, возможно, отчасти связано с более коротким и холодным купальным сезоном.

Заметно сократилось также число умерших от случайных отравлений алкоголем – на 20,0% (4176 человек), от убийств – на 16,4% (5313 человек) и самоубийств – на 13,3% (12188 человек), а также от всех видов транспортных несчастных случаев – на 10,1% (9974 человек), в том числе в результате дорожно-транспортных происшествий – на 8,6% (7305 человек).

Меньше сократилось число погибших в результате отравлений и воздействия алкоголем с неопределенными намерениями – на 6,1% (1016 человек), от прочих отравлений – на 3,3% (5041 человек), а также от всех прочих внешних причин – на 7,3% (40235 человек).

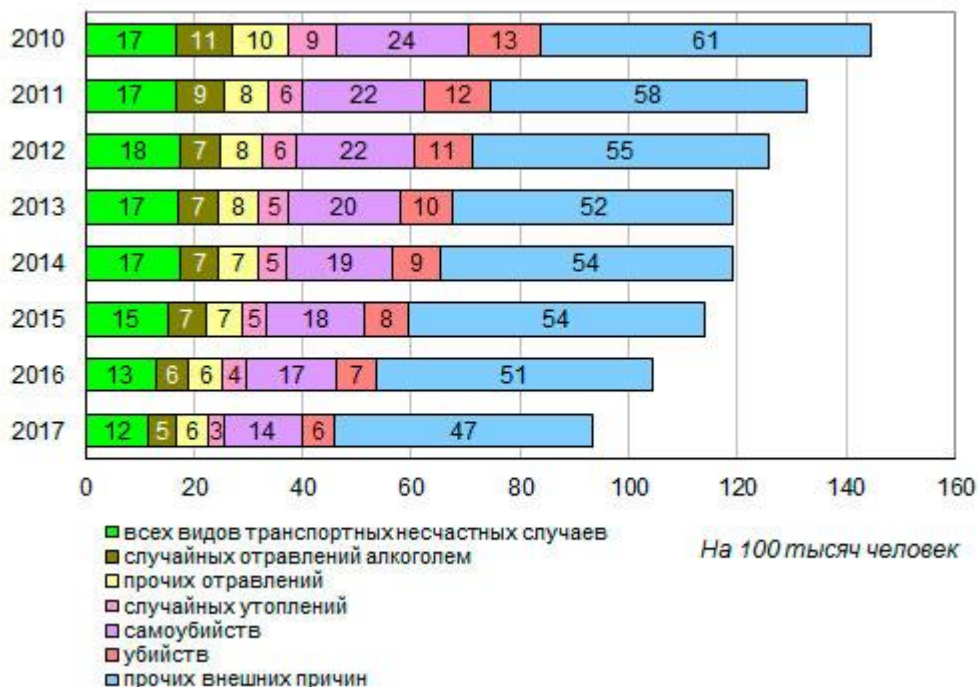


Рисунок 16. Число умерших от внешних причин в январе-июле 2010-2017 годов, в пересчете на год на 100 тысяч человек постоянного населения

В более длительной ретроспективе можно говорить о достаточно устойчивых тенденциях снижения смертности от самоубийств, транспортных несчастных случаев, убийств и случайных отравлений алкоголем (рис. 17).

По уточненным данным годовой разработки, в 2016 году больше всего, по сравнению с предшествующим годом, сократилась смертность от транспортных несчастных случаев – на 12,9%, составив 14,7 против 16,9 умерших на 100 тысяч населения в 2015 году. При этом смертность в результате дорожно-транспортных происшествий снизилась на 11,5% (10,8 против 12,0 на 100 тысяч населения). Наибольшие значения смертности от транспортных несчастных случаев – свыше 30 на 100 тысяч человек – отмечались в 1991-1993 и 2003 годах. Действие сезонного фактора, скорее всего, приведет к увеличению показателя смертности, зафиксированного по данным регистрации за январь-июнь 2017 года, – 11,2 на 100 тысяч человек (12,3 по аналогичным данным 2016 года).

Смертность в результате убийств снизилась в 2016 году на 11,8% (7,2 против 8,2 умерших на 100 тысяч человек в 2015 году). Наибольшее значение было зарегистрировано в 1994 году – почти 33 умерших на 100 тысяч человек. В 1993, 1995 и 2002 годах значение показателя также превышало 30 на 100 тысяч человек. По данным за январь-июнь 2017 года смертность от убийств в пересчете на год составила 6,4 на 100 тысяч человек (7,6 за тот же период 2016 года).

Смертность в результате самоубийств снизилась в 2016 году на 9,3% (15,8 против 17,4 на 100 тысяч человек). Наибольшие значения отмечались в середине 1990-х годов (до 42 на 100 тысяч человек в 1994 году), а с 2002 года значение показателя довольно устойчиво и быстро снижается. По данным

за январь-июнь 2017 года смертность от самоубийств составила 14,2 на 100 тысяч человек (16,4 в январе-июне 2016 года).

Смертность из-за случайных отравлений алкоголем снизилась в 2016 году на 8,0%, составив 9,6 против 10,4 на 100 тысяч человек в 2015 году. Наивысшее значение за период наблюдения был зафиксирован также в 1994 году – 38 на 100 тысяч человек, в 2002-2003 годах оно превышало 31 на 100 тысяч человек. В январе-июне 2017 года смертность от случайных отравлений алкоголем составила в пересчете на год 5,1 против 6,3 на 100 тысяч человек за аналогичный период 2016 года.

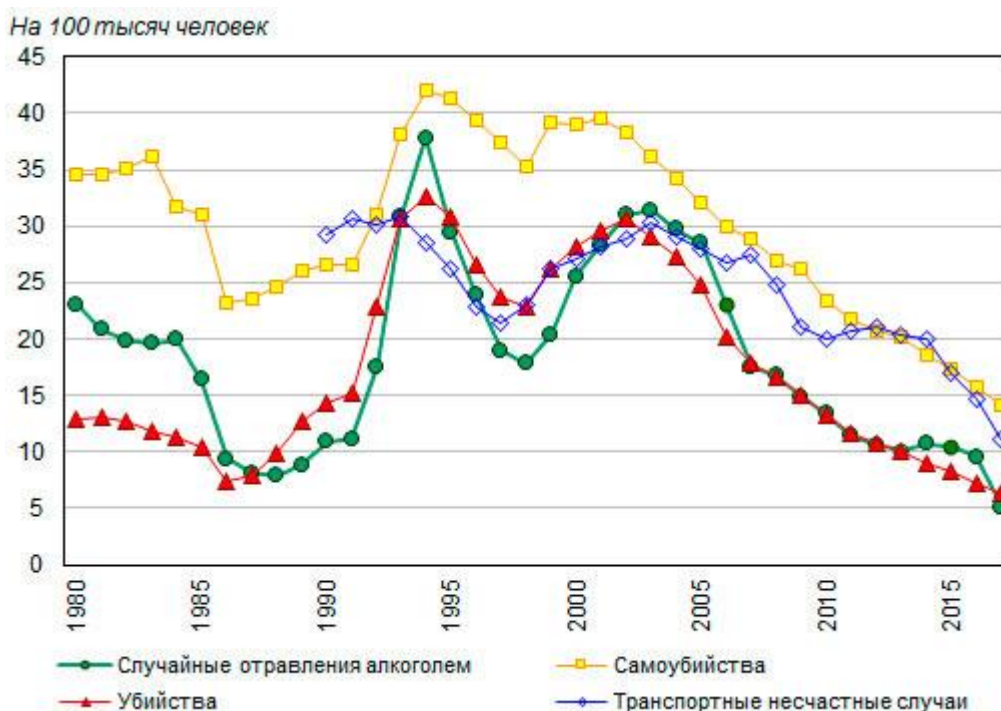


Рисунок 17. Смертность от некоторых внешних причин, 1980-2017* годы, число умерших от указанных причин на 100 тысяч человек постоянного населения без учета Крыма

* 2017 год - по данным месячной регистрации за январь-июнь в пересчете на год

По данным многолетних наблюдений, наибольшее число умерших в результате самоубийств регистрируется, как правило, в мае, 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 несчастных случаев (рис. 18).

В январе-августе 2017 года наибольшее число погибших в результате самоубийств вновь зарегистрировано в мае (1980 человек без учета Крыма). В августе зарегистрировано наибольшее число погибших в результате транспортных несчастных случаев (2165 человек). Число умерших в результате случайных отравлений алкоголем в январе составило 780 человек, а в июле - 396.

