

1. ОБЩИЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Вряд ли может существовать общество, в котором отсутствуют различия в смертности между группами населения, объединенных по какому-то признаку. Причины этих различий могут быть в определенной мере связаны с биологическими или генетическими факторами (как в случае различий в смертности между мужчинами и женщинами). Однако в демографии биолого-генетические различия рассматриваются как данность, а внимание исследователей концентрируется на различиях в смертности, имеющих социальную природу. Различия эти весьма значительны. Хотя надежные данные о социальной дифференциации смертности до начала XIX в. почти отсутствуют, по-видимому, неравенство перед лицом смерти возникло вместе с социальным расслоением общества. История снижения смертности в Западной Европе и США свидетельствует, что социальная дифференциация смертности значительно усиливается на начальных этапах процесса эпидемиологического перехода, так как различные группы населения извлекают неодинаковую выгоду из тех позитивных изменений в жизни общества, которые порождают общее снижение смертности (например, улучшение питания, гигиенических условий или достижения медицины), и в разной мере страдают от негативных явлений, сопровождающих экономическое развитие [29].

Затем наступает стадия сокращения социальных различий в смертности, связанная с постепенным преодолением абсолютной бедности, общим улучшением санитарии и питания и появлением универсального доступа к элементарной медицинской помощи для всего населения [29]. Однако в последние десятилетия этот процесс существенно замедлился или вообще остановился во многих экономически

развитых странах, где начиная с 70-х годов социальные различия в смертности не только не снижаются, но даже увеличиваются [89, 88, 92a].

Уровень смертности в социально-демографической группе определяется степенью контроля входящих в нее индивидов или домохозяйств над своей жизнью включая способность к выбору района проживания, жилища, питания, медицинского обслуживания и других составляющих образа и условий жизни [35]. Социальное неравенство перед лицом смерти в значительной мере определяется неоднородностью, при которой группы населения, характеризующиеся повышенной смертностью, не имеют реальных возможностей для улучшения своего положения или даже лишены объективной информации о нем.

Как известно, выработанная Всемирной организацией здравоохранения стратегия «Здоровье для всех к 2000 году» направлена в первую очередь на сокращение различий в здоровье населения как между странами, так и внутри стран за счет улучшения здоровья тех, кто находится в худшем положении. Таким образом, сознательно была избрана та политическая парадигма, при которой улучшение здоровья и снижение смертности должно происходить за счет улучшения положения в самых уязвимых группах населения, имеющих наихудшие показатели смертности.

В СССР и затем в России этим вопросам не уделялось практически никакого внимания. Полезно вспомнить, что одним из важнейших идеологических постулатов в СССР был тезис о «социальной однородности советского общества». Поэтому, в частности, исследования в области дифференциальной смертности не приветствовались, а их результаты не публиковались. Отсутствие объективной информации не только способствовало сохранению или росту различий в смертности, но и объективно превращало их в неравенство.

1.1. Опыт прошлого и задача настоящего исследования

Изучение социальных и этнических различий в смертности населения было достаточно широко представлено в исследованиях русских социал-гигиенистов, демографов и статистиков конца XIX — начала XX в. и 20-х годов. Так, ведущий русский демограф того времени С. Новосельский провел анализ смертности в зависимости от вероисповедания, основываясь на материалах первой всероссийской переписи 1896 г. [14], а также исследовал связь смертности с экономическими условиями по административным участкам Петербурга в 1909—1912 гг. [15]. Позже материалы переписи 1926 г. были им использованы для построения таблиц

смертности по социально-профессиональным группам в Ленинграде [15]. М. Птуха в 1927 г. исследовал различия в смертности 11 национальностей Европейской России [17]. Однако с наступлением сталинской эры все исследования такого рода (как, впрочем, и вообще исследования в области смертности) были прекращены.

30—60-е годы были «периодом молчания». В годы, прилежавшие к переписи населения 1970 г., была все-таки предпринята попытка оценки смертности по признаку профессиональной принадлежности, которую инициировали В. Быстрова и А. Роменский, сотрудники Института организации здравоохранения им. Н. А. Семашко. Был организован специальный сбор данных о профессии умерших, однако исследование так и не было завершено и не привело к каким-либо конкретным результатам, возможно, по методологическим причинам, в частности из-за несопоставимости сведений об умерших и данных переписи о профессиональном составе населения.

Первые оценки показателей смертности в зависимости от характера труда, уровня образования и этнического происхождения, приуроченные к переписям 1979 и 1989 гг., были опубликованы лишь в 90-е годы [5, 4, 12, 13, 46]. Обнаружилось, что, несмотря на официально провозглашавшуюся в СССР политику преодоления социальных различий, в смертности отдельных социально-демографических групп в России различия существовали. Они оказались весьма сходными с теми, которые наблюдаются в западных странах и, что самое удивительное, не уступали последним по величине.

Итак, исследования, дающие представление о неравенстве перед лицом смерти, в России только начинаются, сегодня известны лишь отдельные характеристики этого неравенства. Идентификация и систематическое описание социально-демографической дифференциации смертности и являются предметом настоящей работы.