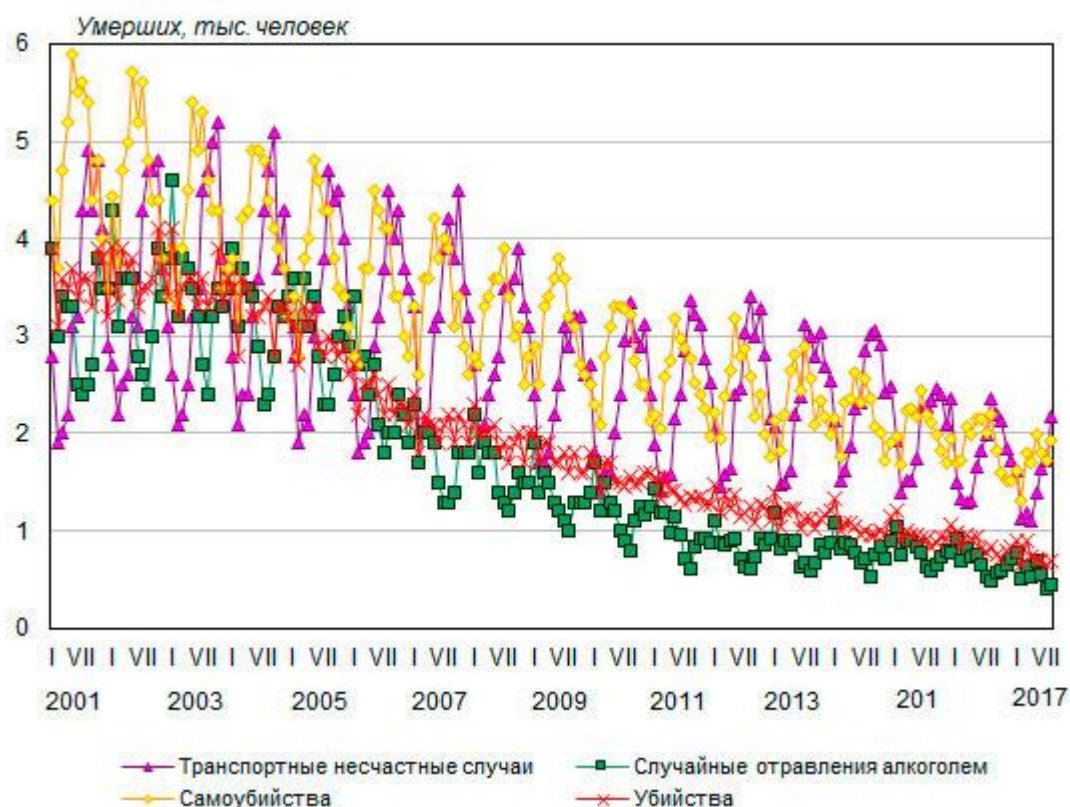


Рисунок 18. Число умерших от некоторых внешних причин по месяцам 2001-2017 годов, тысяч человек без учета Крыма

Значение коэффициентов смертности от отдельных внешних причин заметно различаются по российским регионам. По данным помесячной регистрации, в январе-августе 2017 года число умерших от случайных отравлений алкоголем в расчете на 100 тысяч человек постоянного населения варьировалось от 0 в республиках Калмыкия, Северная Осетия Алания, Чечня, Астраханской, Ростовской, Магаданской, Сахалинской областях и Хабаровском крае до 17 в Кировской области (рис. 19). 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 1,3 до 9,0 при медианном значении 5,3 на 100 тысяч человек постоянного населения. Помимо Кировской области, высокие значения смертности от случайных отравлений алкоголем зарегистрированы в Ярославской, Архангельской (без Ненецкого автономного округа), Костромской области и Республике Марий Эл (16 умерших на 100 тысяч человек).

Значение коэффициента смертности от транспортных несчастных случаев составило от 6 в Чукотском автономном округе до 30 в Республике Тыве; в центральной половине регионов оно варьировалось в узком диапазоне от 10,8 до 15,8 при медианном значении 13,4 на 100 тысяч человек. Помимо Республики Тывы высокие показатели смертности в результате транспортных несчастных случаев зафиксированы также в Новгородской, Амурской, Ленинградской областях, Камчатском и Забайкальском краях (от 20 до 23 на 100 тысяч человек).

Коэффициент смертности от убийств варьировался в январе-августе 2017 года от 1,2 на 100 тысяч человек в Астраханской области до 36 в Чукотском автономном округе. В центральной половине регионов он составлял от 4,3 до 9,4 при медианном значении 6,2 на 100 тысяч человек. Высокие

значения показателя отмечались, как и не раз прежде, в Республике Тыве (30), а также в республиках Саха (Якутия), Бурятия, Алтай, Ненецкий автономный округ, Забайкальском крае, Амурской и Еврейской автономной области (от 15 до 19 на 100 тысяч человек).

Смертность в результате самоубийств составила в январе-августе 2017 года от 0,4 в Астраханской области до 49 на 100 тысяч человек постоянного населения в Еврейской автономной области. В центральной половине регионов значение коэффициента варьировалось от 8,9 до 21,7 при медианном значении 16,1 на 100 тысяч человек. Помимо Еврейской автономной области, крайне высокие значения смертности от самоубийств зарегистрированы в Ненецком автономном округе, Забайкальском крае и Республике Бурятия (от 44 на 100 тысяч человек).

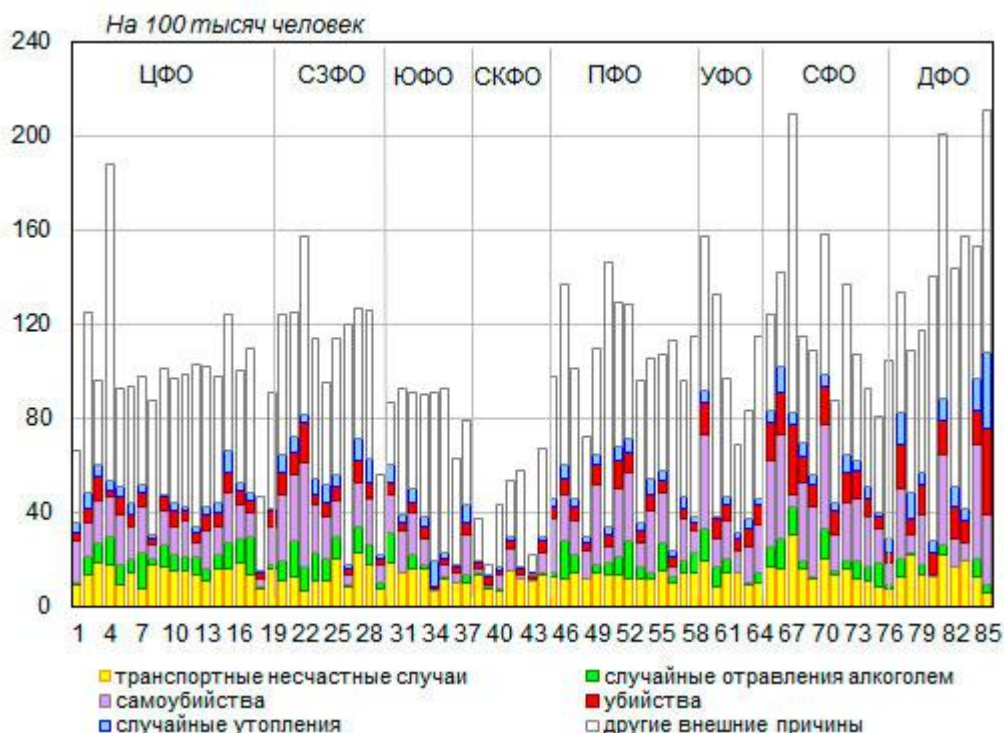


Рисунок 19. Смертность от некоторых внешних причин по регионам - субъектам Российской Федерации, январь-август 2017 года (по данным месячной отчетности в пересчете на год), умерших от данных причин на 100 тысяч человек

Среди умерших в 2016 году от инфекционных и паразитарных заболеваний 64% не достигли возраста 45 лет, среди умерших от внешних причин -- 45%

С 2011 года Росстат публикует данные годовой разработки о распределении умерших от основных классов причин смерти по возрастным группам[13]. В июле 2017 года были опубликованы такие данные за 2016 год[14].

Данные о распределении всех умерших по возрастам в 2015 и 2016 годах пока не представлены, поэтому для сравнения можно воспользоваться последними из опубликованных данных, относящимися к 2014 году[15] (рис. 20).

Почти каждый десятый умерший в России не дожил до возраста 40 лет (8,9% в 2014 году), более трети (38,5%) не достигли возраста 65 лет, менее трети (29,9%) – дожили до возраста 75 лет и

более. В последние годы доля людей младших возрастов среди умерших постепенно снижается. При этом необходимо отметить, что распределение умерших по возрасту отражает, как и возрастная структура населения в целом, влияние демографических волн. Об этом говорит, в частности, относительно низкая доля умерших в возрасте 65-69 лет, то есть представителей малочисленных поколений, родившихся в военные и послевоенные годы (1945-1949 годы). По сравнению со смежными возрастными группами относительно низка также доля умерших в возрасте 70-74 лет (1940-1944 годов рождения) и 80-84 лет (1930-1934 годов рождения).

Среди умерших в 2016 году от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний почти половину (49,2%) составили люди, не достигшие возраста 40 лет. Наиболее высокий удельный вес приходится на возрастную группу 35-39 лет (21,6%). Доля умерших от этого класса причин смерти в возрасте до 40 лет увеличилась по сравнению с 2011 годом (47,5%). В то же время доля людей моложе 40 лет среди умерших от туберкулеза, напротив, снизилась, составив 29,4% против 35,2%.

Удельный вес молодых и средних возрастов высок и среди умерших от внешних причин смерти. В 2016 году каждый седьмой (14,9%) умерший от внешних причин смерти был моложе 30 лет, 34,8% - моложе 40 лет, 73,3% - моложе 60 лет.

Возраста 45 лет не достигли 64 умерших в 2016 году от инфекционных и паразитарных заболеваний и 45% умерших от внешних причин.

Среди умерших от других основных классов причин смерти доля молодежи и людей средних возрастов заметно ниже. Если среди умерших от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний в 2016 году люди в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 лет) составили 83,6%, а от внешних причин - 68,8%, то среди умерших от болезней органов пищеварения - 40,4%, от болезней органов дыхания - 27,%, новообразований - 22,0%, болезней системы кровообращения - 14,5%.

По сравнению с 2011 годом доля людей в возрасте до 40 лет снизилась среди умерших от внешних причин (34,8% против 39,1%), болезней органов дыхания (7,7% против 11,9%) и пищеварении (10,8% против 13,3%). Среди умерших от болезней системы кровообращения она практически не изменилась (2,0% против 2,1%), среди умерших от новообразований незначительно сократилась (2,9% против 3,2%).

Отметим также, что среди умерших от двух классов причин смерти - некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний и болезней органов дыхания - остается относительно высокой, несмотря на снижение, доля умерших в возрасте до 1 года (соответственно, 1,2% и 0,8%). Она особенно высока по сравнению с другими детскими возрастами - от 1 года до 14 лет.

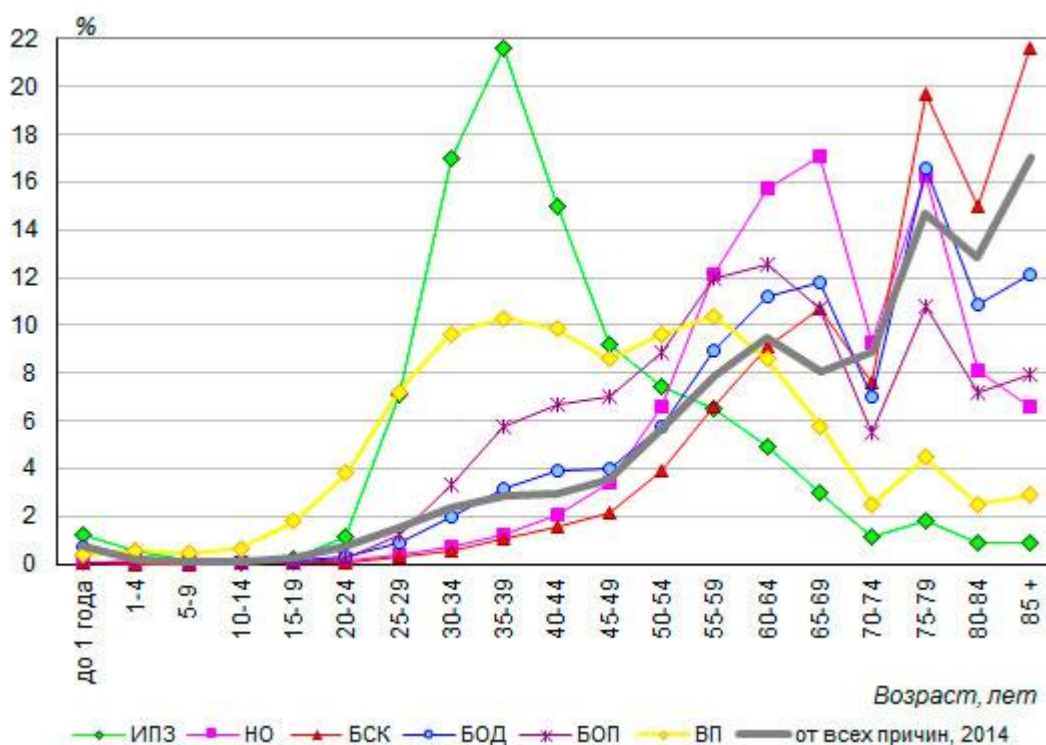


Рисунок 20. Распределение умерших от основных причин смерти в 2016 году и от всех причин смерти в 2014 году по возрастам, % умерших от данного класса причин смерти (возраст которых известен)

Используя данные о распределении умерших по возрастам и оценки численности населения Российской Федерации по полу и возрастным группам в среднем за 2016 год^[16], можно оценить возрастные коэффициенты смертности от отдельных причин смерти (рис. 21).

По данным за 2014 год, значение возрастных коэффициентов смертности от всех причин смерти устойчиво увеличивается начиная с возрастной группы 10-14 лет (ниже всего эти коэффициенты в возрастной группе 5-9 лет - 0,2 умерших на 1000 человек данного возраста). В самой старшей возрастной группе - 85 лет и старше - значение показателя составляло 172‰. В самых младших возрастных группах смертность была выше, чем в возрасте от 5 до 14 лет. В возрасте до 1 года она составляла 7,4‰ (выше, чем в возрасте 45-49 лет - 7,3‰), а в возрасте 1-4 лет - 0,4‰.

Изменение значений возрастных коэффициентов смертности от болезней системы кровообращения, особенно в старших возрастных группах, в основном соответствует изменению возрастных коэффициентов смертности от всех причин смерти. В младших и средних возрастах вклад болезней системы кровообращения в общую смертность невелик, хотя и повышается с возрастом (от 0,9‰ в возрасте до 9 лет до 9‰ в возрасте 25-29 лет и 29% в возрасте 45-49 лет). В старших возрастных группах вклад смертности от болезней системы кровообращения в общую смертность существенно повышается - до 60% в возрасте 75-79 лет и около 55% в возрасте 80 лет и старше.

Изменение значения возрастных коэффициентов смертности от новообразований в меньшей степени следует тренду общей смертности. Наибольший вклад смертность от новообразований вносит в общую смертность в возрасте от 55 до 75 лет (до 26% в возрасте от 65-69 лет), наименьший - в смертность в возрасте от 20 до 29 лет (около 4%).

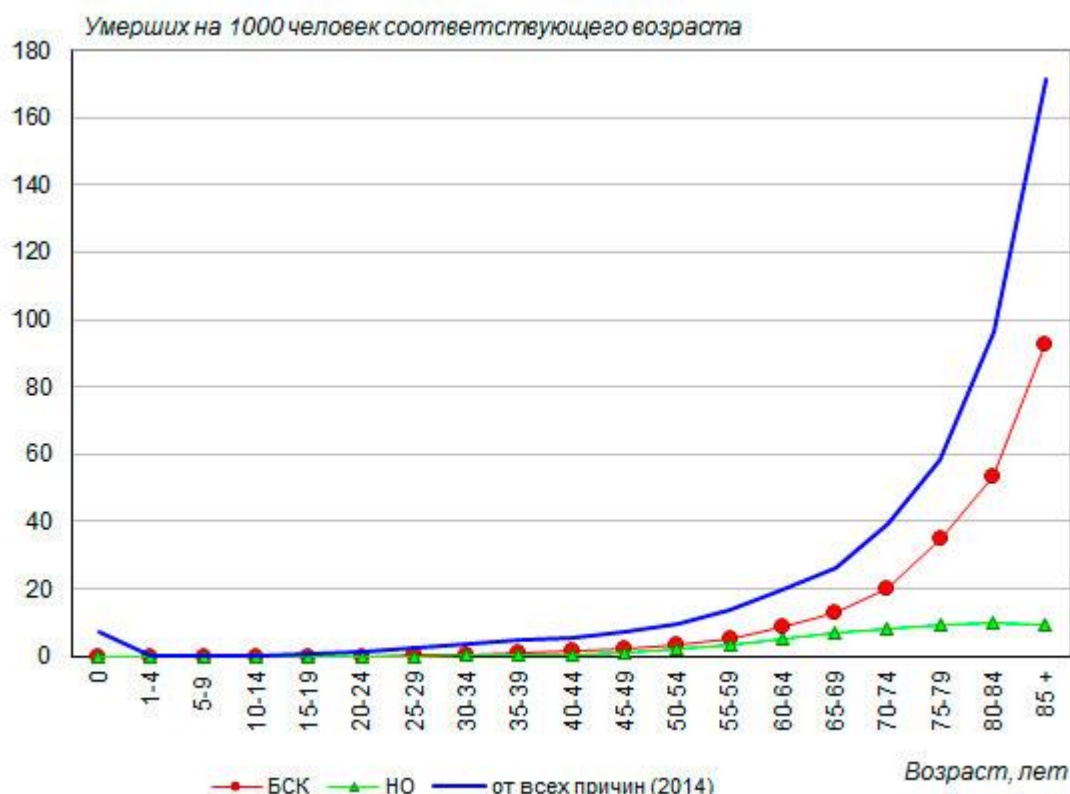


Рисунок 21. Возрастные коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения (БСК), новообразований (НО) и всех причин смерти, умерших от указанных причин на 1000 человек соответствующего возраста, 2016* год

* от всех причин смерти – 2014 год

Смертность от внешних причин смерти в 2016 году была особенно высока в возрастах от 35 до 64 лет (до 159 умерших на 100 тысяч человек в возрасте 40-44 и 50-54 года), более высокие значения показателя отмечаются также в самой старших возрастных группах 80 лет и старше (рис. 22). Если сравнивать с общей смертностью (хотя и за другой год), вклад смертности от внешних причин смерти составляет до 55% и более в возрастах от 15 до 24 лет и более 40% в возрастах 5-14 и 25-29 лет. После 30 лет вклад смертности от этого класса причин в общую смертность постепенно снижается (менее 10% в возрастных группах 60 лет и старше, немногим более 1% в возрасте 85 лет и старше, хотя интенсивность смертности от внешних причин повышается в возрастах 75 лет и старше).

Смертность от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний выше всего в возрастных группах от 30 до 44 лет (до 68 умерших на 100 тысяч человек 35-39 лет в 2016 году). В старших возрастных группах она снижается – до 12 на 100 тысяч человек в возрастных группах 70-74 и 80-84 года, а в возрастах 85 лет и старше она несколько выше. Среди младенцев в возрасте до 1 года смертность от этого класса причин превышает уровень смертности от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний в последующих возрастных группах до 30 лет (соответственно, 23 в возрасте до 1 года и 21 в возрасте 25-29 лет на 100 тысяч человек соответствующего возраста).