1.2. Общая эволюция смертности в России

В послевоенный период в западных странах смертность непрерывно снижалась, но скорость этого процесса была неодинаковой в различных социально-демографических группах. Исследования показывают, что в последние десятилетия богатые и образованные слои населения извлекали несколько большую выгоду из общего прогресса [89]. В России, как известно, в последние 30 лет преобладающей тенденцией было снижение ожидаемой продолжительности жизни населения, главным образом за счет увеличения коэффициентов смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения и от несчастных случаев и насильственных причин [80]. Таким образом, в России в отличие от западных

стран речь идет о концентрации смертности в определенных социальных стратах на фоне общего ухудшения ситуации.

Парадоксально, что в 60—90-е годы структура населения России улучшалась в том смысле, что повышался уровень его образования, росла доля городских жителей и доля занятых умственным трудом. Иными словами, население постепенно перетекало из страт относительного повышенного риска в страты меньшего риска. Однако эти позитивные сдвиги, очевидно, не смогли пересилить действие каких-то других, более общих неблагоприятных факторов.

Результаты настоящего исследования основываются на данных за 1970—1995 гг. Не останавливаясь подробно на тенденциях смертности всего населения России, которые достаточно полно рассматривались в других работах [60, 80, 50], отметим лишь, что до середины 60-х годов ожидаемая продолжительность жизни российских мужчин постепенно сокращалась (на 3 года в 1965—1980 гг.), а женщин — колебалась примерно на одном уровне. После 1984 г. наступил период неожиданных и больших флуктуаций смертности. В 1985—1987 гг. в результате антиалкогольной кампании [2, 81] произошло резкое снижение смертности, приведшее к увеличению ожидаемой продолжительности жизни мужчин на 3 года, женщин — на 1,5 года. В 1992—1994 гг. был отмечен беспрецедентный подъем смертности, в результате которого ожидаемая продолжительность жизни упала на 6 лет у мужчин и на 3 года у женщин. Таким образом, переписи населения России 1970 г. и 1989 г. происходили на фоне относительно низкого уровня смертности, а перепись 1979 г. и микроперепись населения 1994 г. — наоборот, на фоне высокого и экстремально высокого уровней смертности. Там, где позволяют данные, в работе проводится сравнение степеней роста смертности в начале 90-х годов в разных социально-демографических стратах.

1.3. Доступные данные и методы анализа

Некоторые важные различия в смертности между группами населения фиксируются государственной рутинной статистикой России на ежегодной основе. К ним относятся различия между мужчинами и женщинами, между городским и сельским населением или между регионами. Некоторые не столь очевидные измерения, например, коэффициенты смертности в когортах сверстников, могут быть получены с помощью несложной трансформации имеющихся статистических данных.

Что касается социальных размерностей, то государственная система статистической информации позволяет изучать дифференциацию смерт-

ности по социально-демографическим группам лишь при переписях (или репрезентативных микропереписях) населения. При расчете коэффициентов смертности в качестве числителя используются числа умерших, классифицированные по полу, возрасту и какому-либо социально-демографическому признаку (используются сведения из актовых записей о смерти), а в качестве знаменателя — соответствующие им численности населения (по данным переписи населения).

Такой подход к оценке индикаторов смертности по социальным strатам имеет важный недостаток — не гарантируется полная сопоставимость данных о живущих и умерших, так как сведения, полученные от родственников умершего, могут отличаться от ответов на аналогичные вопросы, данные самим человеком во время переписи населения. Можно предположить, что для социально-демографических признаков, которые фиксируются в паспортах (брачный статус и национальность), расхождения между источниками информации встречаются реже, а для других признаков (уровня образования, характера труда) — чаще.

Кроме того, Госкомстат России предоставляет только готовые статистические таблицы, а не исходные актовые записи о смерти. В связи с этим анализ вынужденно ограничивается дифференциацией смертности по отдельным социально-демографическим признакам, в то время как анализ их комбинаций невозможен.

Несмотря на указанные недостатки и ограничения, рутинная статистика, основанная на больших числах наблюдений, позволяет получить достаточно отчетливое представление о различиях в уровне смертности в различных социально-демографических группах. Во втором разделе рассматриваются различия в смертности по полу, проживанию в городе или на селе, образованию, характеру труда, брачному статусу и этническим группам¹. Для измерения смертности используются такие показатели, как повозрастные и стандартизованные коэффициенты и отношения смертности и ожидаемая продолжительность жизни.

Другим источником информации о неравенстве в смертности являются специальные исследования выборок или эпидемиологических когорт. Во втором разделе приводятся результаты, основанные на данных о смертности 7815 мужчин из Москвы и С.-Петербурга в 1975—1997 гг. В отличие от рутинной статистики в рамках этого исследования имеется возможность комбинировать данные любыми способами. «Узким местом» анализа индивидуальных данных является относительно небольшое количество наблюдений, заставляющие постоянно контролировать статистическую достоверность получаемых результатов.

Примечание

Региональные различия в смертности представляют собой особую область исследования. Они не рассматриваются в настоящей работе. Некоторые результаты по этой теме можно найти в работах [27, 82, 74, 81]