Смертность от болезней органов дыхания и пищеварения достаточно монотонно увеличивается с возрастом, хотя в самой младшей возрастной группе она на порядок выше, чем в других детских возрастах. В возрасте до 1 года смертность от болезней органов дыхания составила в 2016 году 28 на 100 тысяч человек того же возраста – почти столько же, сколько в возрасте 40-44 лет (27) и 45-49 лет (33). В то же время в возрасте 1-4 года она составила 3 на 100 тысяч человек, а в возрасте 5-9 и 10-14 лет – по 1 на 100 тысяч человек.

Смертность от болезней органов пищеварения в возрасте до 1 года составила в 2016 году 3,7 на 100 тысяч человек – больше, чем во всех остальных возрастах до 25 лет (в возрасте до 20 лет – менее 1 на 100 тысяч человек).

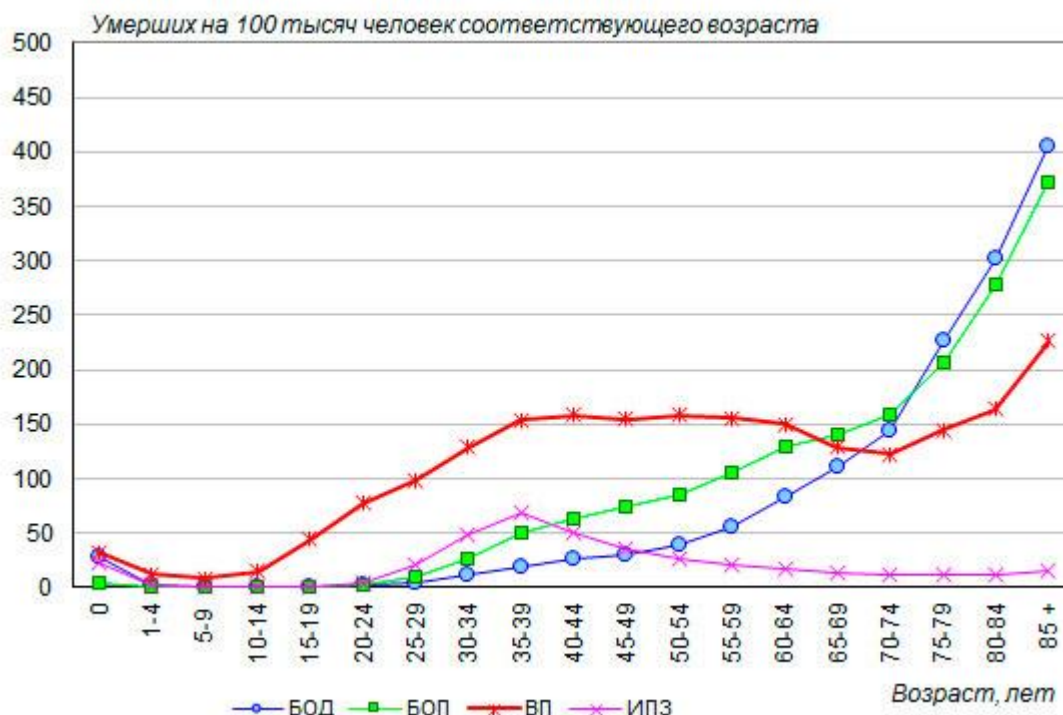


Рисунок 22. Возрастные коэффициенты смертности от болезней органов дыхания (БОД), болезней органов пищеварения (БОП), внешних причин (ВП), инфекционных и паразитарных заболеваний, умерших от указанных причин на 100 тысяч человек соответствующего возраста, 2016 год

Младенческая смертность в первом полугодии 2017 года снизилась до 5,3‰

Важным показателем смертности и одновременно качества жизни служит 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, коэффициент младенческой смертности довольно устойчиво снижался (рис. 23). Наблюдавшиеся повышения значения коэффициента младенческой смертности были связаны в основном с улучшением качества учета и постепенным переходом на международный стандарт в определении живорождения - в 1993 году (на 11%)^[17] и в 2012 году (на 17%)^[18].

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 расти (в том числе за счет улучшения учета родившихся). С конца 1980-х годов число умерших в возрасте до 1 года неуклонно сокращалось, снизившись с 48,5 тысячи в 1987 году до 13,2 тысячи человек в 2011 году. В 2012 году число зарегистрированных смертей в возрасте до 1 года в связи с расширением критериев живорождения увеличилось до 16,3 тысячи человек, что на 24% больше, чем за 2011 год. Значение коэффициента младенческой смертности возросло до 8,6‰ против 7,4‰ за 2011 год. Затем снижение младенческой смертности возобновилось, хотя и на более высоком уровне. В 2016 году было зарегистрировано 11,4 тысячи человек, умерших в возрасте до 1 года (11,3 тысячи человек без учета Крыма), что составило 6,0 на 1000 родившихся живыми. По сравнению с 2012 годом число умерших в возрасте до 1 года снизилось на 31%.

В январе-июне 2017 года тенденция снижения младенческой смертности сохранялась. За первое полугодие текущего года в Российской Федерации умерло 4840 детей в возрасте до 1 года, что на 1063 человек, или на 18% меньше, чем за тот же период 2016 года. Коэффициент младенческой смертности в пересчете на год снизился до 5,3‰ против 6,1‰ по данным за тот же период 2016 года (на 13% меньше).

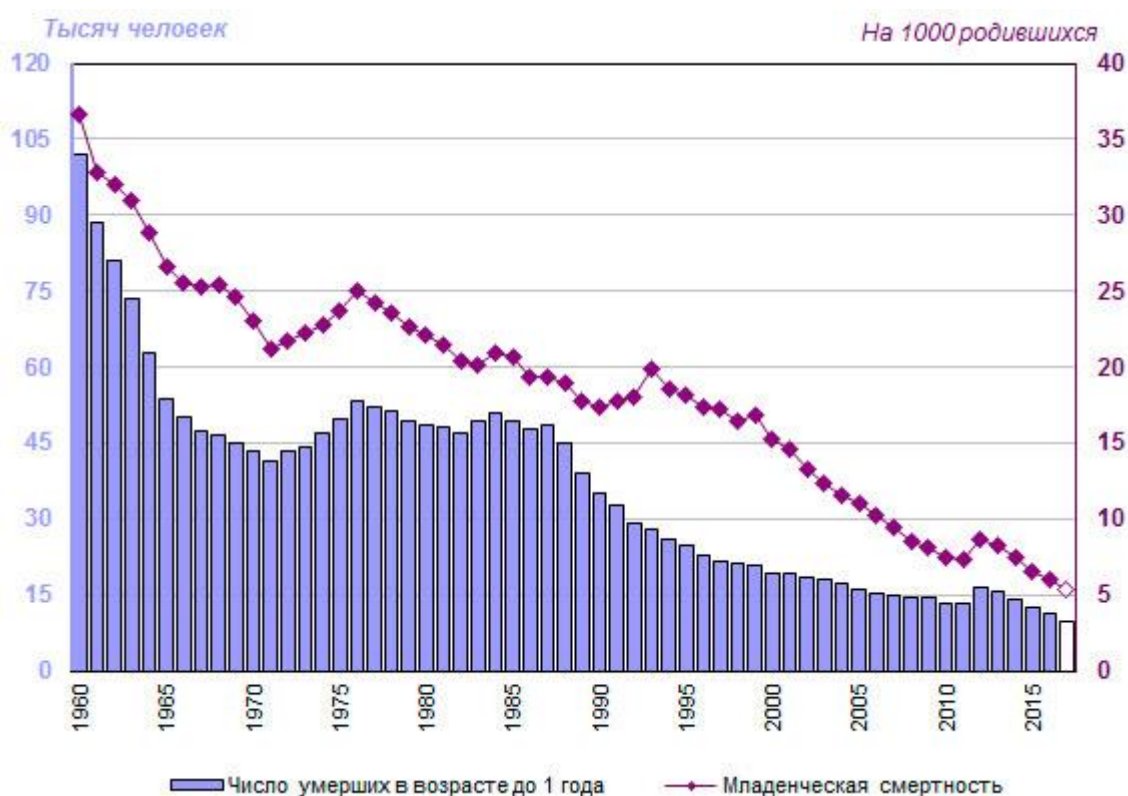


Рисунок 23. Число умерших в возрасте до 1 года (тысяч человек) и коэффициент младенческой смертности (умерших в возрасте до 1 года на 1 родившихся живыми), 1960-2017* годы

* 2017 год - оценка по данным за январь-июнь в пересчете на год

Изменения младенческой смертности в регионах России были разнонаправленными.

Снижение коэффициента младенческой смертности в январе-августе 2017 года по сравнению с тем же периодом 2016 года наблюдалось в 67 из 85 регионов-субъектов федерации, в трех регионах его значение не изменилось, а в 15 регионах - возросло (рис. 24). Прирост составил от 0,1 пункта промилле в Забайкальском крае до 3,9 пункта промилле в Ненецком автономном округе. Снижение коэффициента младенческой смертности варьировалось также от одной десятой пункта промилле в Оренбургской и Кемеровской областях до 11 пунктов промилле в Чукотском автономном округе.

Значение коэффициента младенческой смертности по данным за январь-август 2017 года в пересчете на год составило от 2,3‰ в Тамбовской области до 12,1‰ в Еврейской автономной области. Помимо Тамбовской области низкими показателями младенческой смертности отличались Липецкая, Ивановская, Томская, Московская, Кировская, Магаданская, Пензенская, Калининградская области, города Санкт-Петербург и Севастополь, Краснодарский край и Чувашская Республика (от 2,7‰ до 4,0‰). В половине регионов его значение превышало 5,0‰, а в центральной половине регионов (без 25% регионов с наиболее низкими и наиболее высокими значениями показателя) составляло от 4,4‰ до 6,2‰.

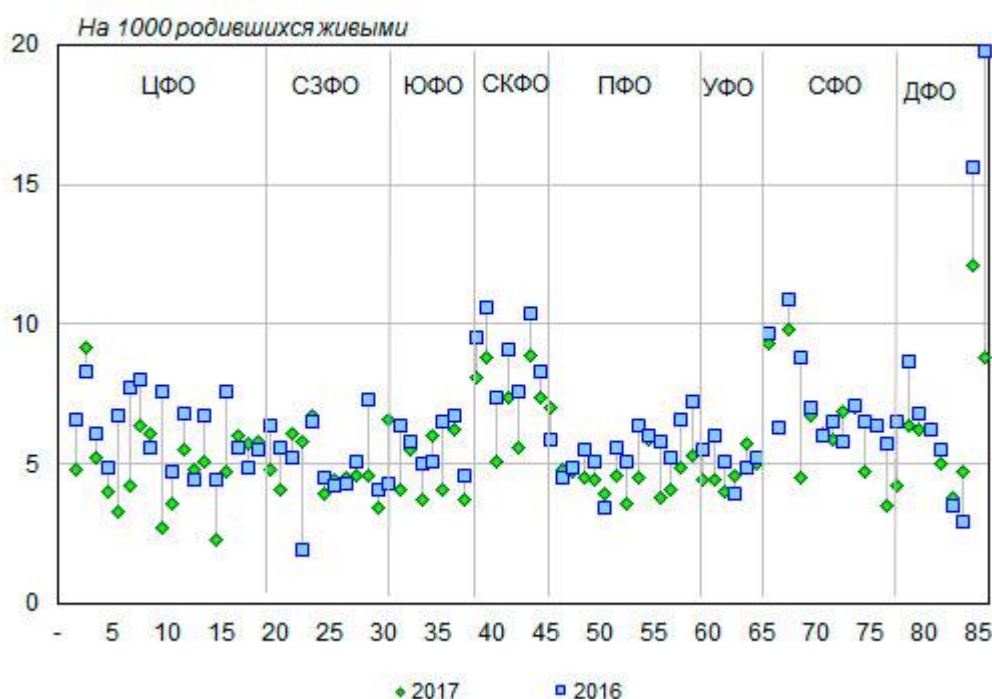


Рисунок 24. Младенческая смертность по регионам-субъектам федерации, январь-август 2016 и 2017 годов (в пересчете на год), умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми

Сезонный фактор оказывает слабое влияние на уровень современной младенческой смертности в России. По уточненным данным годовой разработки наибольшие отклонения от среднегодовых значений чисел умерших в возрасте до 1 года в 2011-2014 годах составляли до 13% и приходились на разные периоды года. По данным месячного учета за январь-декабрь 2016 года наибольшее число умерших в возрасте до года зарегистрировано в марте (1016), наименьшее – в октябре (847). По данным за январь-август 2017 года наибольшее число умерших в возрасте до года учтено в мае – 863 человека, а наименьшее – 748 – в феврале. Все месячные значения в текущем году меньше, чем в прошлом году (рис. 25).

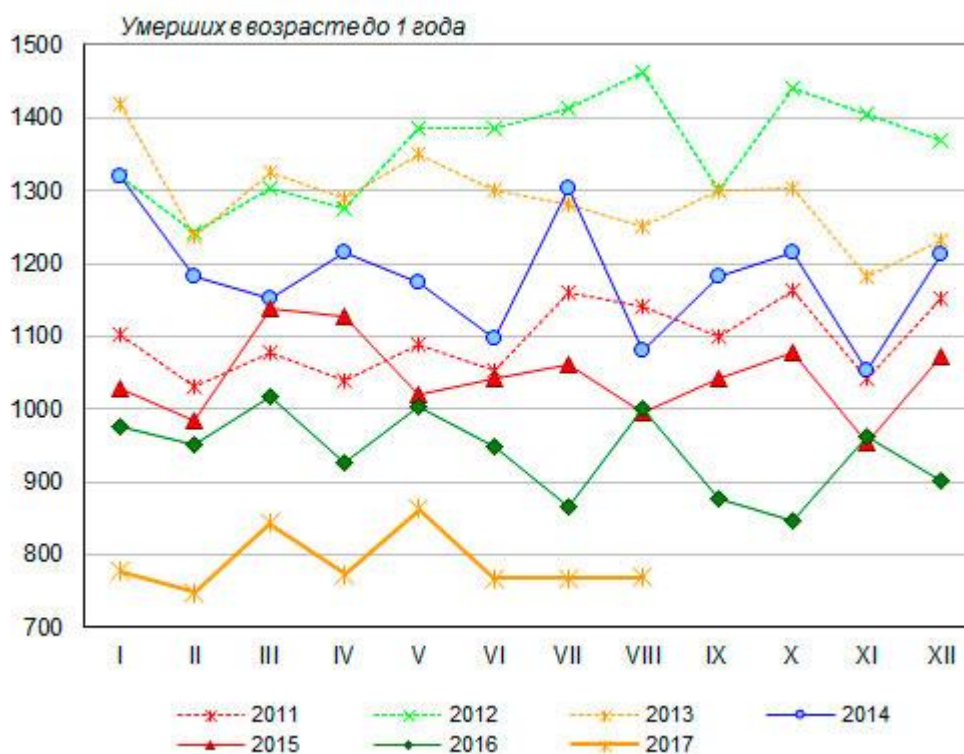


Рисунок 25. Число умерших в возрасте до 1 года по месяцам 2011-2017* годов, человек

*2014-2017 годы – по данным оперативного ежемесячного учета (без учета Крыма), остальные – по данным годовой разработки

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 период[19], а также от врожденных пороков развития – смертность от обеих причин смерти, естественно, возросла в связи с расширением критериев живорождения (рис. 26). 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 ежемесячной регистрации, в первом полугодии 2017 года при общем снижении младенческой смертности на 13,1% (с 61 на 10 тысяч родившихся живыми в январе-июне 2016 года до 53 в январе-июне 2017 года) особенно значительно сократилась смертность от болезней органов пищеварения - на 25,0% (с 0,4 до 0,3), - и от внешних причин - на 21,4% (с 2,8 до 2,2), хотя вклад смертности от этих причин в общую смертность в возрасте до года невелик.

В меньшей степени снизилась младенческой смертность от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, - на 14,5% (с 31,7 до 27,1), от врожденных аномалий - на 13,5% (с 13,3 до 11,5), и от болезней органов дыхания - на 11,1 (с 2,7 до 2,4 на 10 тысяч родившихся живыми).

Увеличилась младенческая смертность от некоторых инфекционных и паразитарных болезней - на 17,6% (2,0 на 10 тысяч родившихся живыми в январе-июне 2017 года в пересчете на год), в том числе от кишечных инфекций – на 33% (0,4), от сепсиса – на 25% (0,5), от других инфекционных и паразитарных болезней – на 10% (1,1). Отмечался и рост смертности от гриппа и ОРЗ, входящих в класс болезней органов дыхания, - почти на 17% по сравнению с первым полугодием 2016 года (0,7 против 0,6 на 10 тысяч родившихся живыми).

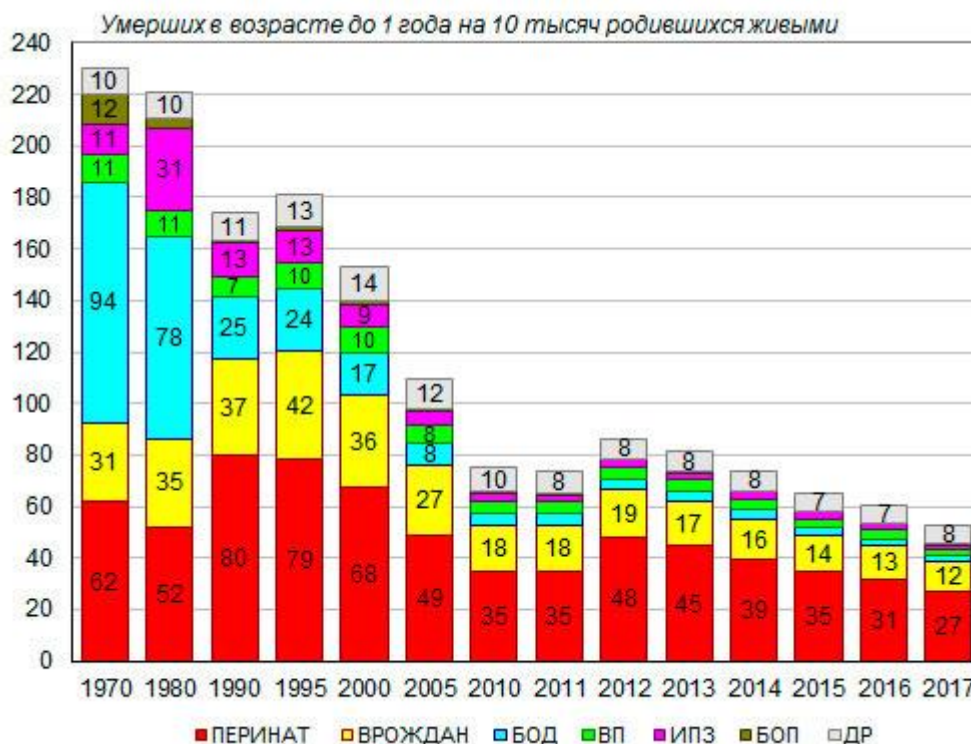


Рисунок 26. Младенческая смертность по основным классам причин смерти, умерших в возрасте до 1 года на 10 000 родившихся живыми

* 2017 год – по данным за январь-июнь в пересчете на год

(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)

По данным за январь-август повышение младенческой смертности от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний более умеренное – на 5,6% по сравнению с тем же периодом 2016 года (1,9 против 1,8 на 10 тысяч родившихся живыми).

Значение показателя перинатальной смертности – число мертворожденных и умерших в возрасте до 7 дней на 1000 родившихся живыми и мертвыми – устойчиво снижалось до 2011 года, когда оно составило 7,16 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (в том числе 4,49 мертворожденных и 2,67 умерших в возрасте до 7 дней). В 2012 году, после расширения критериев живорождения, значение перинатальной смертности возросло до 9,98 умерших на 1000 родившихся живыми и мертвыми (в том числе 6,34 мертворожденных и 3,64 умерших в возрасте до 7 дней). В последующие годы она

снижалась, опустившись в 2016 году до 7,89 на 1000 родившихся живыми и мертвыми (в том числе 5,73 мертворожденных и 2,16 умерших в возрасте до 7 дней). Число умерших в возрасте до 7 дней в расчете на 1000 родившихся живыми составило в 2016 году 2,18.

Помимо младенческой смертности важным индикатором социального благополучия и развития системы здравоохранения служит показатель материнской смертности – число умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тысяч родившихся живыми. В последние годы она довольно существенно снизилась, опустившись до 10,0 в 2016 году, тогда как до 2010 года она превышала 20 умерших на 100 тысяч родившихся живыми (рис. 27).

Начиная с 2007 года Росстат публикует данные о материнской смертности без учета поздней материнской смерти^[20], однако в 2007-2009 годы значение показателя оставалось относительно стабильным и стало сокращаться только с 2010 года. В результате поздней материнской смертности (спустя 42 дня после родов) в 2016 году умерла одна женщина.

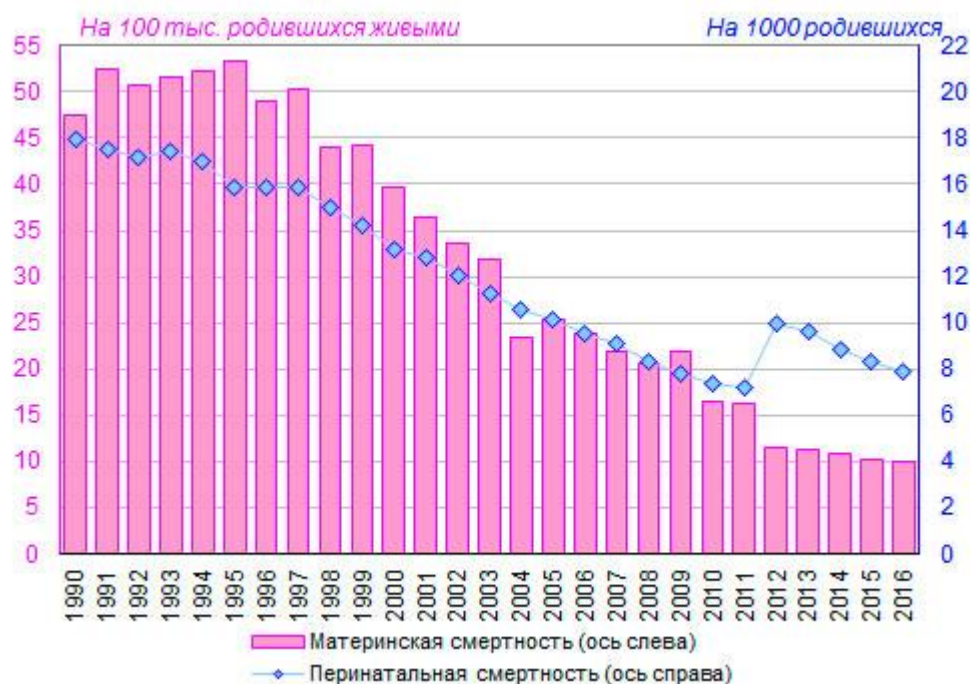


Рисунок 27. Материнская и перинатальная смертность в России, 1990-2016 годы

Число женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода, в настоящее время сравнительно невелико и снижается год от года (188 в 2016 году, 196 в 2015 году, 201 в 2014 году, 215 в 2013 году, 219 в 2012 году, 291 в 2011 году, 295 в 2010 году). Поэтому значения показателей материнской смертности, рассчитанные для регионов Российской Федерации, особенно с небольшой численностью населения, подвержены значительным колебаниям. Тем не менее, Росстат публикует эти данные, и они, несомненно, представляют интерес. По данным за 2016 год, значение коэффициента материнской смертности варьировалось от 0 в 20 регионах-субъектах федерации до 91 умершей на 100 тысяч родившихся живыми в Еврейской автономной области (2 женщины). Крайне высокой материнская смертность в 2016 году была также в Костромской области (38 умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 тысяч родившихся живыми), в Республике Адыгее (37), Калмыкии и Сахалинской области (по 29).

Значение коэффициента перинатальной смертности варьировалось в 2016 году от 4,8 умерших в перинатальном периоде на 1000 родившихся живыми и мертвыми в Тамбовской области (в том числе 3,6 мертворожденных и 1,2 умерших в возрасте до 7 дней) до 17,5 в Еврейской автономной области (9,9 и 7,7).

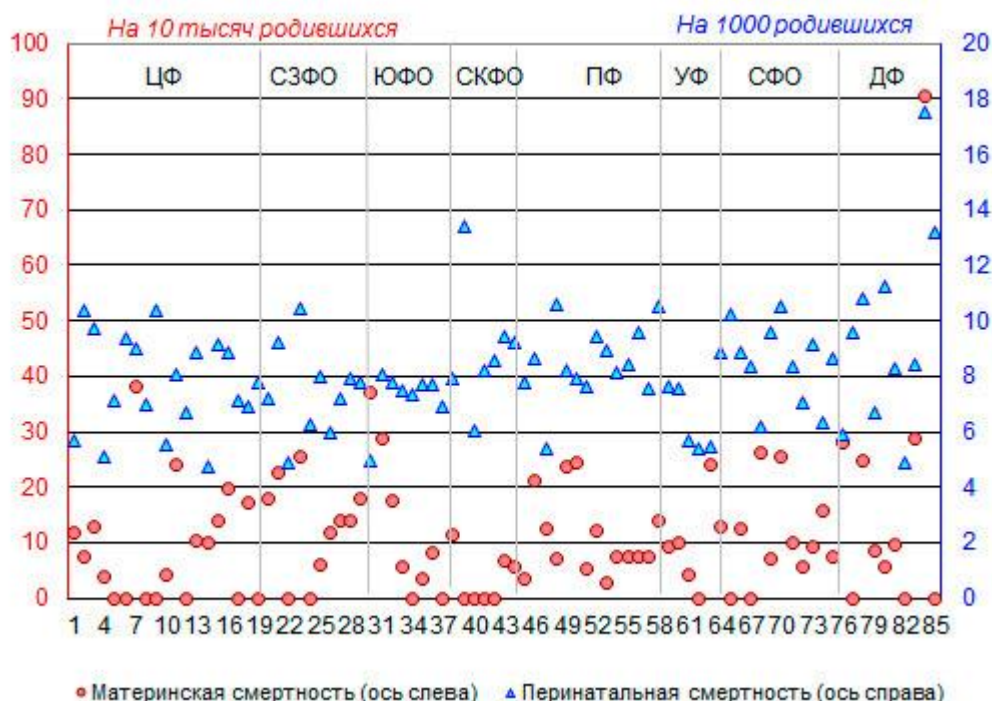


Рисунок 28. Материнская и перинатальная смертность по регионам-субъектам Российской Федерации, 2016 год

Смертность в трудоспособном возрасте продолжает снижаться, но не от всех причин смерти

Проблема высокой смертности в трудоспособном возрасте (мужчины 16-59 лет, женщины 16-54 года) сохраняет свою остроту в России, несмотря на тенденцию снижения, сложившуюся в 2006-2017 годах.

Самое высокое значение коэффициента смертности в трудоспособном возрасте – 8,3 умерших в трудоспособном возрасте на 1000 человек трудоспособного возраста – зафиксировано в 2005 году. В 2003-2004 годах, а также в 1995 году значение коэффициента было немного меньше – 8,1 на 1000 человек. В эти годы доля людей трудоспособного возраста среди всех умерших превышала 30%, а в 2005 году она превысила 32%.

В 2013 году смертность населения трудоспособного возраста снизилась до 561 на 100 тысяч человек, а в 2014 году немного повысилась – до 566 на 100 тысяч человек. Доля людей, умерших в трудоспособном возрасте, сократилась до 25%. В 2015 и 2016 годах она продолжала снижаться, составив, соответственно, 24% и 23%. Коэффициент смертности в трудоспособном возрасте снизился до 537 на 100 тысяч человек в 2015 году и 518 в 2016 году[21].

По данным за январь-июнь 2017 года смертность в трудоспособном возрасте снизилась до 481 на 100 тысяч человек против 525 за тот же период 2016 года[22]. Доля умерших в трудоспособном возрасте снизилась до 21%.

Основными причинами смерти в трудоспособном возрасте являются болезни системы кровообращения (31% умерших в трудоспособном возрасте в первом полугодии 2017 года), внешние причины смерти (24%) и новообразования (15%).

По сравнению с первым полугодием 2016 года, смертность в трудоспособном возрасте снизилась по всем основным классам причин, кроме некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, которая немного увеличилась (на 1,2%, с 33,7 до 34,1 на 100 тысяч человек).

Наиболее значительно снизилась смертность от болезней органов дыхания – на 23% (18 против 24 на 100 тысяч человек). В меньшей степени снизилась смертность от внешних причин – на 11% (115 против 129 на 100 тысяч человек), болезней органов пищеварения - на 10% (42 против 47 на 100 тысяч человек), болезней системы кровообращения – на 7% (148 против 160 на 100 тысяч человек), новообразований - на 5,5% (73 против 77 на 100 тысяч человек). Смертность от всех прочих причин снизилась на 8,6% (рис. 29).

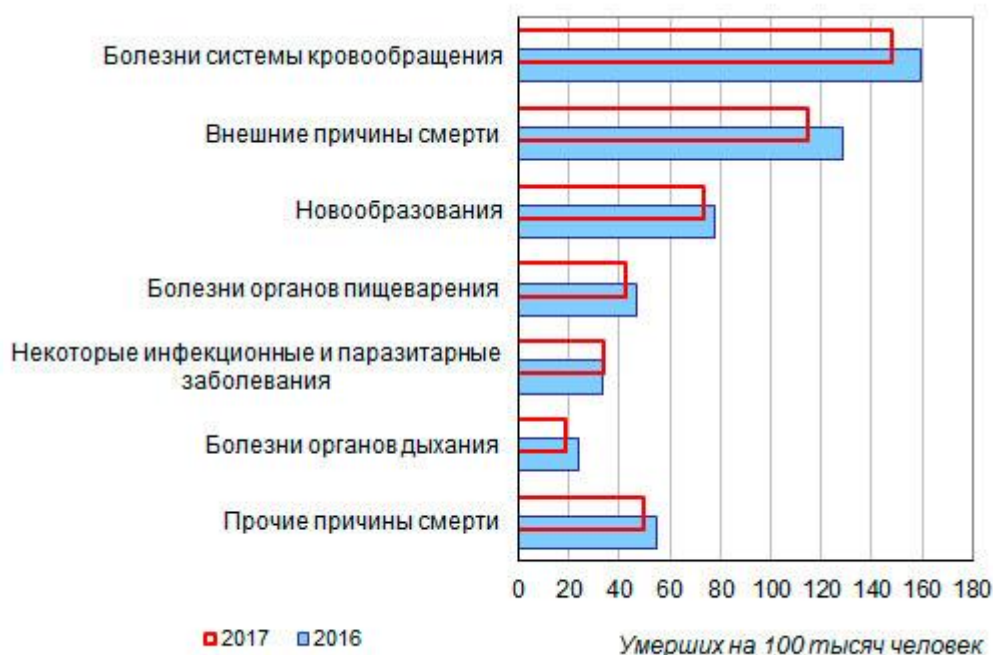


Рисунок 29. Смертность в трудоспособном возрасте по основным классам причин смерти, по данным за январь-июнь 2016 и 2017 годов в пересчете на год, умерших в трудоспособном возрасте на 100 тысяч человек трудоспособного возраста

Смертность в трудоспособном возрасте существенно различается по полу - у мужчин она заметно выше. Определенную роль играет более длинный возрастной интервал трудоспособности (на 5 лет больше, чем у женщин), но более важную роль играет более высокая интенсивность смертности мужчин по сравнению со сверстницами. В России проблема высокой смертности мужчин приобрела особую остроту. В середине 1990-х годов смертность мужчин трудоспособного возраста превышала смертность женщин трудоспособного возраста в 4,3 раза (12,8 против 3,0 на 1000 человек в 1995

году). В середине 2000-х годов различия по полу сократились, так как несколько увеличилась смертность женщин в трудоспособном возрасте. Так, в наиболее неблагоприятный по смертности населения трудоспособного населения год различия составляли 3,8 раза: 13,0 против 3,4‰ в 2005 году. Начиная с 2006 года смертность в трудоспособном возрасте сокращалась, причем у мужчин быстрее, чем у женщин. В результате, в 2016 году, по данным ежемесячной отчетности, смертность мужчин трудоспособного возраста (7,9‰) превышала смертность женщин трудоспособного возраста (2,2‰) в 3,6 раза.

По данным за январь-июнь 2016 и 2017 годов снижение смертности мужчин трудоспособного возраста продолжалось, и в первом полугодии 2017 года она составила 730 на 100 тысяч человек против 800 за тот же период 2016 года (-8,6%). Смертность женщин трудоспособного возраста также снизилась, составив в январе-июне 2017 года 208 умерших на 100 тысяч человек против 226 в январе-июне 2016 года (-8,3%).

Различается не только интенсивность, но и структура причин смерти мужчин и женщин трудоспособного возраста. У женщин двумя основными и практически равнозначными причинами смерти служат болезни системы кровообращения и новообразования (49 на 1000 тысяч в январе-июне 2017 года), несколько меньший вклад в смертность вносят внешние причины смерти (42). В смертность мужчин трудоспособного возраста наибольший вклад вносят болезни системы кровообращения (239), несколько меньший – внешние причины смерти (186), заметно меньший – новообразования (96) и другие причины смерти (рис. 30).

По сравнению с первым полугодием 2016 года, снижение смертности мужчин трудоспособного возраста отмечалось по всем основным классам причин смерти, кроме некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, смертность от которых осталась на том же уровне. В большей степени снизилась смертность от болезней органов дыхания (на 22%), внешних причин (на 11%) и болезней органов пищеварения (на 10%), в меньшей степени - от болезней системы кровообращения (на 7%), новообразований (на 5%) и от всех прочих причин (на 9,0%).

Смертность женщин трудоспособного возраста снизилась от всех основных классов причин смерти, кроме некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (увеличилась на 4%), хотя смертность от них относительно невелика и вдвое ниже, чем у мужчин трудоспособного возраста (20 против 47 на 100 тысяч человек по данным за январь-июнь 2017 года).

Больше всего сократилась, как и у мужчин, смертность от болезней органов дыхания (на 30%), в меньшей степени от внешних причин и болезней органов пищеварения (на 11%), болезней системы кровообращения (на 8%) и новообразований (на 6%).

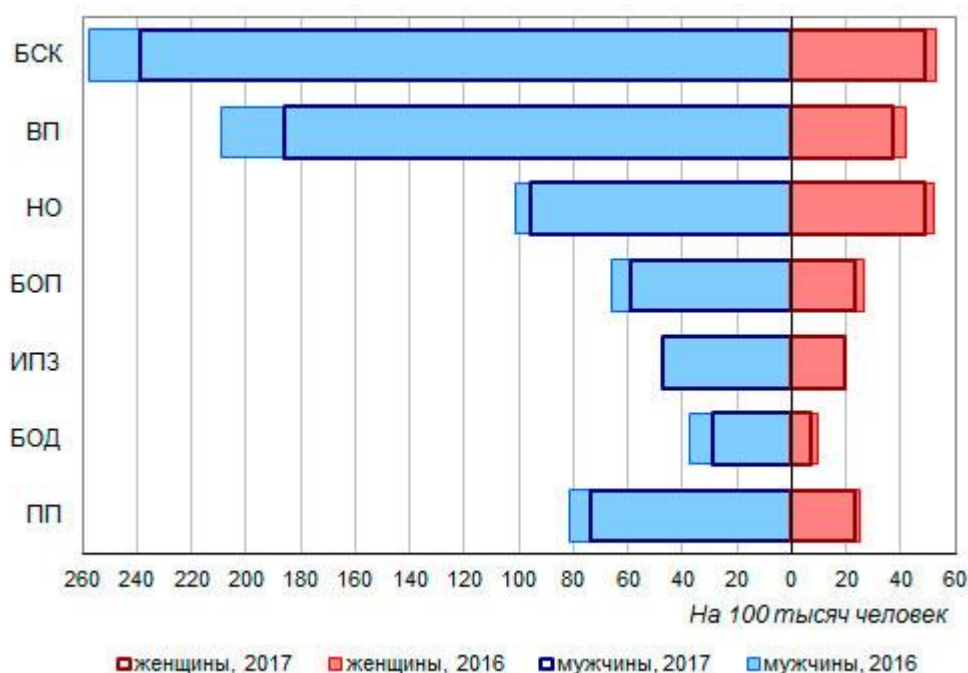


Рисунок 30. Смертность мужчин и женщин трудоспособного возраста по основным классам причин смерти*, по данным за январь-июнь 2016 и 2017 годов в пересчете на год, умерших в трудоспособном возрасте на 100 тысяч человек трудоспособного возраста соответствующего пола

* 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 в трудоспособном возрасте, как и других показателей смертности, существенно различаются по регионам. По данным за январь-июнь 2017 года, коэффициент смертности в трудоспособном возрасте в пересчете на год составлял от 239 на 100 тысяч человек в Северо-Кавказском федеральном округе до 574 в Дальневосточном и 583 в Сибирском федеральных округах. Среди регионов-субъектов федерации его значение варьировалось от 143 в Республике Ингушетии до 839 на 100 тысяч человек в Чукотском автономном округе (рис. 31).

Смертность в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения составляла от 27 на 100 тысяч человек в Республике Дагестан до 295 в Чукотском автономном округе. В центральной половине регионов (без 25% регионов с самыми низкими и 25% регионов с самыми высокими показателями) она составляла от 138 до 185 при медианном значении 157 на 100 тысяч человек. Помимо Чукотского автономного округа высокая смертность в трудоспособном возрасте от болезней системы кровообращения отмечалась также в Новгородской (288) и Псковской (259) областях, Республике Карелии, Магаданской области и Камчатском крае (230-232 на 100 тысяч человек).

Смертность в трудоспособном возрасте от новообразований варьировалась в более узких пределах – от 25 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 120 в Ненецком автономном округе, в центральной половине регионов – от 69 до 85 при медианном значении, равном 78 на 100 тысяч

человек. Высокие значения смертности от новообразований в трудоспособном возрасте отмечались также в Курской (112), Псковской (105), Курганской (97) и Брянской (96) областях.

Смертность в трудоспособном возрасте от внешних причин, по данным за январь-июнь 2017 года, составляла от 23 на 100 тысяч человек в Чеченской Республике до 276 в Республике Тыве, в центральной половине регионов – от 105 до 158 при медианном значении, равном 129 на 100 тысяч человек. Высокие значения смертности в трудоспособном возрасте от внешних причин отмечаются не только в Тыве, но и в Чукотском (269) и Ненецком (247) автономных округах, а также в Амурской области (236 на 100 тысяч человек).

Смертность в трудоспособном возрасте от болезней органов пищеварения составила от 6 на 100 тысяч человек в Чеченской Республике до 96 в Сахалинской области, варьируясь в центральной половине регионов от 34 до 57 при медианном значении, равном 44 на 100 тысяч человек. Помимо Сахалинской области, высокие значения показателя отмечаются в Вологодской, Владимирской и Ивановской областях (76-86 на 100 тысяч человек).

Смертность в трудоспособном возрасте от болезней органов дыхания составила от 2 на 100 тысяч человек в Республике Ингушетии до 43 в Псковской области, варьируясь в центральной половине регионов от 15 до 26 при медианном значении, равном 19 на 100 тысяч человек.

Смертность в трудоспособном возрасте от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний варьировалась от 3,0 в Республике Ингушетии до 124 на 100 тысяч человек в Кемеровской области. Еще в 8 регионах-субъектах федерации – Иркутской, Новосибирской, Самарской, Свердловской, Курганской областях, в Алтайском и Пермском краях, Республике Тыве – ее значение составило от 71 до 106 на 100 тысяч человек. В центральной половине регионов оно варьировалось от 13 до 41 при медианном значении, равном 23 на 100 тысяч человек.

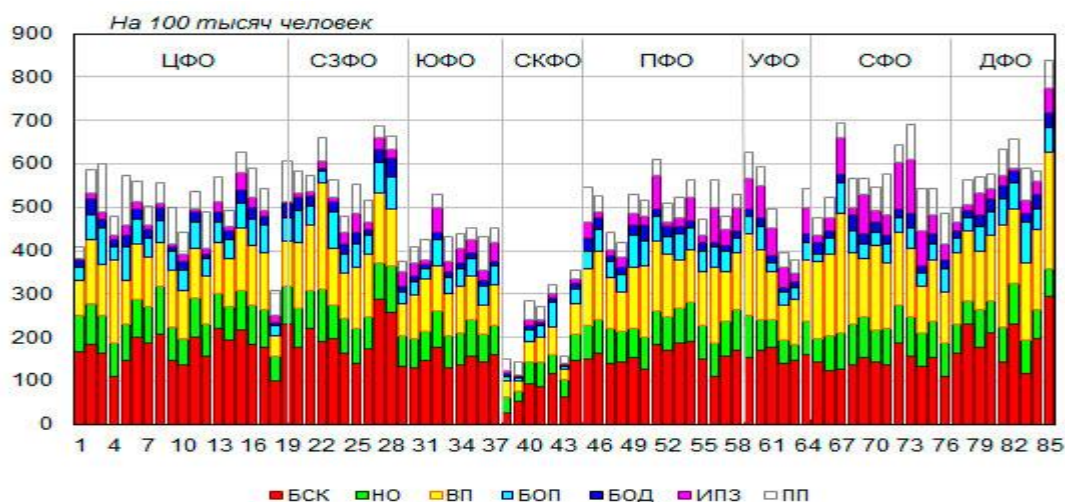


Рисунок 31. Смертность населения трудоспособного возраста по основным классам причин смерти* в регионах-субъектах Российской Федерации, по данным за январь-июнь 2017 года в пересчете на год, умерших в трудоспособном возрасте на 100 тысяч человек трудоспособного возраста

* 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

Источники:

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

Социально-экономическое положение России. Январь-июль 2017 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 Российской Федерации за 2016 год / Статистический бюллетень - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140096846203;

Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации за январь -июль 2017 года - http://www.gks.ru/free_doc/2017/demo/edn07-17.htm;

Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2017 года / Статистический бюллетень - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1140095700094

Демографический ежегодник России. 2015 / Статистический сборник - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312.

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

[2] Под Крымом здесь и далее понимаются два субъекта федерации - Республика Крым и город федерального значения Севастополь, - образованные в соответствии с Федеральным конституционным законом Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 6-ФКЗ и Указом Президента Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 168 в составе Российской Федерации. Первоначально они образовывали Крымский федеральный округ, а с 28 июля 2016 года вошли в состав Южного федерального округа в соответствии с Указом Президента Российской Федерации № 375.

В целях сопоставимости с данными предшествующих лет (до 2014 года) мы используем там, где возможно и оговаривая это, оценки для населения России без учета этих двух субъектов федерации.

[3] Здесь и далее регионы на рисунке расположены в стандартном порядке, используемом в публикациях Росстата – от Европейского Центра и Севера России к Югу и Востоку, - сгруппированные в федеральные округа: Центральный (ЦФО), Северо-Западный (СЗФО), Южный (ЮФО), Северо-Кавказский (СКФО), Приволжский (ПФО), Уральский (УФО), Сибирский (СФО), Дальневосточный (ДФО). Значения по Архангельской (под номером 21) и Тюменской (61) областям приводятся без учета автономных округов – Ненецкого (22), Ханты-Мансийского - Югры (62) и Ямало-Ненецкого (63), - являющихся самостоятельными субъектами федерации, хотя и входящими в соответствующие области.

[4] 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.

[5] Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (Обновлено: 13.07.2017г.) - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (дата обращения: 28 сентября 2017).

[6] Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила об увеличении продолжительности жизни россиян (Материал опубликован 12 сентября 2017 в 00:00. Обновлён 15 сентября 2017 в 15:03). - <https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/09/12/6081-ministr-zdravooohraneniya-rf-veronika-skvortsova-zayavila-ob-uvelichenii-prodolzhitelnosti-zhizni-rossiyan> (дата обращения: 28 сентября 2017).

[7] По оценке Евростата, в 2015 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении в ЕС-28 составила 80,6 года (от 74,6 года в Литве до 83,0 года в Испании) - Eurostat database. Life expectancy by age and sex [demo_mlexpec] (Last update: 14.08.17. Extracted on 02.10.17).

[8] Наибольшие различия в ожидаемой продолжительности жизни при рождении мужчин и женщин России 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).

[9] Ожидаемая продолжительность жизни при рождении составила в 2015 году по ЕС-28 в целом 77,9 года для мужчин и 83,3 года для женщин. - База данных Евростата - <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database> Life expectancy by age and sex [demo_mlexpec]. (Дата обращения: 2 октября 2017).

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

[11] Источником информации о причинах смерти являются записи в медицинских свидетельствах о смерти, составляемых врачом относительно заболевания, несчастного случая, убийства, самоубийства и другого внешнего воздействия, послужившего основной 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). – Демографический ежегодник России 2015, методические пояснения к главе 6.

[12] Смертность населения по причинам смерти в 2016 году (Обновлено 29.05.2017) - http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (дата обращения: 28 сентября 2017).

[13] Естественное движение населения Российской Федерации за 2011 год/ Стат. бюлл. М., Федеральная служба государственной статистики, 2012. С. 20.

[14] Естественное движение населения Российской Федерации за 2016 год/ Стат. бюлл. М., Федеральная служба государственной статистики, 2017. С. 34.

[15] Демографический ежегодник России. 2015. М., Федеральная служба государственной статистики. 2015. Табл. 5.1.

[16] Распределение численности населения Российской Федерации по полу и возрастным группам на 1 января 2017 года / Статистический бюллетень. М., Федеральная служба государственной статистики, 2017. С. 11-13.

[17] 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 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).

[18] 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).

[19] Перинатальная смертность - собирательное понятие, объединяющее смертность жизнеспособных плодов, начиная с 22-й недели (до апреля 2012 года - 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.

[20] Демографический ежегодник России. 2012. М., Федеральная служба государственной статистики. 2012. С. 282.

[21] Смертность населения в трудоспособном возрасте (предварительные данные) за январь-декабрь 2015-2016 гг. -

http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/ (дата обращения: 20 марта 2017 года).

[22] Смертность населения в трудоспособном возрасте (предварительные данные) за январь-июнь 2016-2017 гг.. - http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm (дата обращения: 5 сентября 2017 года).

**Федеральные округа и входящие в них субъекты Российской Федерации
на 1 июля 2016 года**

Центральный федеральный округ (ЦФО)

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 (СЗФО)

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 (ЮФО)

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

Приволжский федеральный округ (ПФО)

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

Уральский федеральный округ (УФО)

59. Курганская область
60. Свердловская область
61. Тюменская область
62. Ханты-Мансийский автономный округ
63. Ямало-Ненецкий автономный округ
64. Челябинская область

Сибирский федеральный округ (СФО)

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

Дальневосточный федеральный округ (ДФО)

77. Республика Саха (Якутия)
78. Камчатский край

37. г. Севастополь

Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО)

38. Республика Дагестан

39. Республика Ингушетия

40. Кабардино-Балкарская Республика

41. Карачаево-Черкесская Республика

42. Республика Северная Осетия-Алания

43. Чеченская Республика

44. Ставропольский край

79. Приморский край.

80. Хабаровский край

81. Амурская область

82. Магаданская область

83. Сахалинская область

84. Еврейская автономная область

85. Чукотский автономный округ